

**Тема: «Узкий таз»**  
Лекция для студентов IV курса  
лечебного факультета  
Доцент Попова Л.С.

# План лекции

- 1. Введение
- 
- 2. Характеристика узкого таза.
- 
- 3. Классификация узкого таза.
- 
- 4. Диагностика узкого таза.
- 
- 5. Особенности течения родов при узком тазе.
- 
- 6. Механизмы родов при узких тазах.
- 
- 7. Ведение родов при узких тазах.
- 
- 8. Клинически узкий таз. Характеристика. Ведение родов.

# Характеристика узких тазов

- **Анатомически узким тазом** принято считать таз, в котором все или хотя бы один из размеров укорочен по сравнению с нормальным на 1,5—2 см и более.
- ▲ *Основным показателем сужения таза принято считать размер истинной конъюгаты: если она меньше 11 см, то таз считается узким.*

- **Функционально, или клинически, узкий таз** означает несоответствие (несоразмерность) между головкой плода и тазом матери во время родов. В литературе встречаются термины "диспропорция таза", "дистоция таза", "неадекватный (клинически узкий) таз", **cephalopelvic disproportion** и др.

# Причины.

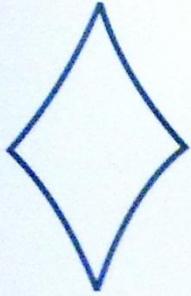
- Недостаточное питание в детском возрасте, рахит, ДЦП, полиомиелит.
- Переломы, опухоли, туберкулез.
- Деформации позвоночника (кифоз, сколиоз, спондилолистез, деформация копчика).
- Заболевания или деформации нижних конечностей (заболевания и вывих тазобедренных суставов, атрофия и отсутствие ноги и др.).
- Акселерация.
- Психоэмоциональные нагрузки, стрессовые ситуации, прием гормонов с целью блокирования менструации при усиленных занятиях спортом (спортивной гимнастикой, фигурным катанием и др.)
- Ношение неудобной, тесной одежды.

# Классификация узких тазов.

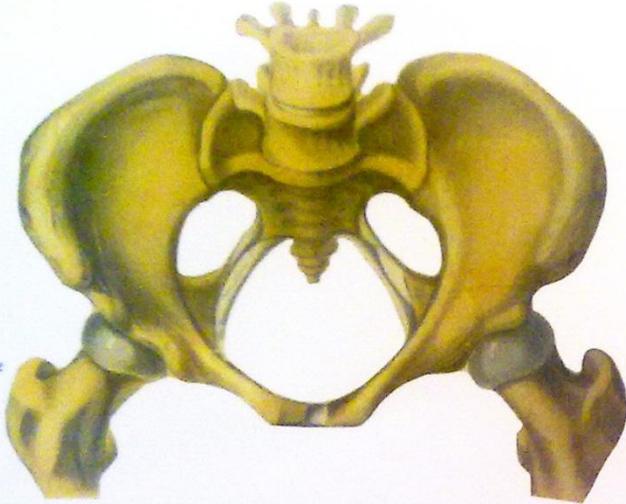
- *Сравнительно часто встречающиеся формы узкого таза:*
- 1. Поперечносуженный таз.
- 2. Плоский таз:
  - а) простой плоский таз;
  - б) плоскоррахитический таз;
  - в) таз с уменьшением прямого размера широкой части полости.
- 3. Общеравномерносуженный таз:
  - а) инфантильный таз;
  - б) таз «карлиц»;
  - в) таз мужского типа.



# Узкий таз



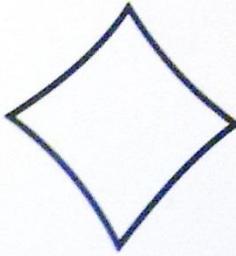
Форма поясничного ромба  
общеравномерносуженом тазе



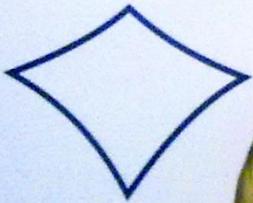
**Общеравномерносуженный таз**



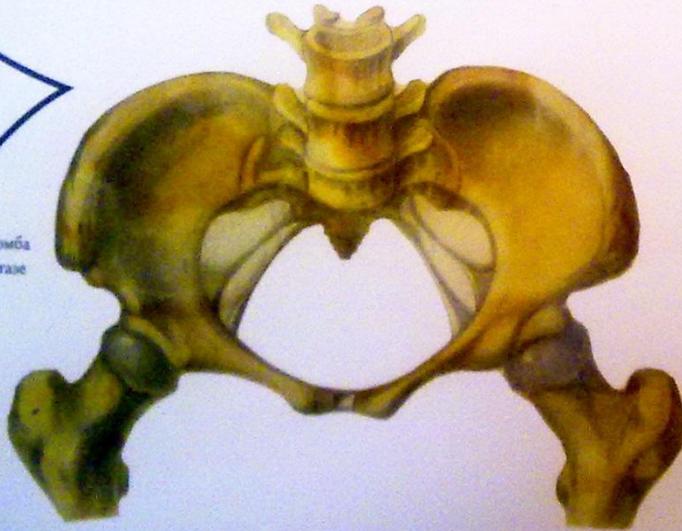
**Простой плоский таз**



Форма поясничного ромба  
при простом плоском тазе



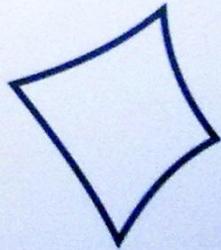
Форма поясничного ромба  
плоскорихитическом тазе



**Плоскорихитический таз**



**Кососуженный таз**



Форма поясничного ромба  
при кососуженом тазе

## *Редко встречающиеся формы узкого таза*

- *Кососуженный (асимметричный) таз*
- *Ассимиляционный ("длинный") таз*
- *Воронкообразный таз.*
- *Кифотический таз.*
- *Спондилолистетинеский таз.*
- *Остеомалятический таз*
- *Таз, суженный экзостозами и костными опухолями.*

# Классификация Литцмана

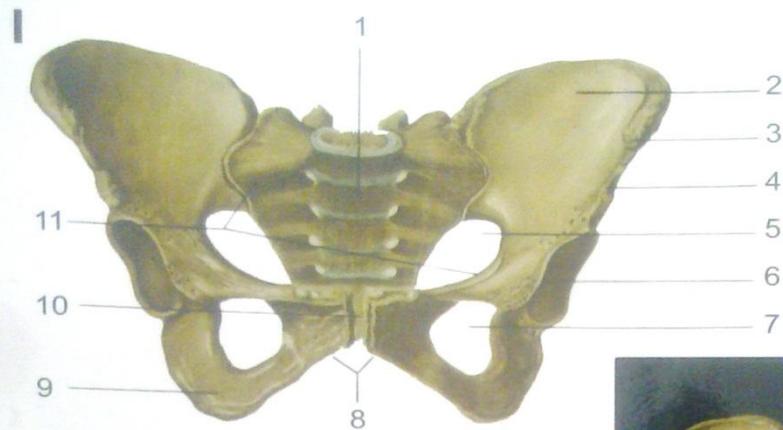
- I — истинная конъюгата меньше 11 см и больше 9 см;
- II — истинная конъюгата меньше 9 см и больше 7,5 см;
- III — истинная конъюгата меньше 7,5 см и больше 6,5 см;
- IV — истинная конъюгата меньше 6,5 см.

*Сужение таза III и IV степени в практике обычно не встречается.*

# Классификация Груздева- Малиновского

- I — истинная конъюгата 10-8 см;
- II — истинная конъюгата 8-6 см;
- III — истинная конъюгата 6 см и меньше.

# ВНУТРЕННИЕ РАЗМЕРЫ ЖЕНСКОГО ТАЗА

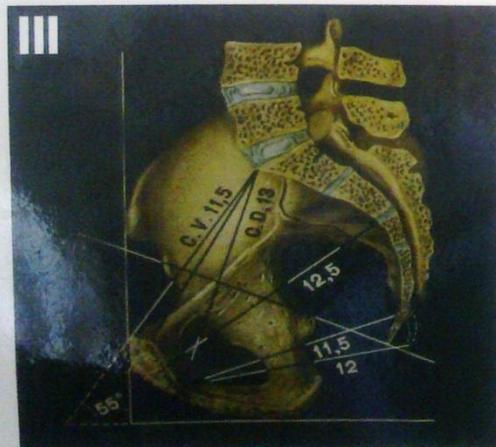


ЖЕНСКИЙ ТАЗ

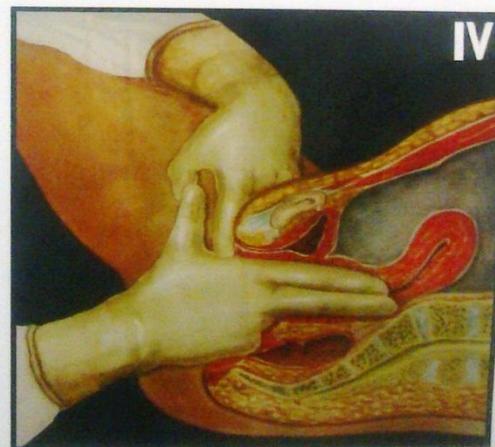
- 1 - крестец
- 2 - крыло подвздошной кости
- 3 - передне-верхняя ость
- 4 - передне-нижняя ость
- 5 - вход в малый таз
- 6 - вертлужная впадина
- 7 - запирающее отверстие
- 8 - лонная дуга
- 9 - седалищный бугор
- 10 - симфиз
- 11 - безымянная линия



Размеры плоскости входа в малый таз (в см.)



