

Узкий таз

Анатомически узкий таз

– это таз у которого один или несколько наружных размеров уменьшены на 2 и более сантиметров

Частота

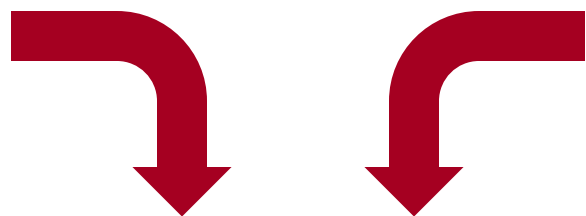
анатомически узкого таза
составляет от 1,04 до 7,7%.

Классификация Колдуэлла и Молой



гинекоидный

андроидный

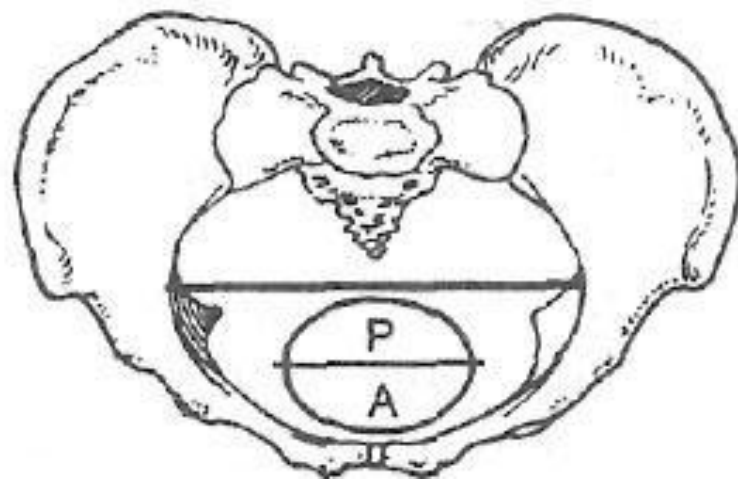
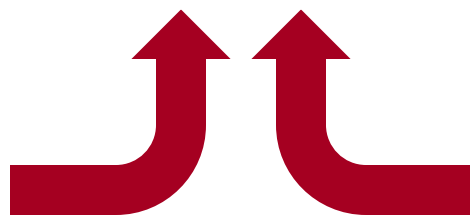
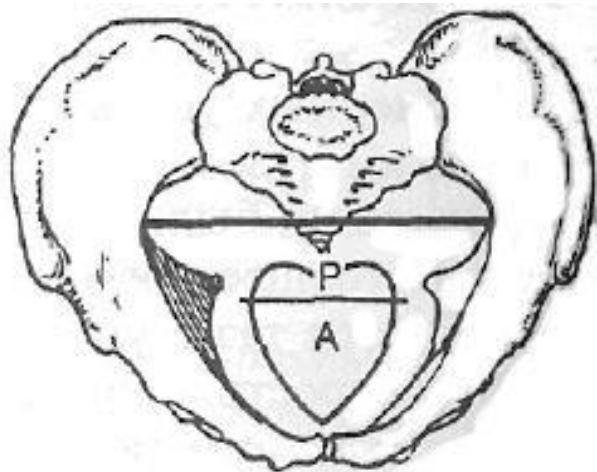


Смешанные формы



антропоидный

платипеллоидный



Классификация анатомически узкого таза (по форме сужения)

А. Часто встречающиеся формы таза:

1. Общеравномерносуженный таз.
2. Поперечносуженный таз.
3. Плоский: - простой плоский таз,
- плоскорахитический таз,
- таз с уменьшением широкой части полости.

Б. Редко встречающиеся формы таза:

1. Кососмещенный (асимметрический).
2. Тазы суженные экзостозами, опухолями.
3. Общесуженный плоский таз.
4. Другие формы узкого таза.

Классификация анатомически узкого таза (по степени сужения)

I степень - с.vera не менее 9 см.

II степень - с.vera от 9 до 7 см.

III степень - с.vera от 7 до 5 см.

IV степень - с.vera 5 см. и менее.

При поперечносуженном тазе:

I степень – поперечный размер входа 12,4-11,5 см

II степень – поперечный размер входа 11,5-10,5 см

III степень – поперечный размер входа менее 10,5 см

Истинная конъюгата рассчитывается:

- по диагональной конъюгате;
- по наружной конъюгате;
- по вертикальному размеру ромба Михаэлиса;
- по размеру Франка;
- используя рентгенпельвиометрию;
- по данным ультразвукового исследования.

