

Казанский государственный медицинский университет
Кафедра акушерства и гинекологии №2

Узкий таз в современном акушерстве

д.м.н., профессор Габидуллина Р.И.

Актуальность

- Частота по данным разных авторов от 1 до 7%.
- В настоящее время чаще обнаруживаются стёртые формы узкого таза и оценивать его нужно совместно с массой плода
- Для современной женщины характерен поперечносуженный таз

Причины развития узкого таза

- инфантилизм,
- задержка развития организма,
- полиомиелит,
- рахит,
- туберкулёз костей и суставов,
- переломы костей таза
- акцелерация

Определение

- **Анатомически узкий таз** — таз, у которого хотя бы один размер укорочен по сравнению с нормальным на 1,5-2 см.
- **Функционально узкий таз** (клинически узкий таз) — таз, препятствующий течению родов вследствие несоответствия головки плода и таза рожениц, независимо от его размеров - крупный плод, разгибательные вставления

Классификации

- по особенностям строения,
- по форме сужения,
- по степени сужения

1. Классификация по особенностям строения

- **Гинекоидный таз** — нормальный таз женского типа.
- **Андроидный таз** — женский таз мужского или воронкообразного "типа.
- **Антропоидный таз** — таз с удлинённым передне-задним размером и укороченным поперечным диаметром (как у обезьяны).
- **Платипеллоидный таз** — плоский узкий таз

2. Классификация по форме сужения

I. Сравнительно часто встречающиеся формы

- (1) *Общеравномерносуженный таз*** — все размеры уменьшены на одинаковую величину, чаще на 1-2 см
- (2) *Поперечносуженный таз*** — уменьшение поперечных размеров при нормальном (или увеличенном) размере истинной конъюгаты

2. Классификация по форме сужения

I. Сравнительно часто встречающиеся формы

- (3) *Плоский таз* — укорочение прямых размеров при обычной величине поперечных и косых размеров. Он делится на :
- (а) **Простой плоский таз** — укорочены все прямые размеры.
 - (б) **Плоскоракхитический таз** — укорочение только прямого размера входа (истинной конъюгаты).
- (4) *Общесуженный плоский таз* — уменьшение всех размеров, но прямые укорочены больше всех остальных.

2. Классификация по форме сужения

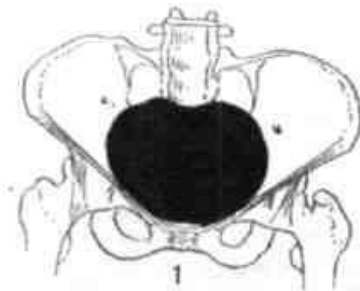
II. Редко встречающиеся формы:

- (1) **Кососмещённый (асимметричный) таз** бывает после перенесённого рахита, вывиха тазобедренного сустава, сколиоза вследствие вдавления вертлужной впадины на здоровой стороне
- (2) **Лордозный таз** - лордоз в пояснично-крестцовом отделе; уменьшен прямой размер входа в таз
- (3) **Воронкообразный таз** — таз, у которого входные размеры нормальные, а выходные размеры сужены. Крестец удлинён, лобковая дуга узкая

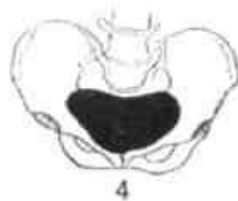
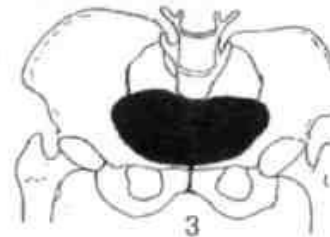
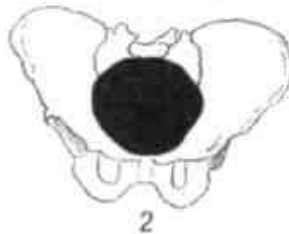
2. Классификация по форме сужения

II. Редко встречающиеся формы:

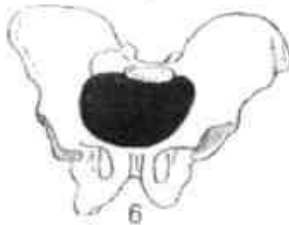
- (4) *Кифотический таз* — кифоз позвоночника с увеличением истинной конъюгаты, уменьшением поперечного размера выхода таза, лобковый угол острый, полость таза воронкообразная.
- (5) *Спондилолистический таз* — анатомически узкий таз с уменьшенным прямым размером входа из-за соскальзывания пятого поясничного позвонка с основания крестца.
- (6) *Остеомалятический таз* — таз, деформированный в результате остеомаляции



- 1 - нормальный таз.
2 - общеравномерносуженный таз.
3 - плоский таз.