УГОЛ НАКЛОНЕНИЯ И ПРЯМЫЕ РАЗМЕРЫ ПЛОСКОСТИ ТАЗА

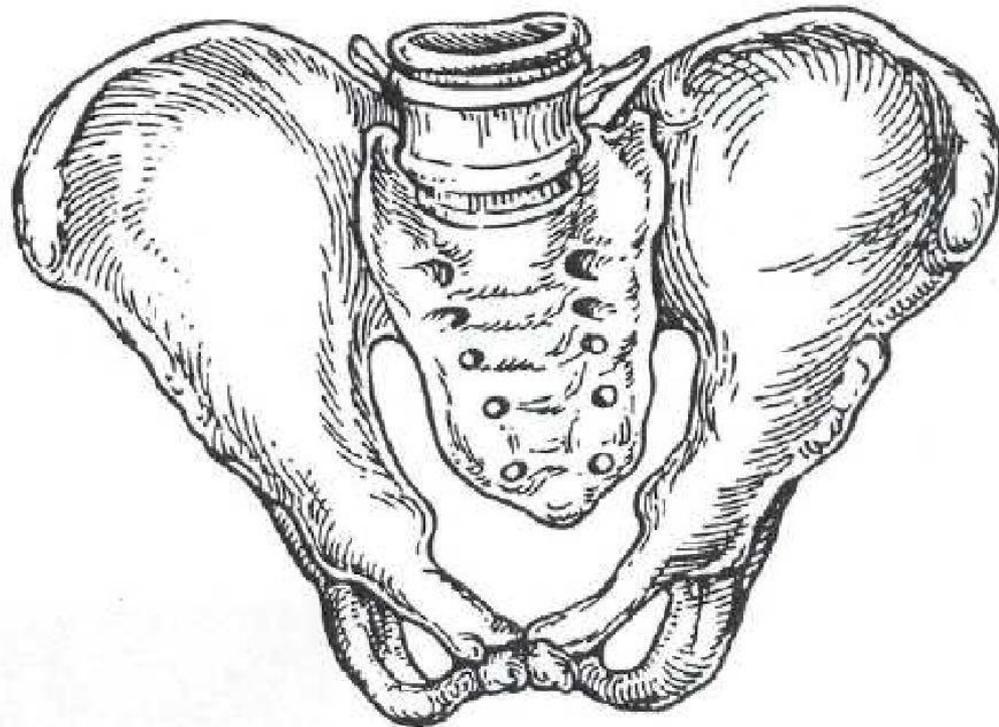


ИЗМЕРЕНИЕ ДИАГОНАЛЬНОЙ КОНЬЮГАТЫ

# Поперечносуженный таз

- Характеризуется уменьшением поперечных размеров малого таза на 0,6—1,0 см и более, относительным укорочением или увеличением прямого размера входа и узкой части полости малого таза, отсутствием изменений размера между седалищными буфами. Вход в малый таз имеет округлую или продольно-овальную форму. Поперечносуженный таз характеризуется и другими анатомическими особенностями: малая развернутость крыльев подвздошных костей и узкая лонная дуга. Этот таз напоминает таз мужского типа и часто наблюдается у женщин при гиперандрогении.

# Поперечносуженный таз

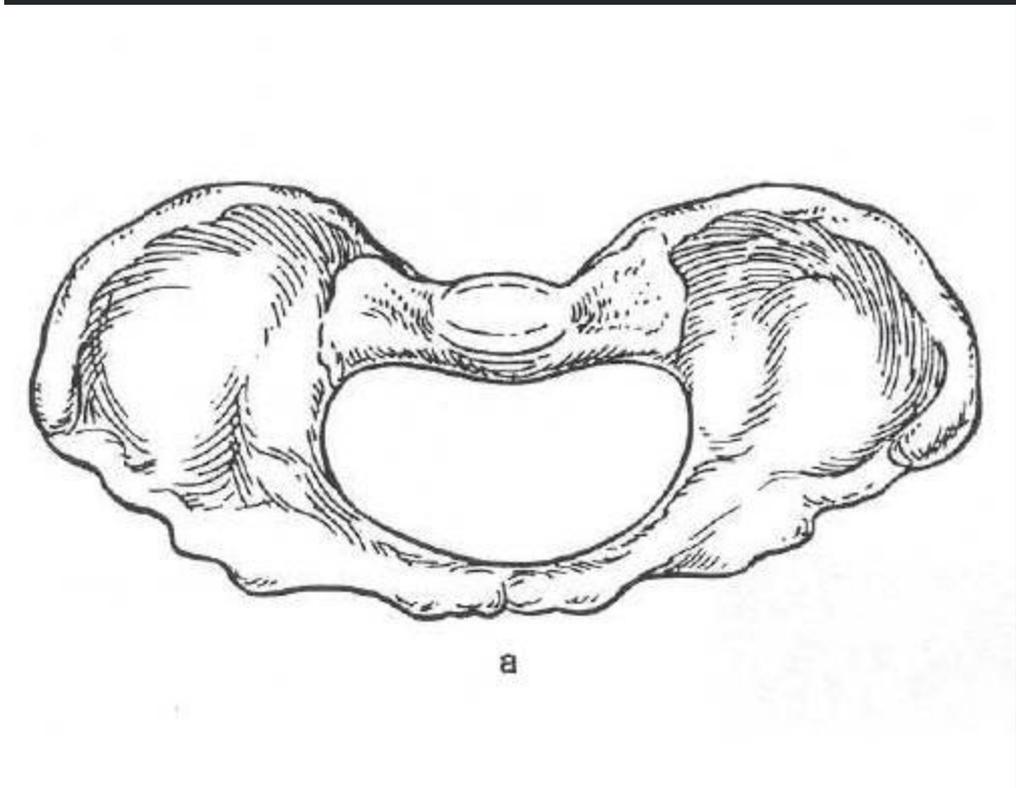
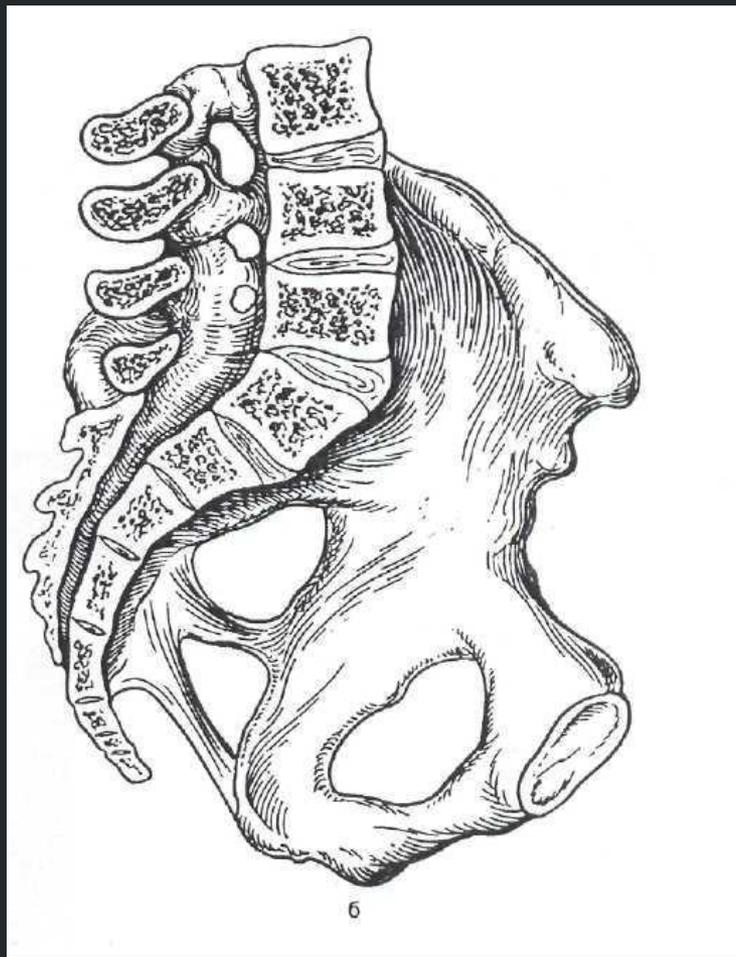


## *Плоский таз.*

В плоском тазе укорочены прямые диаметры при обычной величине поперечных и косых диаметров. При этом различают три разновидности плоского таза:

- простой плоский таз;
- плоскоррахитический таз;
- таз с уменьшением прямого диаметра широкой части полости.