Этиология:

- Недостаточное питание
- Инфантилизм
- Рахит
- Полиомиелит
- Туберкулез костей таза
- Травмы
- Быстрый рост в периоде менархе, чрезмерная физическая нагрузка, интенсивные занятия спортом с раннего возраста (спортивная гимнастика, фигурное катание и т.д.) вызывают "компенсаторную гиперфункцию организма", что приводит к формированию поперечносуженного таза.

Примерные наружные размеры часто встречающихся форм узкого таза

Форма таза	<i>Distantia spinarum</i>	<i>Distantia cristarum</i>	<i>Distantia trochanterica</i>	<i>Conjugata externa</i>
Поперечно-суженный	23	26	29	20
Простой плоский	26	29	31	18
Обще-равномерно-суженный	24	26	28	18
Плоскорахитический	26	26	31	18

ПОПЕРЕЧНОСУЖЕННЫЙ ТАЗ

характеризуется:

- уменьшением поперечных размеров малого таза
- относительным увеличением прямого размера входа и узкой части таза
- уплощением крестцовой впадины (более чем в 1/3 случаев)
- уменьшенной развернутостью крыльев подвздошных костей
- узкой лонной дугой

ПРОСТОЙ ПЛОСКИЙ ТАЗ

характеризуется:

- уменьшением всех прямых размеров таза
- широкой лонной дугой

ПЛОСКОРАХИТИЧЕСКИЙ ТАЗ

характеризуется:

- уменьшением прямого размера входа в таз
- нормальными или увеличенными остальными прямыми размерами таза
- уменьшением вертикального диаметра крестцового ромба
- почти равными размерами $d.spinarum$ и $d.cristarum$ и уменьшенной наружной конъюгатой
- уплощенным крестцом
- клювовидно загнутым кпереди копчиком

Особенности биомеханизма родов при общеравномерно суженном тазе

- Сгибание головки плода во входе в малый таз
- Максимальное сгибание головки в узкой части (ведущей точкой становится малый родничок)
- Конфигурация головки (долихоцефалическая форма)

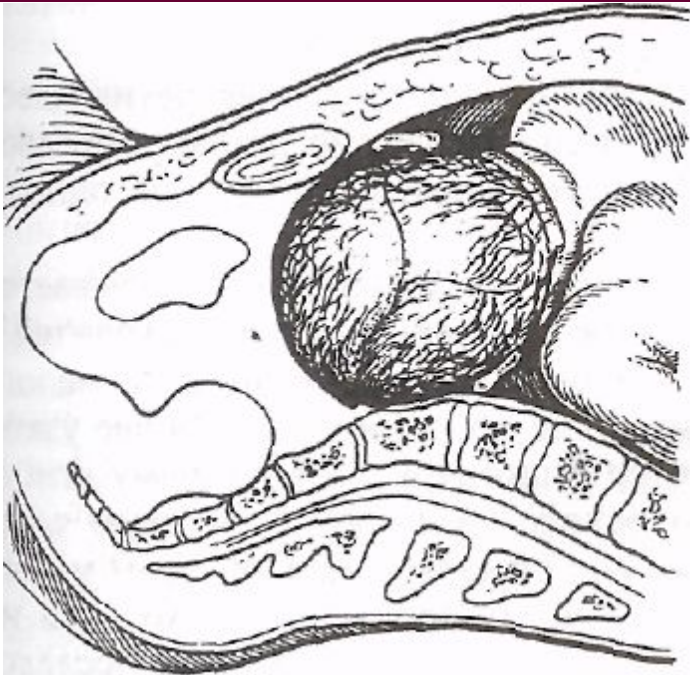
Особенности биомеханизма родов при плоскорохитическом тазе:

Момент биомеханизма	Причина
Долгое высокое поперечное стояние стреловидного шва	Только в поперечном достаточно места (во входе в таз наибольший размер – поперечный)
Опускание большого родничка (разгибание головки)	Битемпоральный размер, на котором расположен большой родничок, легче может пройти через суженный прямой размер, чем большой бипариетальный размер (с малым родничком).
Переднетеменное вставление (асинклитизм Негеле)	Вследствие выступания мыса задняя теменная кость задерживается на нем, а передняя теменная кость вступает во вход таза.