- 4 - плоско-суженный таз.
5 - поперечно-суженный таз.
6 - косо-суженный таз.
7 - абсолютно-суженный таз.



3. Классификация узкого таза по степени сужения

по Литцману

I степень. Истинная конъюгата составляет **11-9 см.** В большинстве случаев роды проходят без осложнений.

II степень. Истинная конъюгата составляет **9-7,5 см.** Возможны роды через естественные пути, но часто возникают осложнения.

III степень. Истинная конъюгата составляет **7,5-6,5 см.** Роды доношенным плодом через естественные пути невозможны. При влагалищном родоразрешении показана плодоразрушающая операция.

IV степень. Истинная конъюгата меньше **6,5 см.** Влагалищное родоразрешение невозможно. Это абсолютное показание для операции кесарева сечения.

3. Классификация узкого таза по степени сужения

По В.С. Груздеву:

I степень— истинная конъюгата равна
10,5-8,5

II степень— истинная конъюгата
составляет **8,5-6,5**

III степень — истинная конъюгата меньше
6,5 см.

Диагностика

1. Анамнез:

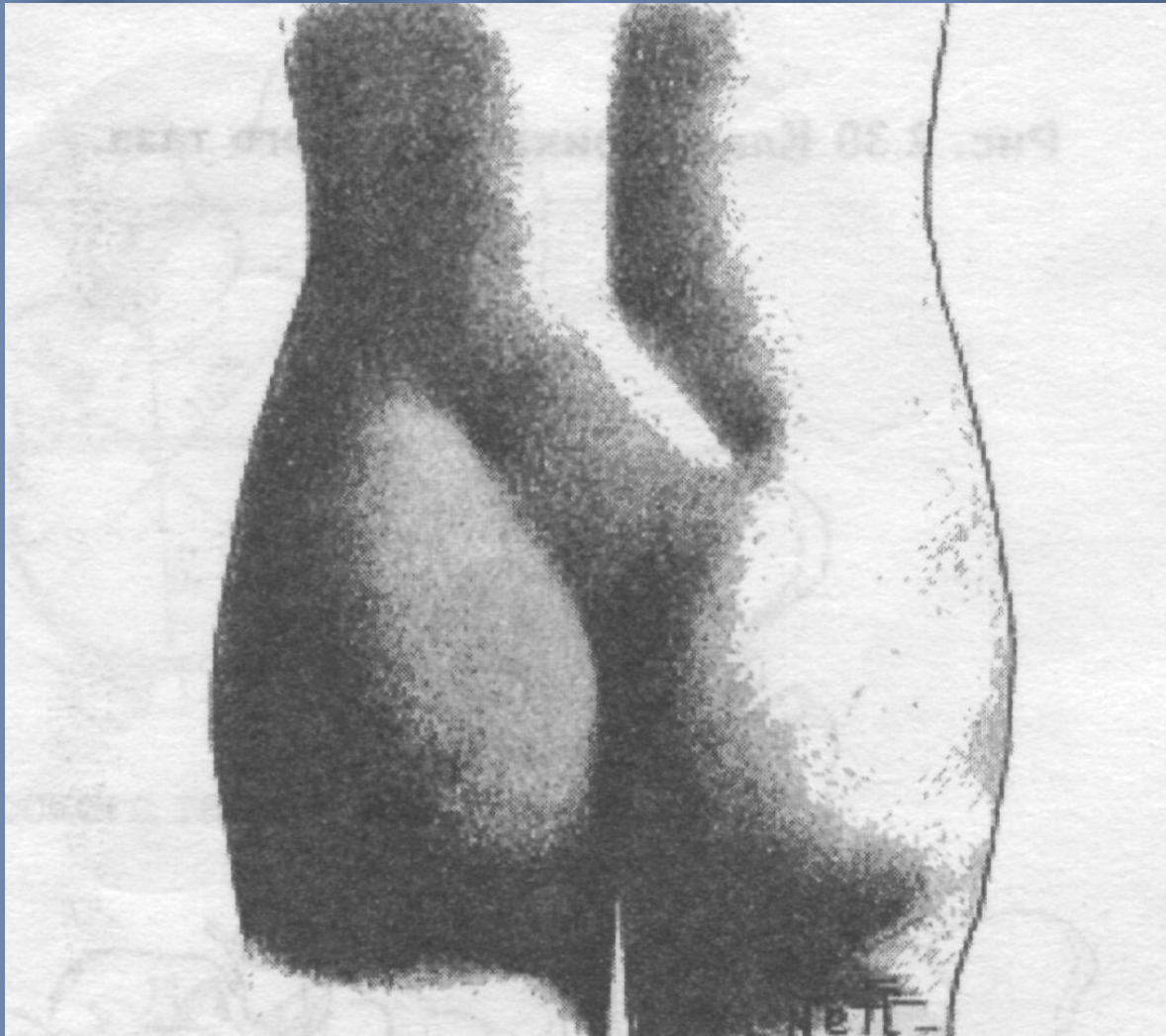
- инфантилизм,
- перенесённые заболевания и травмы,
- акушерский анамнез - осложнённое течение и исход предыдущих родов