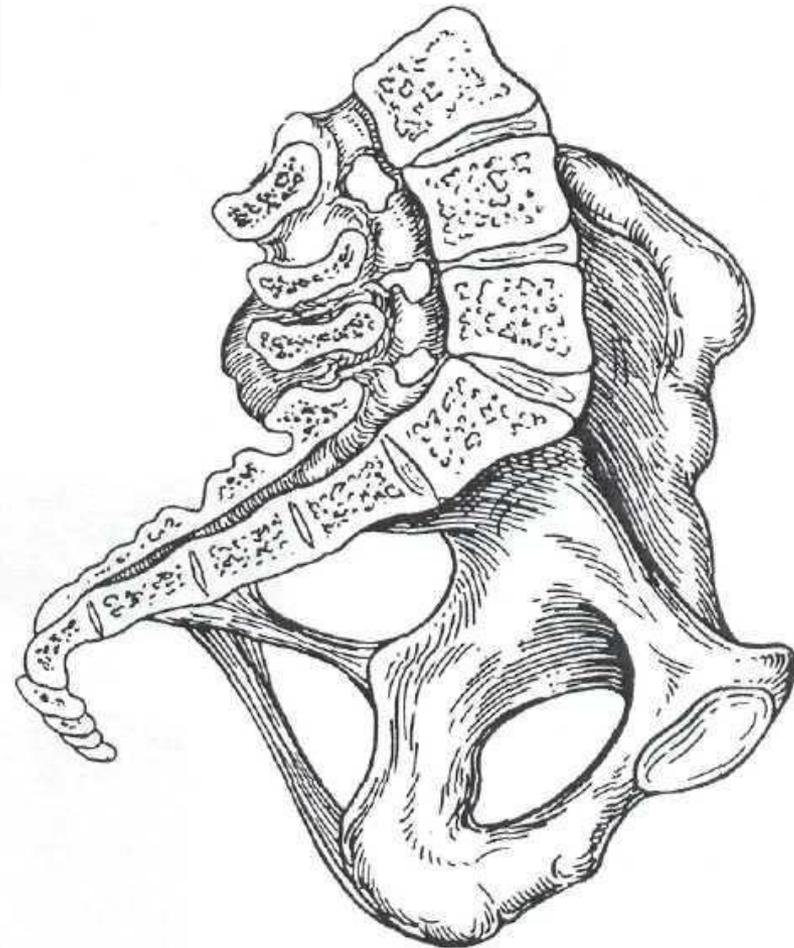
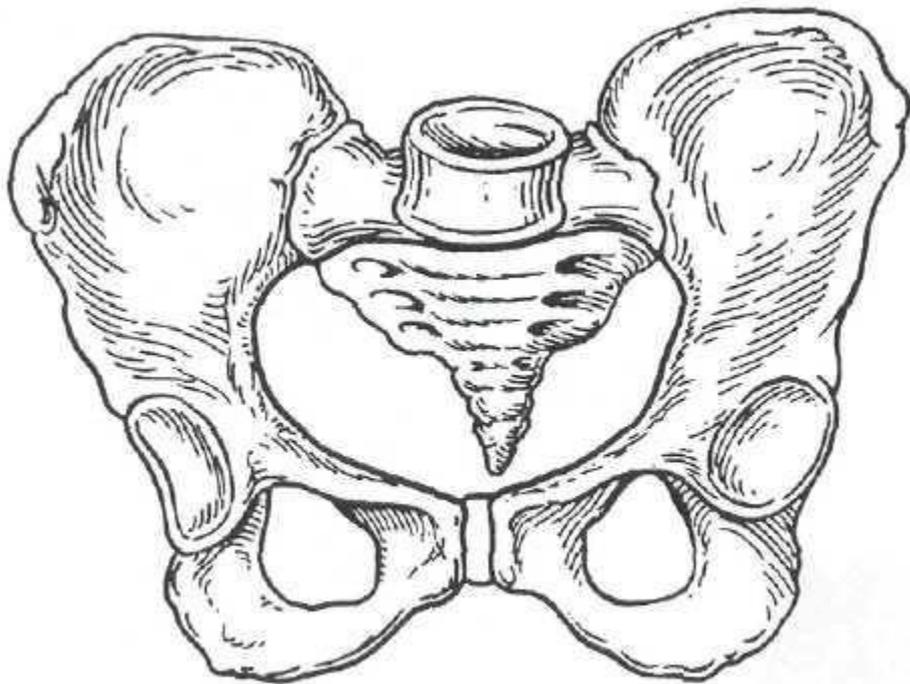
# Простой плоский таз



# Плоскоррахитический таз

- прямой размер входа в таз значительно укорочен в результате глубокого вдвигания крестца в таз — мыс выступает в полость таза значительно резче, чем в нормальном тазе;
- иногда наблюдается второй "ложный" мыс;
- крестец уплощен и повернут кзади вокруг оси, проходящей в поперечнике пояснично-крестцового сочленения;
- верхушка крестца отстоит от нижнего края сочленения дальше, чем в нормальном тазе;
- копчик часто притянут седалищно-крестцовыми связками вместе с последним крестцовым позвонком кпереди (крючкообразно загнут вперед)

# Плоскоррахитический таз



б

## *Таз с уменьшением прямого размера широкой части полости малого таза*

Характеризуется уплощением крестца, вплоть до отсутствия кривизны, увеличением его длины, уменьшением прямого размера широкой части полости (менее 12 см), отсутствием разницы между прямыми размерами входа, широкой и узкой части полости.

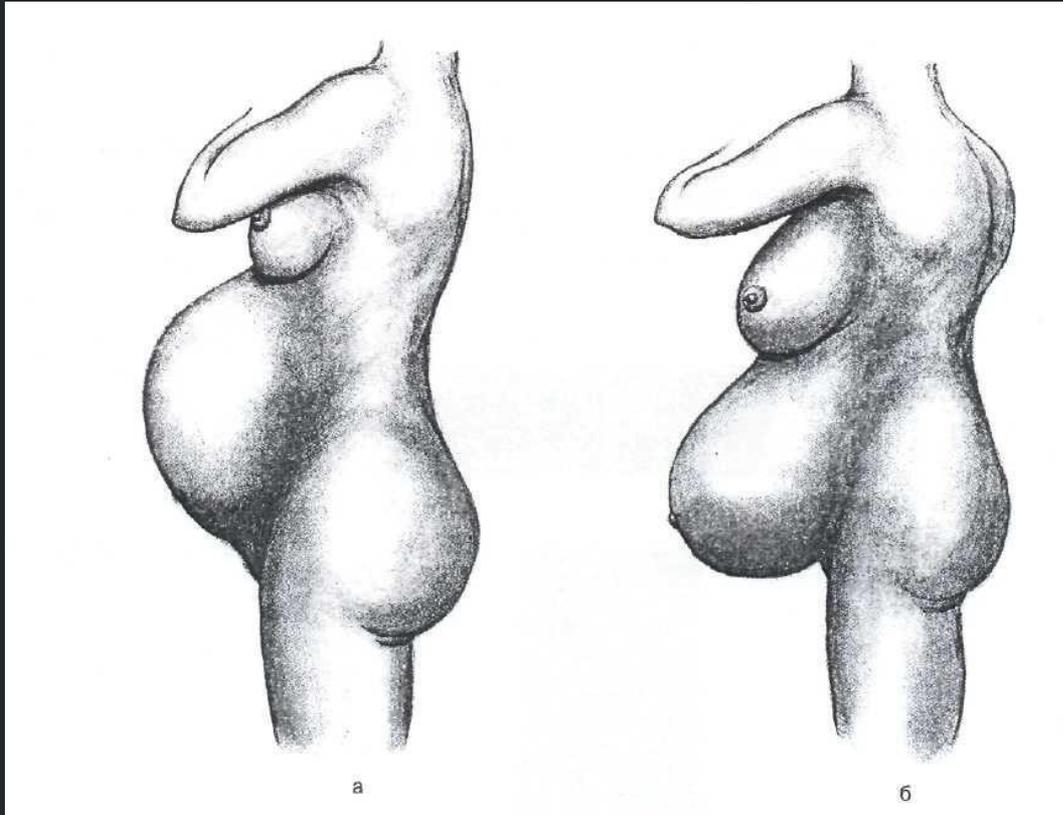
Другие размеры обычно нормальны или увеличены.