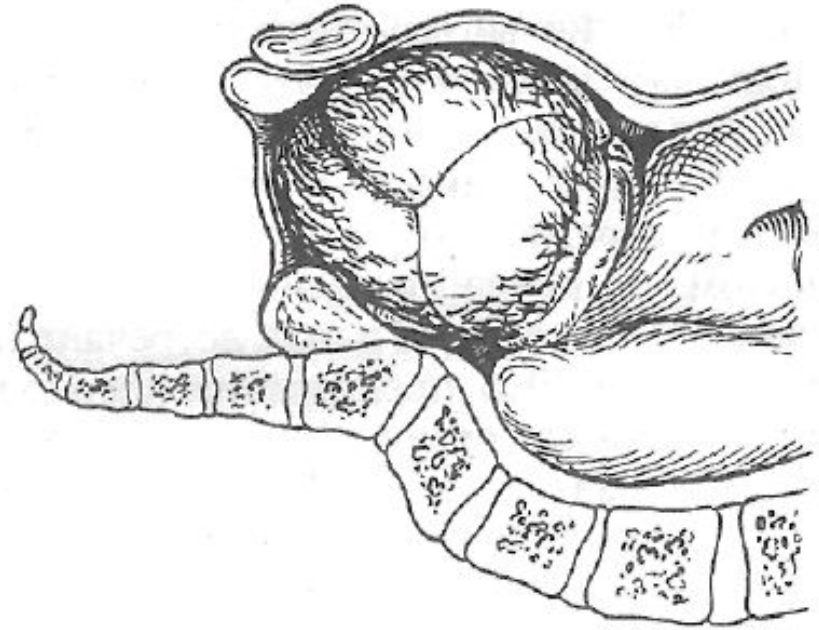
Варианты вставления головки:

1. Синклитическое вставление головки.
2. Асинклитическое вставление головки.
 - А. Передне-теменной (Негелевский)
асинклитизм - сагиттальный шов
расположен ближе к мысу, вставляется
передне-теменная кость.
 - В. Задне-теменной (Лицмановский)
асинклитизм - сагиттальный шов
расположен ближе к симфизу.

Особенности биомеханизма родов при плоскорохитическом тазе:



Переднетеменной асинклитизм



Заднетеменной асинклитизм

Особенности биомеханизма при поперечносуженном тазе

- асинклитическое вставление головки в один из косых размеров плоскости входа малого таза, а при увеличенных прямых размерах таза головка вставляется стреловидным швом в прямой размер входа в малый таз, что называют *высоким прямым стоянием стреловидного шва*.
- Далее головка сгибается и проходит все плоскости таза без ротации и рождается в переднем виде затылочного предлежания.

Особенности биомеханизма родов при простом плоском тазе

- длительное стояние головки стреловидным швом в поперечном размере входа малого таза в состоянии умеренного разгибания, стреловидный шов может располагаться асинклитически. Чаще наблюдается передне-теменной асинклитизм.
- В полости малого таза из-за уменьшенных прямых размеров его плоскостей ротация головки не происходит и может возникнуть так называемое низкое поперечное стояние стреловидного шва.

Осложнения во время беременности:

- преждевременное излитие вод
- неправильное положение плода
- гипоксия плода
- выпадение мелких частей плода.

Особенности течения родов:

- раннее излитие вод
- выпадение мелких частей плода
- клинически узкий таз
- травматизм матери (урогенитальные свищи, разрыв матки) и плода, кровотечения в третьем и раннем послеродовом периоде.

Принцип ведения родов

- активновыжидательный под кардиомониторным наблюдением за состоянием плода и сократительной деятельностью матки, с функциональной оценкой таза, адекватным обезболиванием, применением спазмолитических средств, профилактикой гипоксии плода и материнского травматизма.

III и IV степени сужения таза – абсолютное показание к кесареву сечению!!!

Показания для планового кесарева сечения:

1. Сужение таза III-IV степени
2. Сужение таза I и II степени в сочетании с крупным плодом, тазовым предлежанием, перенашиванием беременности
3. Отягощенный акушерсткий анамнез: мертворождение в анамнезе, бесплодие
4. Рубец на матке
5. Наличие моче-половых и кишечно-половых свищей
6. Неправильное положение плода

КЛИНИЧЕСКИ УЗКИЙ ТАЗ

- Это динамический процесс несоответствия размеров головки плода и таза матери.
- Клинически узким тазом называют все случаи несоответствия между головкой плода и тазом матери независимо от его размера.

Этиология клинически узкого таза:

- анатомически узкий таз
- опухоли таза и матки
- крупный плод
- неправильные вставления головки
- гидроцефалия
- недостаточная способность головки к конфигурации (переношенная беременность)

Диагностические признаки

клинически узкого таза:

- длительное стояния головки плода в одной плоскости и отсутствие продвижения во втором периоде родов
- выраженная конфигурация головки и родовая опухоль
- отек шейки матки, наружных половых органов, слизистой влагалища
- перерастяжение нижнего сегмента и высокое стояние контракционного кольца
- положительные признаки Вастена, Цангенмейстера (только при переднем виде!)
- непроизвольная потужная деятельность и появление симптомов угрожающего разрыва матки.