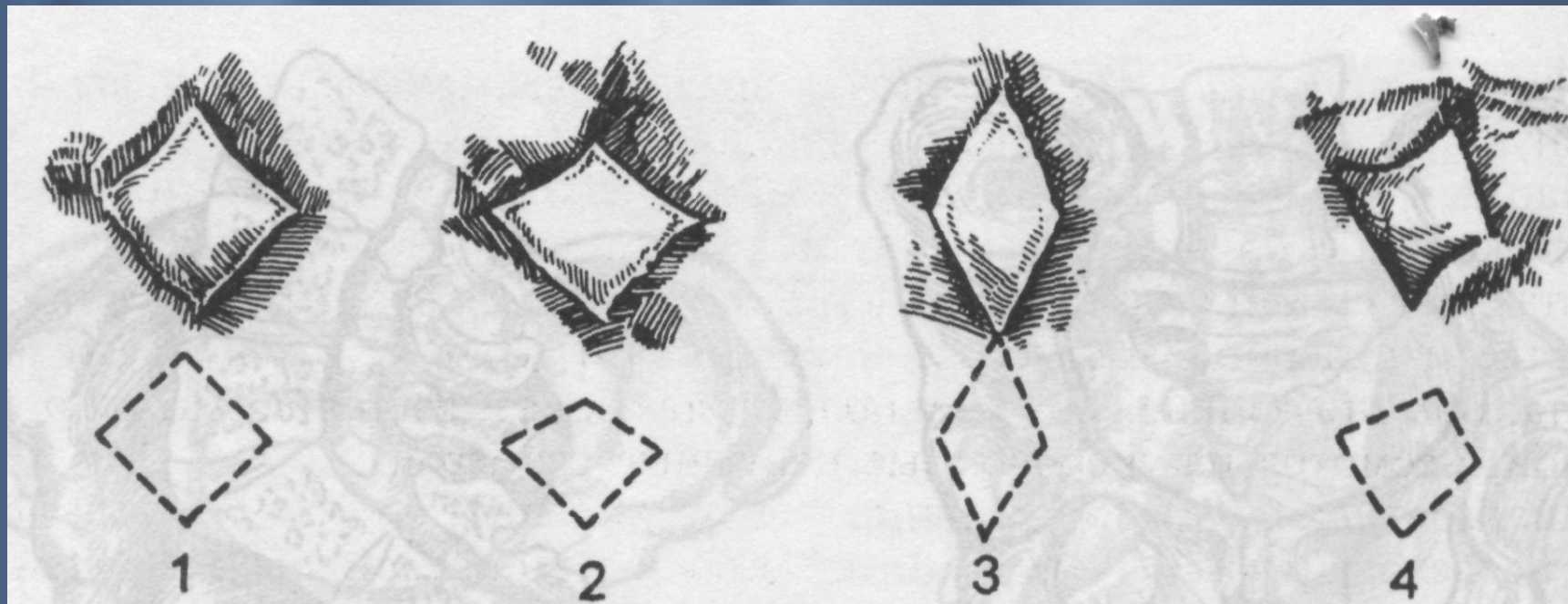
Диагностика

2. Объективное исследование:

а. общий осмотр:

- небольшой рост (150 см),
- нарушение походки,
- признаки инфантилизма (недостаточное развитие вторичных половых признаков, вирилизация и т.д.)
- признаки перенесённого рахита,
- оценка ромба *Михаэлиса*, искривления позвоночника, тугоподвижности суставов, укорочение ноги,
- изменение формы живота у беременных - отвислый живот у повторнородящих, остроконечный - у первородящих