Следует различать две степени сужения: I степень — прямой размер широкой части полости малого таза 12,4—11,5 см и II размер полости меньше 11,5 см.

# Диагностика узкого таза

- Диагностика узкого таза проводится на основании:
- данных анамнеза;
- наружного осмотра;
- объективного исследования (наружная пельвиметрия, влагалищное исследование);
- дополнительных методов исследования (УЗИ, рентгенопельвиметрия, компьютерная томографическая пельвиметрия, магнитно-резонансная томография)

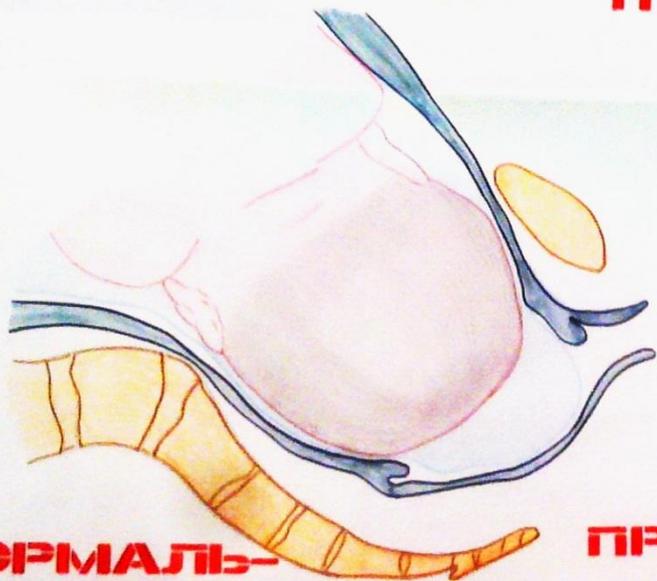
# Формы живота при узком тазе.



а — у первородящей (остроконечный живот); б — у повторнородящей (отвислый живот).

Вставление головки во вход в малый таз при нормальном (а) и анатомически узком (б) тазе. Головка стоит над входом в малый таз, передние и задние воды не разграничены.

## ФОРМА ПЛОДНОГО ПУЗЫРЯ

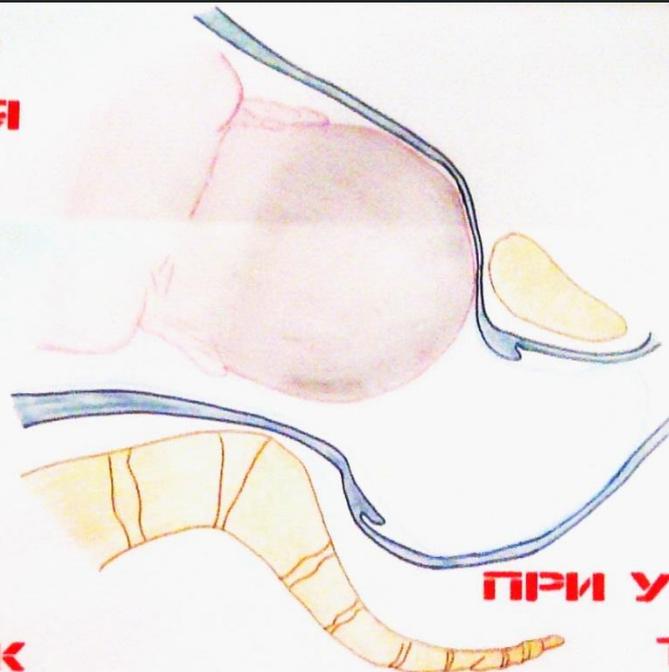


ПРИ НОРМАЛЬ-

НОМ ТАЗЕ

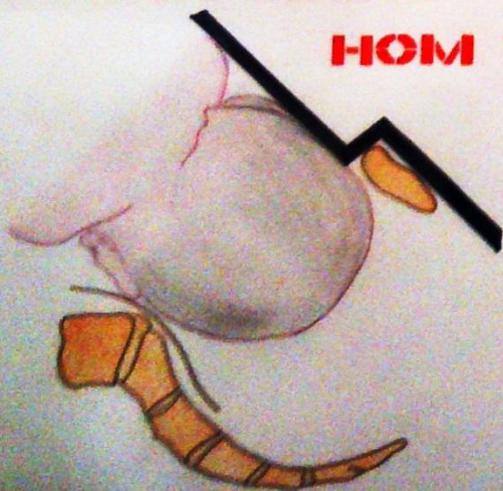
ПРИЗНАК

ВАСТЕНА

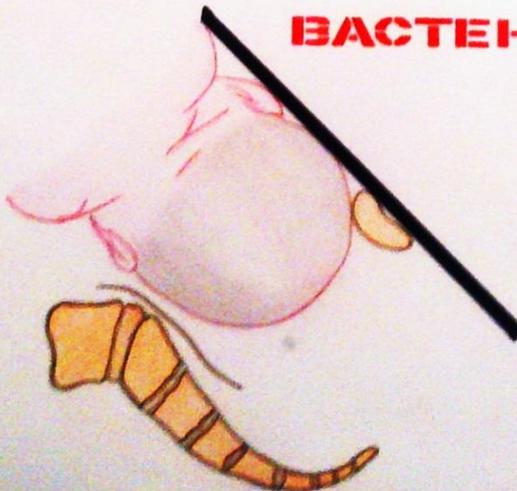


ПРИ УЗКОМ

ТАЗЕ



“ОТРИЦАТЕЛЬНЫЙ”



“ВРОВЕНЬ”



“ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ”

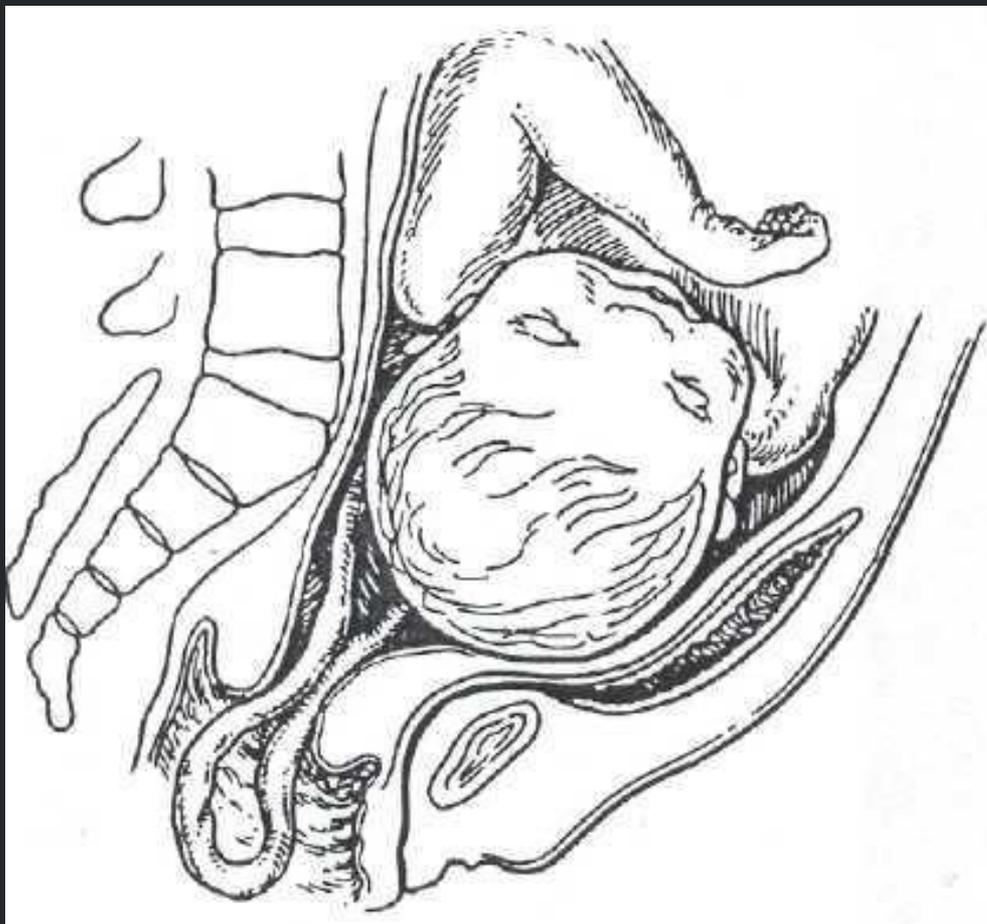
Беременные с узким тазом относятся к группе **высокого риска развития осложнений** и в женской консультации должны находиться на специальном учете. Необходимо своевременное выявление аномалий положений плода и других осложнений. Важно определить срок родов, чтобы предупредить перенашивание беременности, которое при узком тазе особенно неблагоприятно. За 1—2 нед. до родов беременных следует госпитализировать в отделение патологии для уточнения диагноза и выбора рационального метода родоразрешения. При наличии гестоза и других осложнений беременную направляют в родильный дом независимо от срока гестации.