Классификация клинически узкого таза

По Р.И. Калгановой (1965 год)

I степень (относительное несоответствие):

Особенности вставления головки и механизма родов характерны для имеющейся формы сужения таза
Хорошая конфигурация головки плода

II степень (значительное несоответствие):

Особенности вставления головки и механизма родов характерны для имеющейся формы сужения таза
Резко выраженная конфигурация головки плода
Длительное стояние головки в одной плоскости таза
Наличие признака Вастена «вровень»
Симптомы прижатия мочевого пузыря (затрудненное мочеиспускание, примесь крови в моче)

Классификация клинически узкого таза

По Р.И. Калгановой (1965 год)

III степень (абсолютное несоответствие):

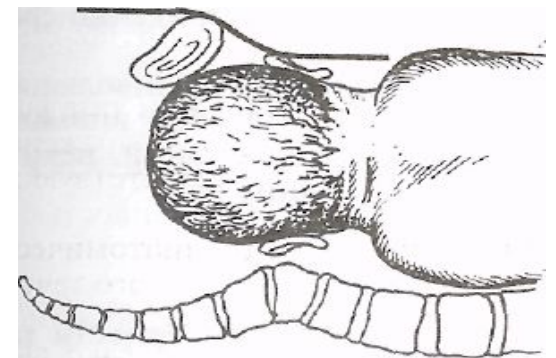
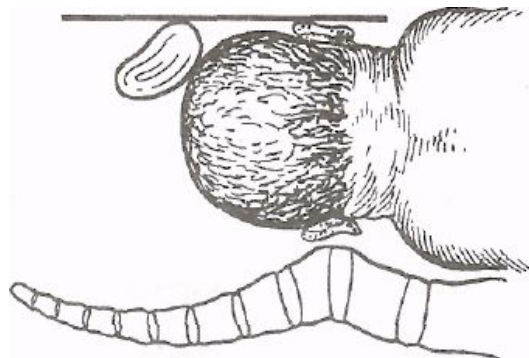
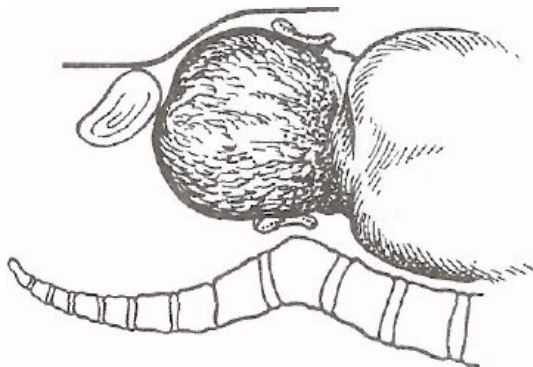
- Особенности вставления головки и механизма родов характерны для имеющейся формы сужения таза, однако часто возникает механизм вставления головки, несоответственный данной форме анатомического узкого таза
- Резко выраженная конфигурация головки плода или отсутствие конфигурационной способности головки, особенно для переносенного плода
- Положительный признак Вастена
- Выраженные симптомы прижатия мочевого пузыря (затрудненное мочеиспускание, примесь крови в моче)
Преждевременное появление непроизвольных неэффективных потуг
- Отсутствие поступательного движения головки при полном открытии шейки матки и энергичной родовой деятельности
- Симптомы угрожающего разрыва матки

Признаки клинически узкого таза ВОЗМОЖНО диагностировать

- при открытии шейки матки более 8 см,
- отсутствии плодного пузыря
- опорожненном мочевом пузыре
- нормальной сократительной деятельности матки.

ПРИЗНАК ВАСТЕНА

- "Положительный" - ребро ладони исследователя при продвижении кверху от симфиза встречает препятствие - выступающую над верхним краем симфиза головку плода.
- "Вровень" - верхний край симфиза и головка плода находятся в одной плоскости.
- "Отрицательный" - головка плода расположена ниже верхнего края симфиза.



ПРИЕМ ЦАНГЕМЕЙСТЕРА

- После измерения наружной конъюгаты таза переднюю браншу тазомера сдвигают вверх на наиболее выступающую часть головки плода.
- Если данный размер меньше наружной конъюгаты, то прогноз для родов хороший; если больше - прогноз плохой; при равных размерах прогноз неопределенный (сомнительный) и зависит от характера родовой деятельности и способности головки к конфигурации.

-
- *Акушерская тактика при развитии клинически узкого таза – экстренное родоразрешение путем операции кесарева сечения!*