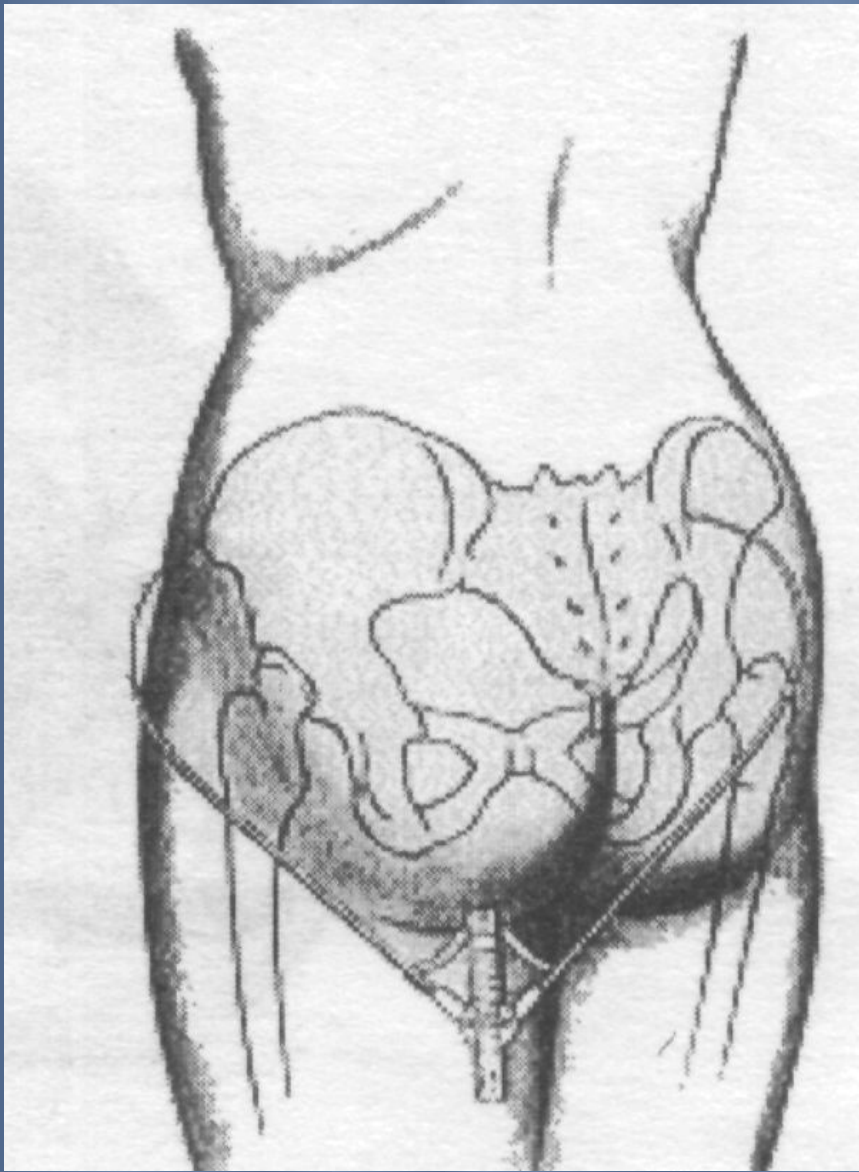


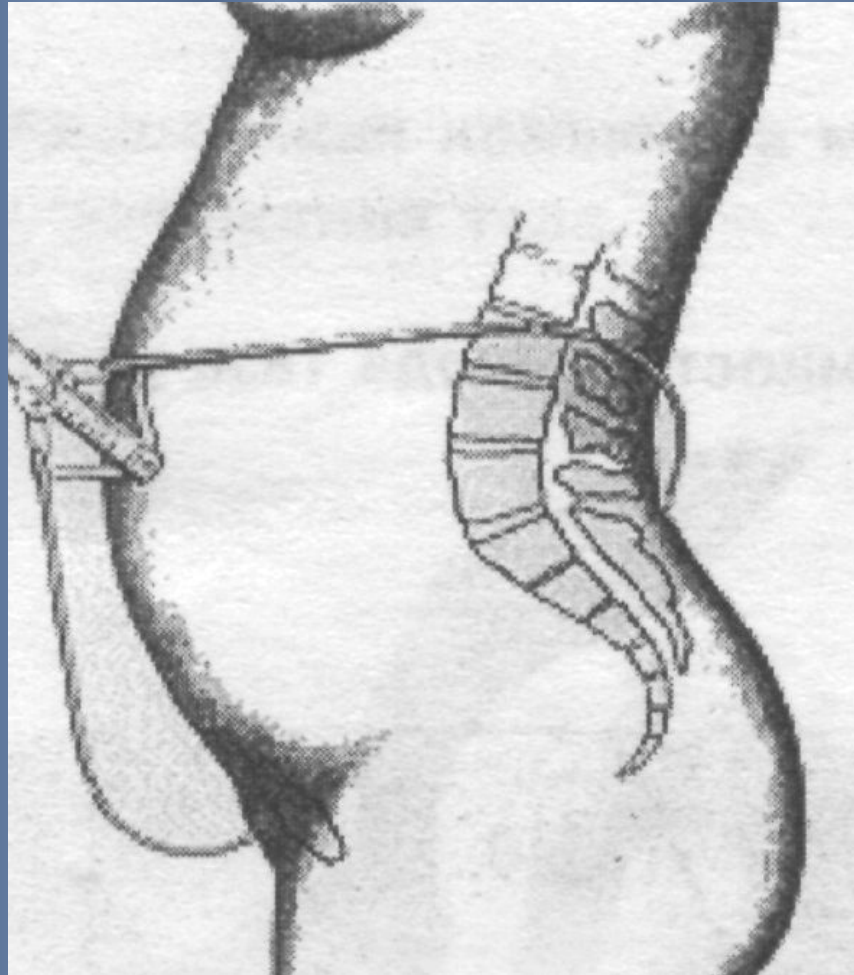


Диагностика

Пельвиометрия:

- общепринятая наружная пельвиометрия, (dist. spinarum - 25-26 см, dist. cristarum - 28-29см, dist. trochanterica - 30-31см, con. externa - 20-21 см),
- измерение окружности таза (нормально 85 см и более),
- расстояние между передне-верхней и задне-верхней осями одной стороны (боковая конъюгата =14,5-15 см и больше),
- расстояние от передневерхней ости одной стороны до задневерхней ости другой стороны (22,5 см),
- высота лонного сочленения (4-4,5 см).
- индекс *Соловьёва* (14-15 см)

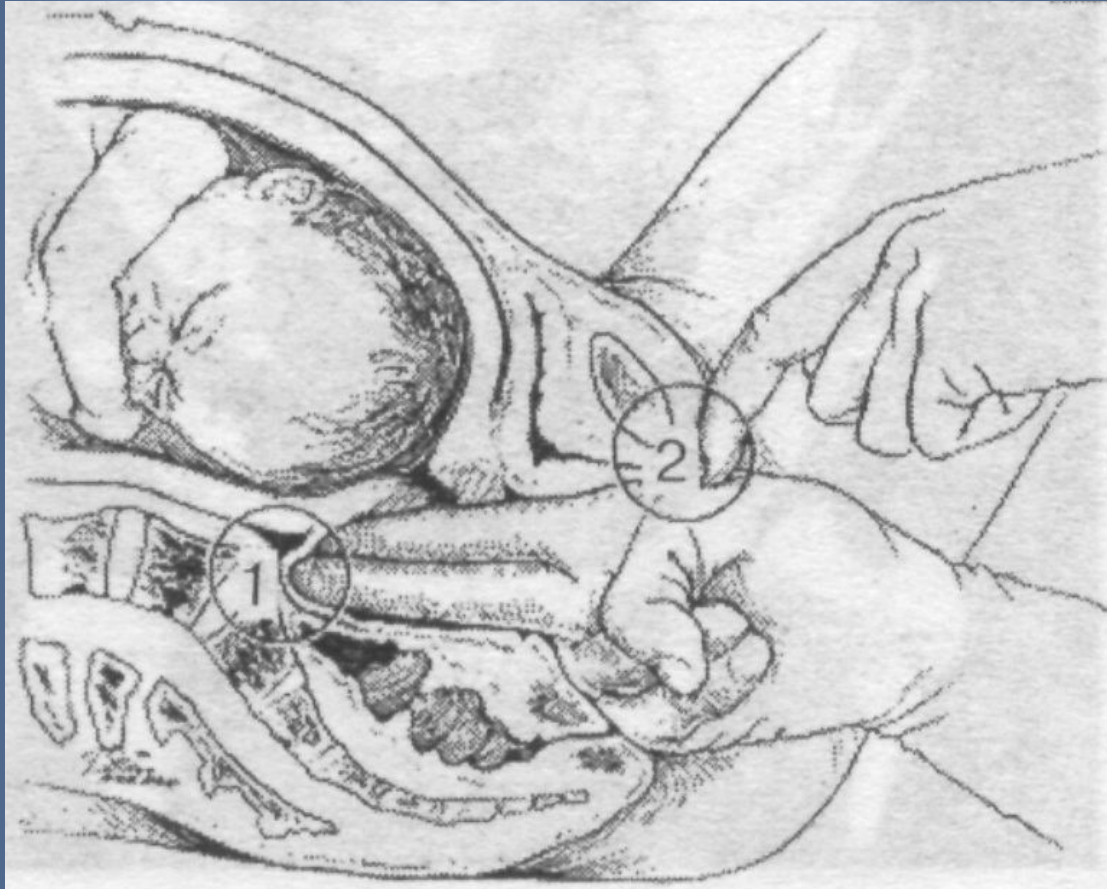


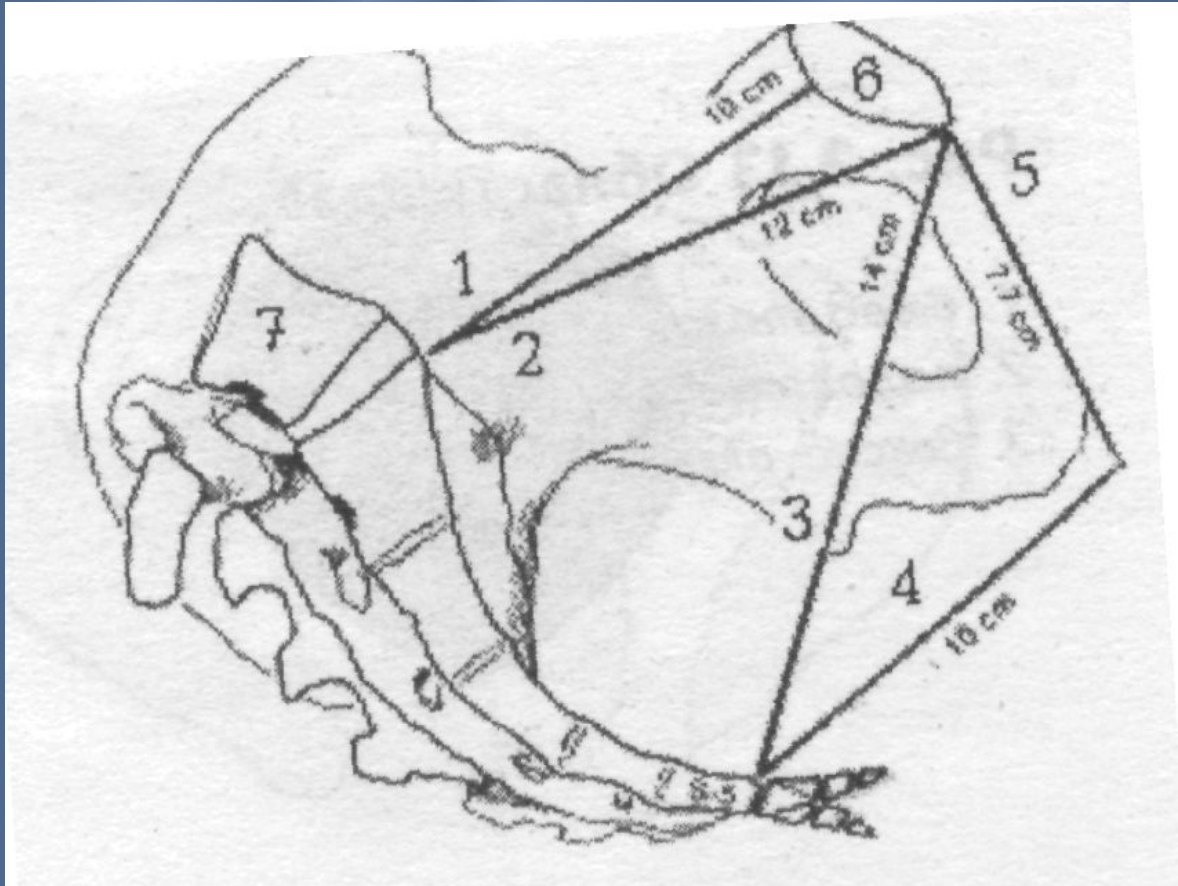


Диагностика

Влагалищное исследование:

- определение диагональной конъюгаты (12,5-13 см),
- исследуются крестцовая впадина,
- седалищные ости,
- выявляются экзостозы и деформации в малом тазу





Диагностика

Дополнительные методы исследования

- **Рентгенопельвиометрия** (прямые и поперечные размеры малого таза, форма и наклон стенок таза, экзостозы, ширина симфиза, размер головки плода, особенности ее строения и т.д.)
- **УЗИ** (истинная конъюгата, место расположения, размеры головки, при трансвагинальном сканировании - прямые и поперечные размеры малого таза)
- **Магнитно-резонансная томография** (точное измерения таза, подлежащей части плода)

Клинически узкий таз.