# Особенности течения родов при узком тазе

При I и реже II степени сужения, средних и малых размерах плода возможны роды через естественные родовые пути. При II степени сужения таза осложнения в родах встречаются значительно чаще, чем при I степени. Что касается III и IV степени сужения таза, то роды в этих случаях живым доношенным плодом **невозможны.**

- При узком тазе нередко наблюдается *раннее излитие околоплодных вод* вследствие высокого стояния головки и отсутствия разграничения вод на передние и задние. В момент излития вод во влагалище может выпасть петля пуповины или ручка плода. Если не оказать своевременно помощь, то пуповина прижимается головкой к стенке таза и плод погибает от гипоксии. Выпавшая ручка уменьшает объем узкого таза, создавая дополнительное препятствие для изгнания плода.
- При *преждевременном и раннем излитии вод* процесс раскрытия шейки матки замедляется, на головке образуется родовая опухоль, нарушается маточно-плацентарный кровоток, что способствует развитию гипоксии у плода. В случае длительного безводного промежутка микробы из влагалища проникают в полость матки и могут вызвать эндометрит в родах (хориоамнионит), плацентит, инфицирование плода.

# Выпадение петли пуповины.



- При узком тазе нередко наблюдаются *аномалии родовой деятельности*, которые проявляются в виде первичной и вторичной слабости, дискоординации. Роды приобретают замедленный характер, роженица утомляется, и у плода нередко возникает гипоксия.
- При узком тазе характерным является замедленное раскрытие шейки матки и в конце периода раскрытия может появиться *желание тужиться* — "*ложные потуги*", что обусловлено раздражением шейки матки вследствие ее прижатия ко входу в малый таз.

- При узком тазе в периоде изгнания *головка* длительное время находится во всех плоскостях таза. Под влиянием родовой деятельности головка, фиксированная во входе в таз, подвергается значительной конфигурации и при этом приспособливается к форме узкого таза, что и способствует ее прохождению через родовые пути.

# Период изгнания

- При узком тазе этот период обычно затягивается: для изгнания плода через узкое кольцо таза требуется хорошая родовая деятельность. При наличии значительного препятствия к изгнанию могут возникнуть бурная родовая деятельность и *перерастяжение нижнего сегмента матки*, что в конечном итоге может привести к *разрыву матки*. У некоторых рожениц после бурной родовой деятельности наступает вторичная слабость родовых сил, потуги прекращаются и плод может погибнуть от гипоксии.
- При длительном стоянии головки во входе или в полости таза могут происходить *сдавление мягких тканей родовых путей между костями таза и головкой плода*. Кроме шейки матки и влагалища, сдавливаются мочевого пузырь и мочеиспускательный канал спереди, прямая кишка — сзади. Прижатие мягких тканей ведет к нарушению в них кровообращения; возникают цианоз и отек шейки матки, стенки мочевого пузыря, а в дальнейшем — влагалища и наружных половых органов.

# Механизм родов при поперечносуженном тазе.

При поперечносуженном тазе и отсутствии значительного уменьшения его поперечных размеров и средних размерах головки плода механизм родов не отличается от такового при нормальном тазе. Характерным при поперечносуженном тазе без увеличения прямого размера входа является асинклитическое вставление головки, когда она вставляется в одном из косых размеров плоскости входа передней теменной костью, стреловидный шов при этом смещается кзади.

Согнутая головка постепенно опускается в полость таза и в дальнейшем совершает такие же движения, как при нормальном механизме родов: внутренний поворот (затылком кпереди), разгибание, наружный поворот. Длительность родов при поперечносуженном тазе больше, чем при нормальном. Однако при сочетании поперечного сужения таза с увеличением истинной конъюгаты и других прямых размеров таза, особенно когда истинная конъюгата больше поперечного размера входа, нередко головка устанавливается стреловидным швом в прямом размере, затылком кпереди, что для данной формы сужения таза является благоприятным. При этом головка сгибается и опускается до выхода таза, не делая внутреннего поворота, и затем разгибается (рождается).

Если головка устанавливается стреловидным швом в прямом размере и затылок плода обращен кзади, то поворот согнутой головки на  $180^\circ$  может произойти в полости таза (при небольшой головке и энергичной родовой деятельности), и она прорезывается в переднем виде.

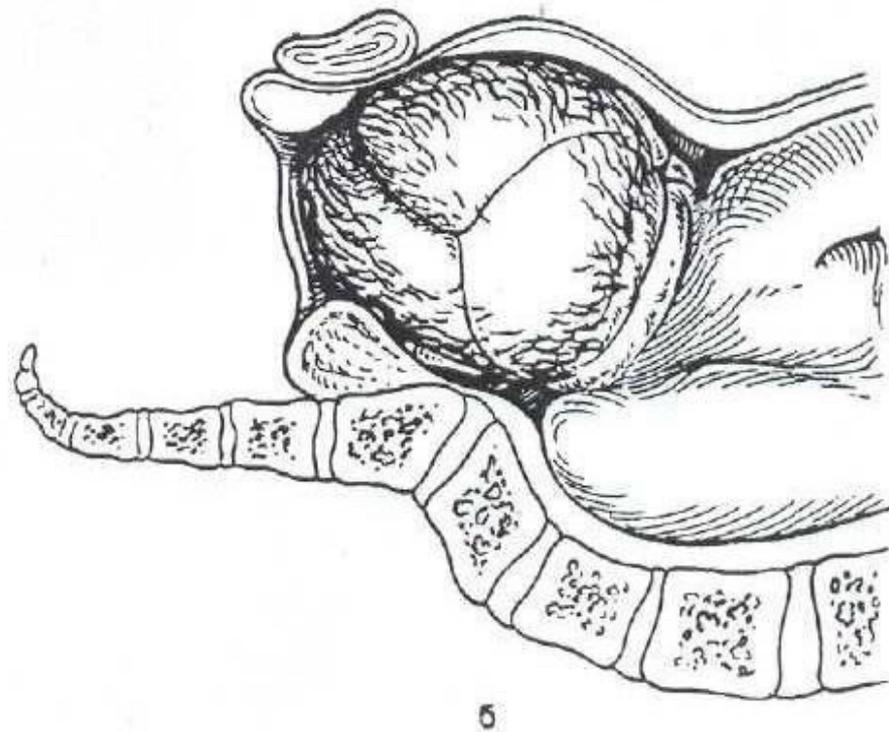
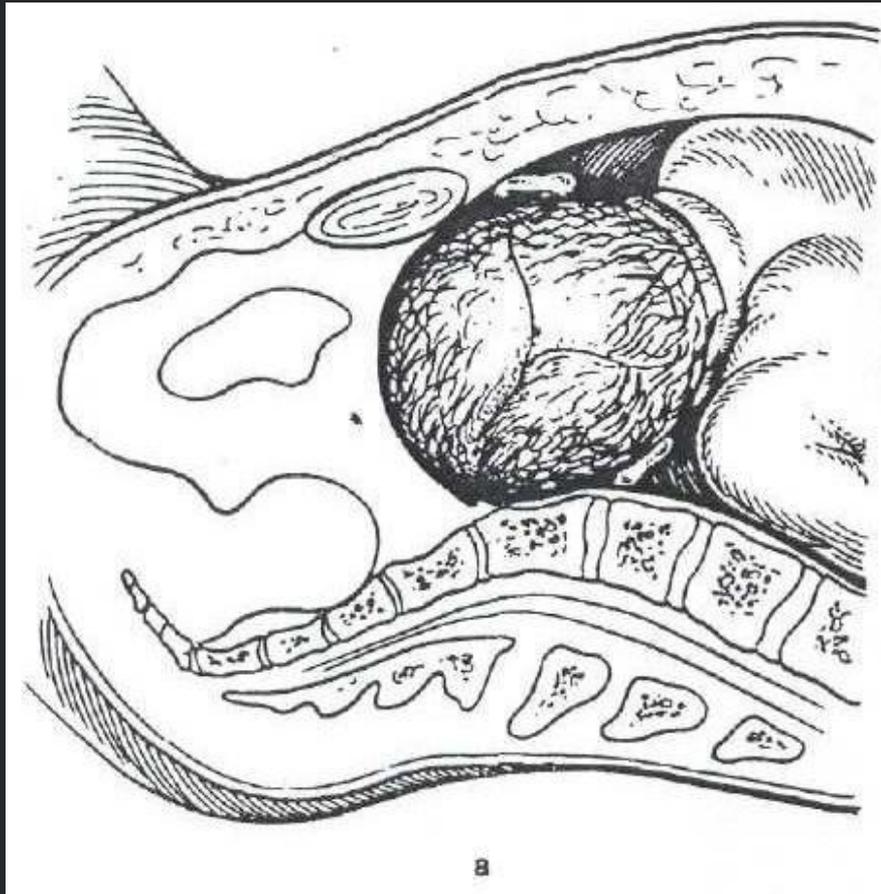
Если затылок плода не поворачивается кпереди, то может образоваться высокое прямое стояние головки и появляются признаки клинического несоответствия, что является показанием к кесареву сечению.