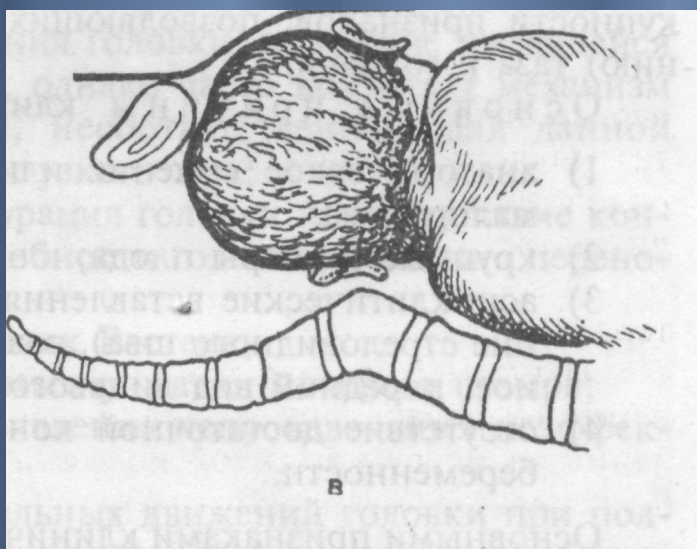
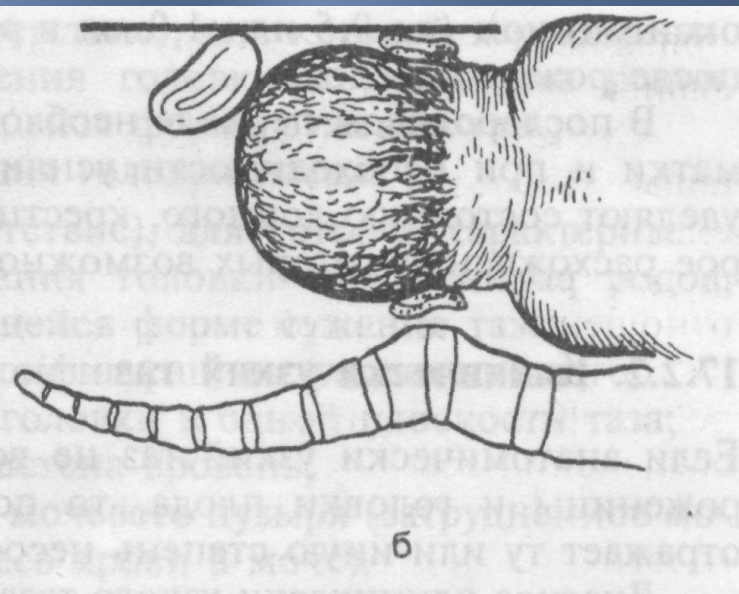
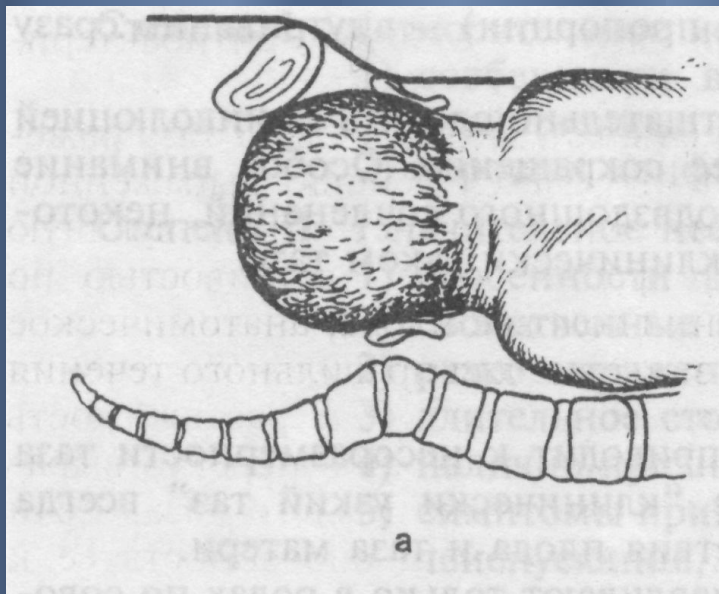
Диагностика

- головка не прижата ко входу в малый таз с началом родовой деятельности
- аномалии родовой деятельности
- несвоевременное излитие околоплодных вод
- головка не продвигается при полном открытии шейки матки
- затруднение или прекращение мочеиспускания
- выраженная конфигурация головки, образование родовой опухоли
- отек шейки матки, она свисает во влагалище
- затяжное течение родов, гипоксия плода
- положительный симптом Вастена и Цангемайстера

Признаки соответствия головки и таза

Признак Цангемайстера — измеряют степень возвышения передней поверхности головки над симфизом. В норме расстояние от головки до надкрестцовой ямки должно быть на 3-4 см меньше наружной конъюгаты. При одинаковой величине несоответствие небольшое, прогноз родов сомнительный.

Признак Вастена. После отхождения вод и вставления головки одну ладонь кладут на поверхность симфиза, другую — на область подлежащей головки. При соответствии размеров таза роженицы и головки плода передняя поверхность головки расположена ниже плоскости симфиза (признак *Вастена* отрицательный). Если передняя поверхность головки находится на одном уровне с симфизом (признак *Вастена* вровень), существует небольшое несоответствие размеров. При несоответствии размеров таза роженицы и головки плода передняя поверхность головки находится выше плоскости, симфиза (признак *Вастена* положительный).



а — признак Вастена отрицательный; б — признак Вастена слабоположительный (“вровень”); в — признак Вастена положительный.

Течение беременности

1. Из-за высокого стояния дна матки беременные жалуются на одышку, сердцебиение, утомляемость
2. Более высокая частота гестозов
3. Характерно преждевременное отхождение околоплодных вод. Вместе с водами могут выпасть петли пуповины и мелкие части плода
4. У женщин с узким тазом чаще тазовые предлежания, неправильные положения и вставления головки плода во вход в таз из-за повышенной подвижности плода.

Беременная с узким тазом относится к ***группе высокого риска осложнений*** и должна находиться на особом учете в женской консультации. За 1-2 недели до родов беременную госпитализируют для уточнения диагноза и выбора метода родоразрешения, не допуская перенашивания

Тактика родоразрешения

При ***I и II степенях*** сужения таза роды возможны через естественные родовые пути.

При ***III и IV степенях*** сужения таза показано *кесарево сечение*

Механизм родов при общеравномерносуженном тазе

- **а. Первая особенность** — максимальное сгибание головки, малый родничок располагается на осевой линии таза.
- **б. Вторая особенность.** Сагиттальный шов головки плода соответствует косому размеру входа в таз, соответственно, большим поперечным размером головка также проходит через косо́й размер.
- **в. Третья особенность.** Область подзатылочной ямки не может подойти к симфизу, поэтому головка при рождении сдвигается к промежности, часто возникают глубокие разрывы. Головка плода вытянута в сторону затылка - долихоцефалическая конфигурация, родовая опухоль в области малого родничка.

Механизм родов при поперечносуженном тазе

Когда сагиттальный шов соответствует прямому размеру таза, затылок плода обращён к симфизу, а головка имеет небольшие размеры, происходит сильное сгибание головки, и роды проходят как при переднем виде затылочного предлежания. Характерным является асинклитическое вставление головки, когда она вставляется в одном из косых размеров плоскости входа передней теменной костью, стреловидный шов смещается кзади. Когда затылок плода обращён кзади, возможен поворот головки на 180° ; т.о. роды проходят в переднем или заднем виде. При поперечносуженном тазе нередко бывает высокое прямое стояние головки, приводящее к осложнениям и требующее *кесарева сечения*.

Механизм родов при простом плоском тазе

- Нередко не происходит внутреннего поворота головки, так как прямые размеры таза уменьшены;
- сагиттальный шов соответствует поперечному размеру таза {*низкое поперечное стояние головки*}. Если не произойдёт самостоятельного поворота головки, необходимо оперативное родоразрешение. Форма родившейся головки - брахицефалическая, родовая опухоль - на предлежащей теменной кости.

Механизм родов при плоскорахитическом тазе

Первая особенность — продолжительное высокое стояние головки; сагиттальный шов соответствует поперечному размеру таза, как и при простом плоском тазе.

Вторая особенность — небольшое разгибание головки, в результате которого через истинную конъюгату (наименьший размер) головка проходит малым поперечным размером.

Третья особенность — асинклитическое вставление головки. Обычно наблюдают передний асинклитизм: задняя теменная кость упирается в мыс и задерживается на этом месте, а передняя теменная кость постепенно опускается в полость таза. После сильной конфигурации задняя теменная кость соскальзывает с мыса, и асинклитизм исчезает.

Осложнения родов при узком тазе

- Аномалии родовой деятельности
- Длительные, затяжные роды
- Инфицирование матери (хориоамнионит, плацентит) и плода
- Травматизм матери (разрыв матки, лонного сочленения, некрозы мягких тканей и свищи) и плода (кефалогематома, вдавление и трещина костей черепа, переломы ключицы и ручки)
- Гипоксия плода
- Гибель роженицы и плода.

Показания к кесареву сечению при сужении таза I и II степени

- возрастная первородящая,
- тазовое предлежание плода,
- крупный плод,
- неправильное положение плода,
- перенашивание,
- бесплодие и мертворождение в анамнезе,
- рубец на матке,
- наличие оперированных кишечных и мочеполовых свищей,
- экзостозы, опухоли костей таза

Особенности ведения родов

- Роды ведут выжидательно, с применением спазмолитиков, своевременным предоставлением медикаментозного сна-отдыха
- Родостимуляция при слабости родовой деятельности проводится с осторожностью, во избежание чрезмерно сильных схваток и потуг, которые могут привести к разрыву матки
- Для предупреждения преждевременного отхождения вод не разрешается вставать, положение лежа на боку, к которому обращена спинка и затылок плода
- Внимательно следить за выделениями из половых путей, отечностью наружных половых органов, состоянием мочевыводящих путей
- Тщательный контроль за состоянием плода с неоднократным проведением профилактики дистресса плода в процессе ведения родов

Благодарю за внимание!