## Механизм родов при плоскорахитическом тазе.

### ● Особенности данного вида родов:

1. Продолжительное стояние головки сагиттальным швом в поперечном размере входа в таз. Вследствие сужения входа головка может находиться в таком положении несколько часов даже при хорошей родовой деятельности.
2. Небольшое разгибание головки, в результате которого большой родничок располагается на одном уровне с малым или ниже него.  
При таком разгибании через наименьший размер — истинную конъюгату — головка проходит малым поперечным размером (8,5 см). Большой поперечный размер (9,5 см) отклоняется в сторону, где больше пространства. Головка в таком состоянии приспособляется ко входу в таз и потому, что размер слегка разогнутой головки (12 см) меньше поперечного размера входа (13-13,5 см).
3. 3. Асинклитическое вставление головки. Обычно наблюдается передний — негелевский — асинклитизм (переднетеменное вставление головки); при этом задняя теменная кость упирается в выступающий кпереди мыс и задерживается на этом месте, а передняя теменная кость постепенно опускается в полость таза. Сагиттальный шов располагается ближе к мысу. В таком положении (сагиттальный шов в поперечном размере таза — ближе к мысу, большой родничок ниже малого) головка плода стоит во входе в таз до тех пор, пока не произойдет достаточно сильная ее конфигурация. После этого задняя теменная кость соскальзывает с мыса, асинклитизм исчезает, головка сгибается.

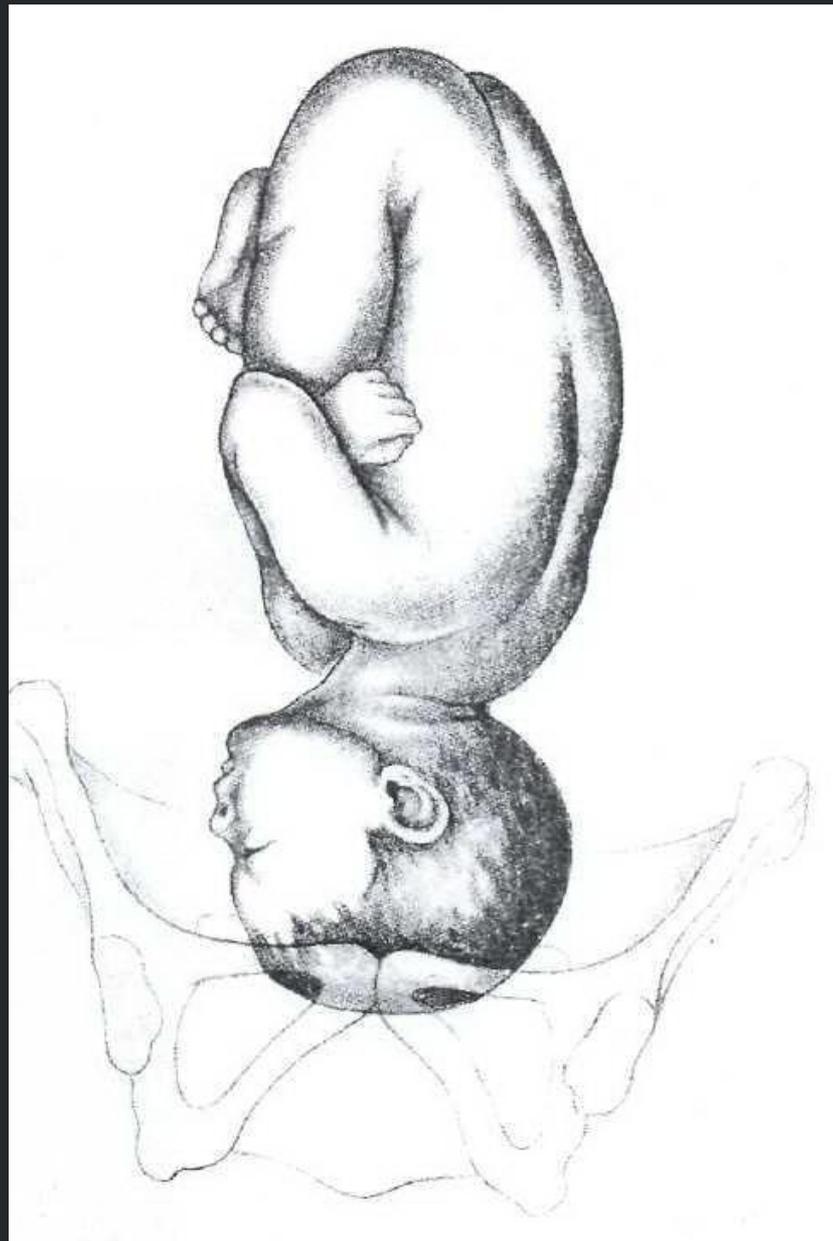
*В дальнейшем механизм родов такой же, как при переднем виде затылочного предлежания (внутренний поворот, разгибание, наружный поворот головки).*



- Механизм родов при плоскоррахитическом тазе.
- а – асинклитическое вставление головки (переднетеменное);
- б – асинклитическое вставление головки (заднетеменное).

# Механизм родов при простом плоском тазе.

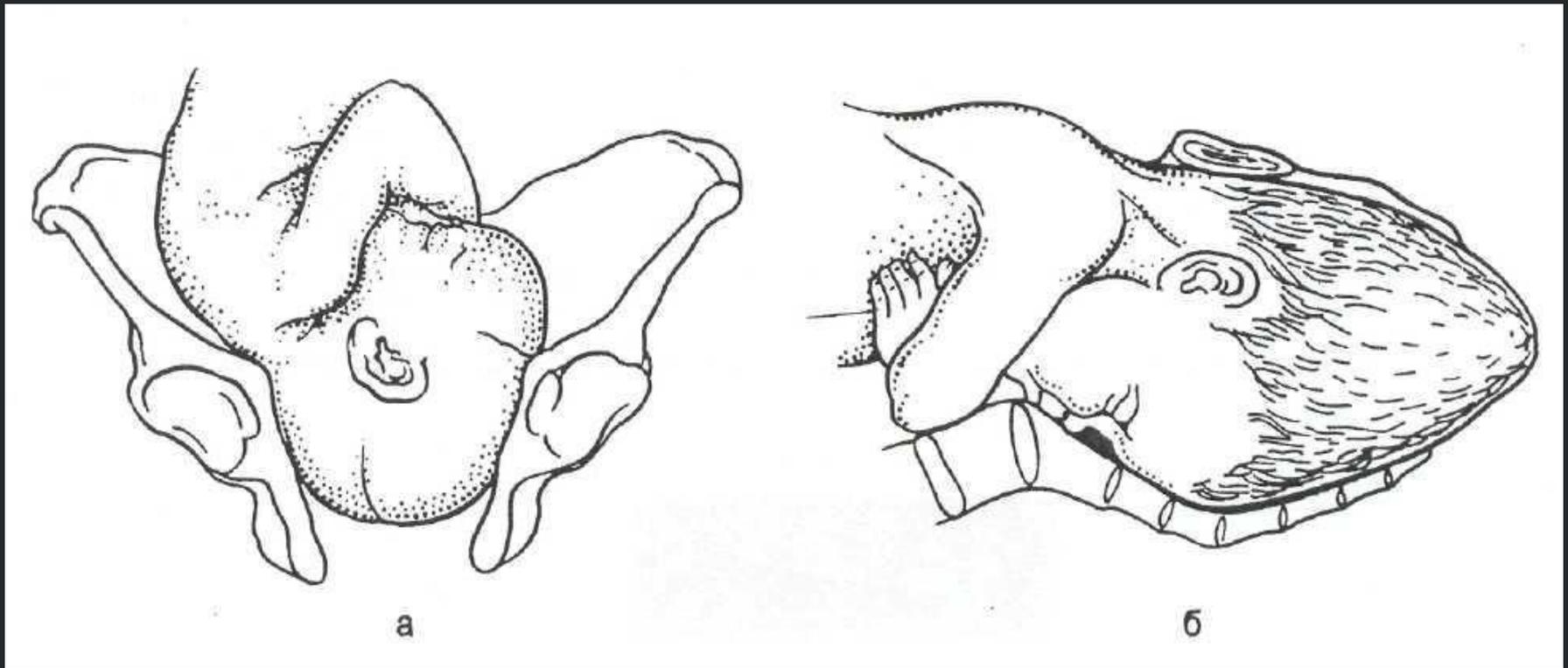
- Головка вступает во вход так же, как при плоскорохитическом тазе. В дальнейшем она опускается в полость таза и рождается по типу затылочного предлежания. Однако нередко внутренний поворот головки не происходит потому, что наряду с прямым размером входа в таз уменьшены прямые размеры полости и выхода таза. Головка плода достигает плоскости узкой части полости таза, иногда даже его дна, а сагиттальный шов находится в поперечном размере таза. Эта особенность механизма родов называется низким поперечным стоянием головки. В некоторых случаях головка плода на дне таза поворачивается затылком кпереди и рождается самостоятельно. Если поворот не произойдет, возникают осложнения (вторичная слабость родовых сил, асфиксия плода и др.), являющиеся показанием к оперативному родоразрешению.
- Внутренний поворот головки затылком кпереди совершается при переходе из широкой части полости в узкую, разгибание головки — в выходе таза. Иногда наблюдается косо-асинклитическое вставление головки. Роды при заднем виде затылочного предлежания плода способствуют развитию клинического несоответствия таза и головки.



Механизм родов при  
плоском тазе. Разгибание  
головки во входе в малый  
таз.

## Механизм родов при общеравномерносуженном тазе.

1. Максимальное сгибание.
2. Вступление во входе в таз в косом размере.
3. Конфигурация головки.
4. Медленное продвижение по родовому каналу.
5. Асинклитизм Родерера.
6. Максимальное отклонение в выходе таза.



- Механизм родов при общеравномерносуженном тазе.  
а — сгибание головки во входе в малый таз; б — резкая конфигурация головки (долихоцефалическая головка).

ВЕДЕНИЕ РОДОВ  
ПРИ УЗКОМ ТАЗЕ

Течение родов при узком тазе зависит от следующих причин:

- степени-сужения таза;
- размеров головки плода;
- характера предлежания и вставления головки;
- способности головки к конфигурации;
- интенсивности (характера) родовой деятельности;
- готовности женского организма к родам ("зрелость" шейки матки);
- состояния плода.

1. Роды через естественные родовые пути при первой степени сужения и средних размеров плода при условии хорошей родовой деятельности, конфигурации головки.
2. Роды ведутся с функциональной оценкой таза.
3. **Абсолютным показанием к кесареву сечению является анатомически узкий таз при сужении III—IV степени (встречается крайне редко); наличие экзостозов или костных опухолей в малом тазе, препятствующих прохождению плода; резкие деформации таза в результате перенесенной травмы; наличие при предыдущих родах разрывов лонного сочленения или других повреждений таза, мочеполовых и кишечно-половых свищей, обусловленных сужением таза.**

Показанием к кесареву сечению являются состояния, при которых возможно развитие слабости родовой деятельности или особенностей вставления головки плода, препятствующих ее прохождению через костное кольцо таза:

- 1) крупные размеры плода;
- 2) перенашивание беременности;
- 3) хроническая гипоксия плода;
- 4) тазовое предлежание;
- 5) аномалии развития половых органов;
- 6) рубец на матке после кесарева сечения и других операций;
- 7) указание на наличие в анамнезе бесплодия;
- 8) возраст первородящих старше 30 лет и т.д.

# Признаки Цангмейстера, Вастена.

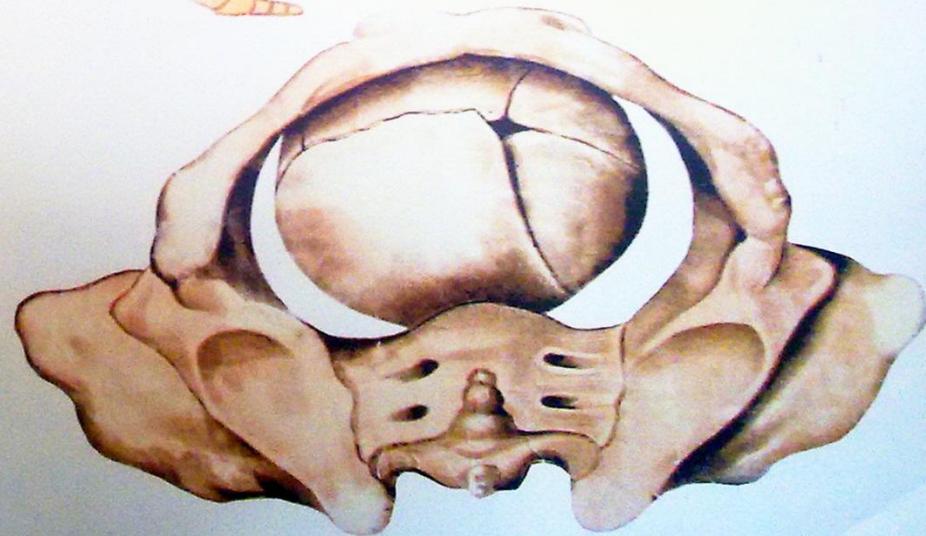
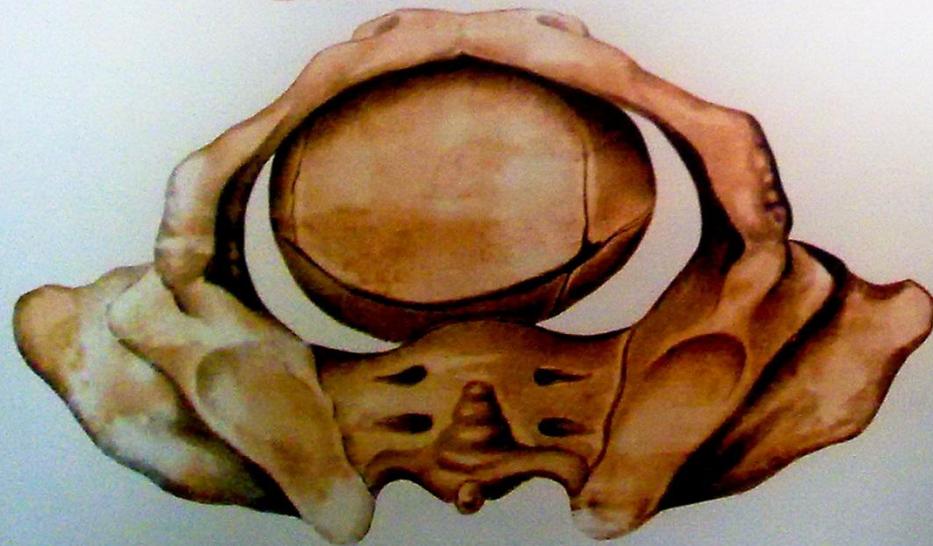
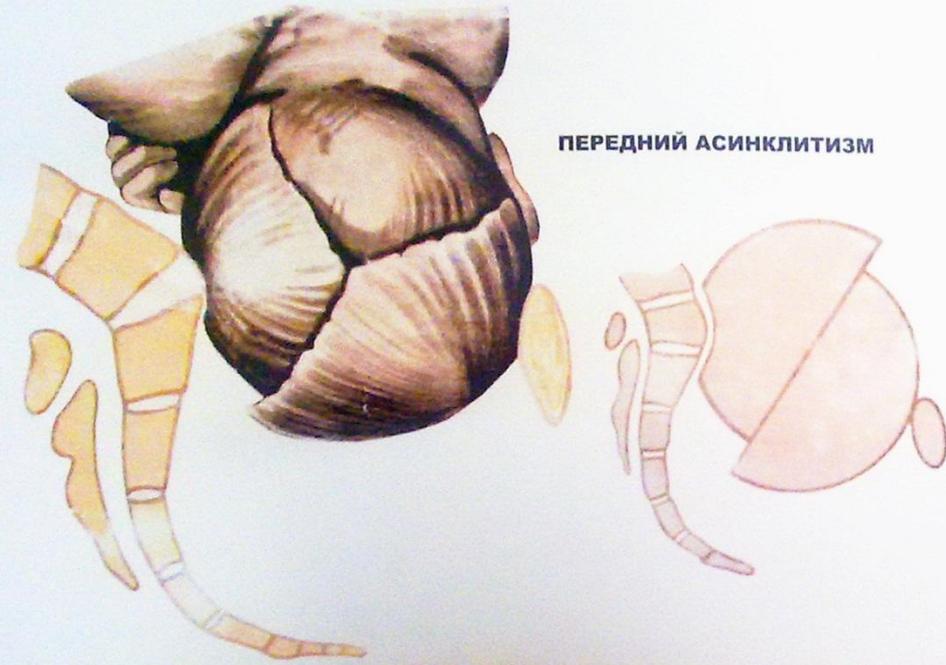
- Цангмейстер предложил определять наличие и степень возвышения передней поверхности головки над симфизом путем измерения и сопоставления размеров наружной конъюгаты и расстояния от надкрестцовой ямки до передней поверхности головки. Измерение производят тазомером в положении роженицы на боку. При соответствии размеров головки и таза наружная конъюгата на 2—3 см больше, чем расстояние от головки до надкрестцовой ямки. Если последний размер больше наружной конъюгаты, значит, размер головки не соответствует размеру таза. Одинаковая величина обоих размеров свидетельствует о наличии определенного несоответствия между размерами таза и головкой; в этом случае прогноз родов сомнительный

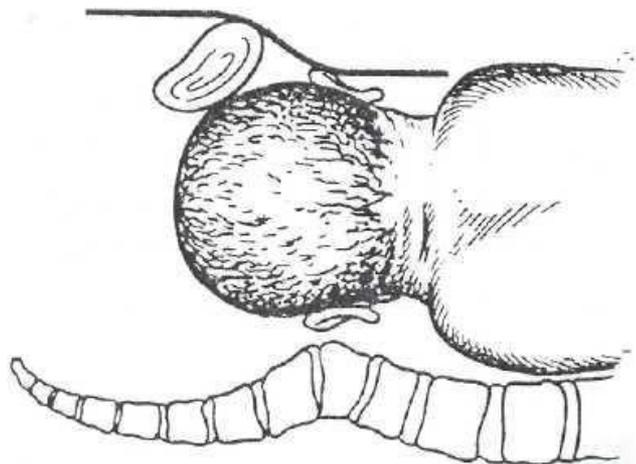
- Признак Вастена определяется при наличии регулярной родовой деятельности, после излития вод и фиксации головки во входе в таз. Исследующий располагает ладонь на поверхности симфиза и скользит ею кверху, на область предлежащей головки. Если передняя поверхность головки находится выше плоскости симфиза, значит, имеется несоответствие между тазом и головкой (признак Вастена положительный) и роды самостоятельно закончиться не могут. При явном несоответствии размеров таза и головки показано оперативное родоразрешение путем кесарева сечения (при мертвом плоде — краниотомия или другие плодоразрушающие операции).
- При незначительном несоответствии передняя поверхность головки находится на одном уровне с симфизом (признак Вастена вровень). В таких случаях исход родов может быть двояким: если родовая деятельность энергичная и головка хорошо конфигурируется, то роды заканчиваются самостоятельно; при слабой родовой деятельности, крупной и плотной головке, аномалиях положения и вставления роды самостоятельно закончиться не могут.
- При полном соответствии между тазом и головкой передняя поверхность головки находится ниже плоскости симфиза (признак Вастена отрицательный), роды обычно заканчиваются самостоятельно.

# АСИНКЛИТИЧЕСКОЕ ВСТАВЛЕНИЕ ГОЛОВКИ

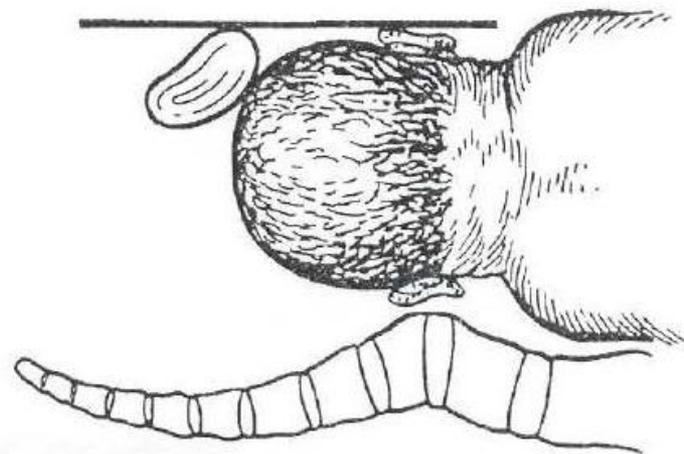
ПЕРЕДНИЙ АСИНКЛИТИЗМ

ЗАДНИЙ АСИНКЛИТИЗМ

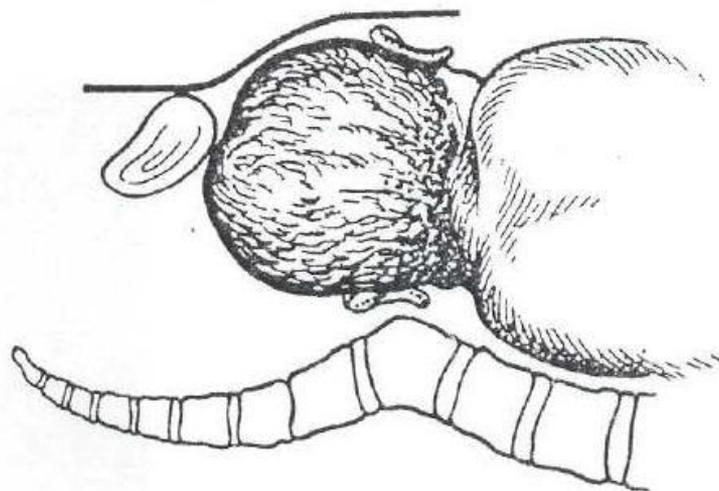




а



б



в

- Определение соответствия между головкой плода и входом в таз по Вастену.
- а — признак Вастена отрицательный;
- б — признак Вастена слабоположительный ("вровень");
- в — признак Вастена положительный

# Характеристика. Ведение родов

- Диагноз клинически узкого таза устанавливают только в родах по совокупности признаков, позволяющих выявить несоразмерность (диспропорцию) таза и головки.
- 1. Основные причины клинически узкого таза:
- 2. анатомическое сужение или аномальные формы костного кольца  
малого таза;
- 3. крупные размеры плода;
- 4. асинклитические вставления (заднетеменное, высокое прямое стояние стреловидного шва), разгибательные предлежания головки (лобное, передний вид лицевого предлежания);
- 5. отсутствие достаточной конфигурации головки при переносенной беременности.

Основными признаками клинически узкого таза являются:

- 1) отсутствие прижатия головки ко входу в малый таз с началом родовой деятельности;
- 2) нарушение сократительной деятельности матки (слабость или дискоординация родовой деятельности);
- 3) несвоевременное излитие околоплодных вод;
- 4) нарушение синхронности процесса открытия шейки матки и одновременного продвижения плода;
- 5) отсутствие или резкое замедление продвижения головки плода при полном раскрытии шейки матки;
- 6) выраженная конфигурация головки, образование родовой опухоли;
- 7) затруднение или прекращение самопроизвольного мочеиспускания;
- 8) отек шейки матки, создающий ложное впечатление неполного раскрытия ее (отечная шейка не смещается за головку при полном открытии и свисает во влагалище);
- 9) затяжное течение родов и появление признаков гипоксии плода.

## *Последовый период.*

- В последовом периоде при узком тазе нередко возникают кровотечения в связи с нарушением отслойки плаценты. Причиной этого служит то, что при перерастянувшихся в течение длительного и трудного периода изгнания стенках матки и брюшном прессе утомленная роженица не может развить хороших последовых схваток и потуг, необходимых для физиологической отслойки и рождения плаценты. В результате наступает частичная отслойка плаценты с опасным кровотечением из матки.

# Послеродовой период

- *В раннем послеродовом периоде* нередко наблюдается гипотоническое кровотечение из матки, так как у матки временно снижена или потеряна способность сокращаться. Может наблюдаться также кровотечение из разрывов шейки матки и других тканей родового канала.
- *В позднем послеродовом периоде* возможны послеродовые инфекционные заболевания, а при неправильном ведении родов — мочеполовые и кишечно-половые свищи, повреждения сочленений таза и др.

Новорожденные при узком тазе относятся к группе высокого риска. У родившегося плода отмечается значительная конфигурация головки, большая родовая опухоль; у них часто наблюдаются асфиксия при рождении, нарушение мозгового кровообращения, кефалогематомы, реже кровоизлияния в мозг, травмы костей черепа и др. При рождении туловища может быть перелом ключицы и (реже) ручки плода, повреждение шейного отдела позвоночника. Новорожденным при необходимости должна быть оказана квалифицированная реанимационная помощь, а в дальнейшем интенсивное наблюдение и соответствующее обследование и лечение. У всех детей, родившихся от матерей с узким тазом, необходимо производить нейросонографию для выявления интранатальных повреждений мозга.

# Литература.

## **Обязательная:**

- Савельева Г.М. и соавт. Москва, 2006.
- Айламазян Э.К. Акушерство. Учебник для медицинских вузов. - Санкт-Петербург, 1998.

## **Дополнительная:**

- Руководство к практическим занятиям по акушерству и перинатологии под редакцией проф. Цвелева Ю.В. - Санкт-Петербург, 2004.