

Беременность и роды при суженном и узком тазе.

Узкий таз



Основная причина

- Осложненного течения родов
- Материнского и детского травматизма
- Материнской и перинатальной заболеваемости и смертности

Классификация узкого таза

- **Анатомически узкий таз:**

- Все размеры или один из них укорочены на 1,5 см и более (1-7,7%)

- **Клинически (функционально) узкий таз**

- Несоответствие между головкой плода и тазом женщины

Диагноз

• *во время беременности*

• *в родах*



• *ТОЛЬКО во II периоде родов*

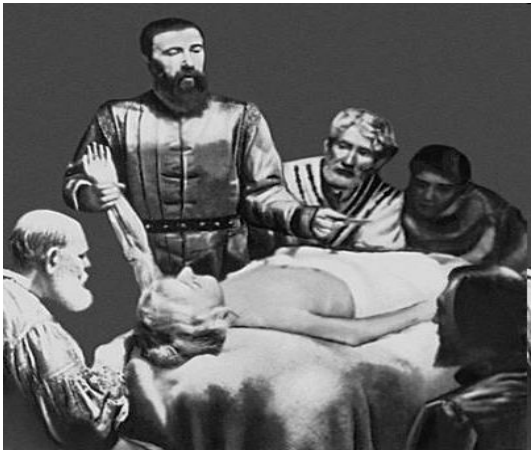


Современные особенности женского таза

- Увеличение размеров таза на 0,3-0,6 см.
 - Снижение процента анатомически узкого таза
- Изменение частоты форм анатомически узкого таза
 - преобладание поперечносуженных форм
- Возрастание смешанных форм сужения таза
- Преобладание стертых форм узкого таза
- Увеличение частоты клинически узкого таза
 - увеличение массы новорожденных



История развития учения об узком тазе



- 1543 г. **Везалий** дал описание нормального таза
- 1587г. **Аранций** описал плоский таз.
- 1701г. **Девентер** впервые дал описание женского таза с акушерской точки зрения.

История развития учения об узком тазе

- 1747 г. **Левре**
 - описал рахитический таз,
 - ввел термин «тазовый вход», описал форму его
 - описал проводную ось таза.
- 1751 г. **Смелли**
 - изложил учение о механизме родов,
 - предложил измерение диагональной конъюгаты, по которой вычислял истинную
- 1753 г. **Редерер** среди причин несоответствия между тазом и головкой отметил
 - узость таза
 - чрезмерную величину головки, гидроцефалию



КРАССОВСКИЙ Антон Яковлевич

- 1879г. «Оперативное акушерство со включением учения о неправильностях женского таза»
 - Классификация узкого таза по форме входа в малый таз
 - без деформации
 - с деформацией.
 - «Неправильный таз» в акушерском понимании – имеющий «отклонения в форме, емкости и наклонении»
 - Граница узкого таза - уменьшение истинной конъюгаты на 1 см.
 - Придавал большое значение так же измерению выхода таза
 - Первый момент биомеханизма родов – сгибание головки плода по механизму «двуплечного рычага»



Причины формирования анатомически узкого таза



- ***В периоде детства***
 - Неполноценное питание
 - Рахит
 - Травмы позвоночника, таза, нижних конечностей
 - Заболевания костной системы (полимиелит, остеомиелит)

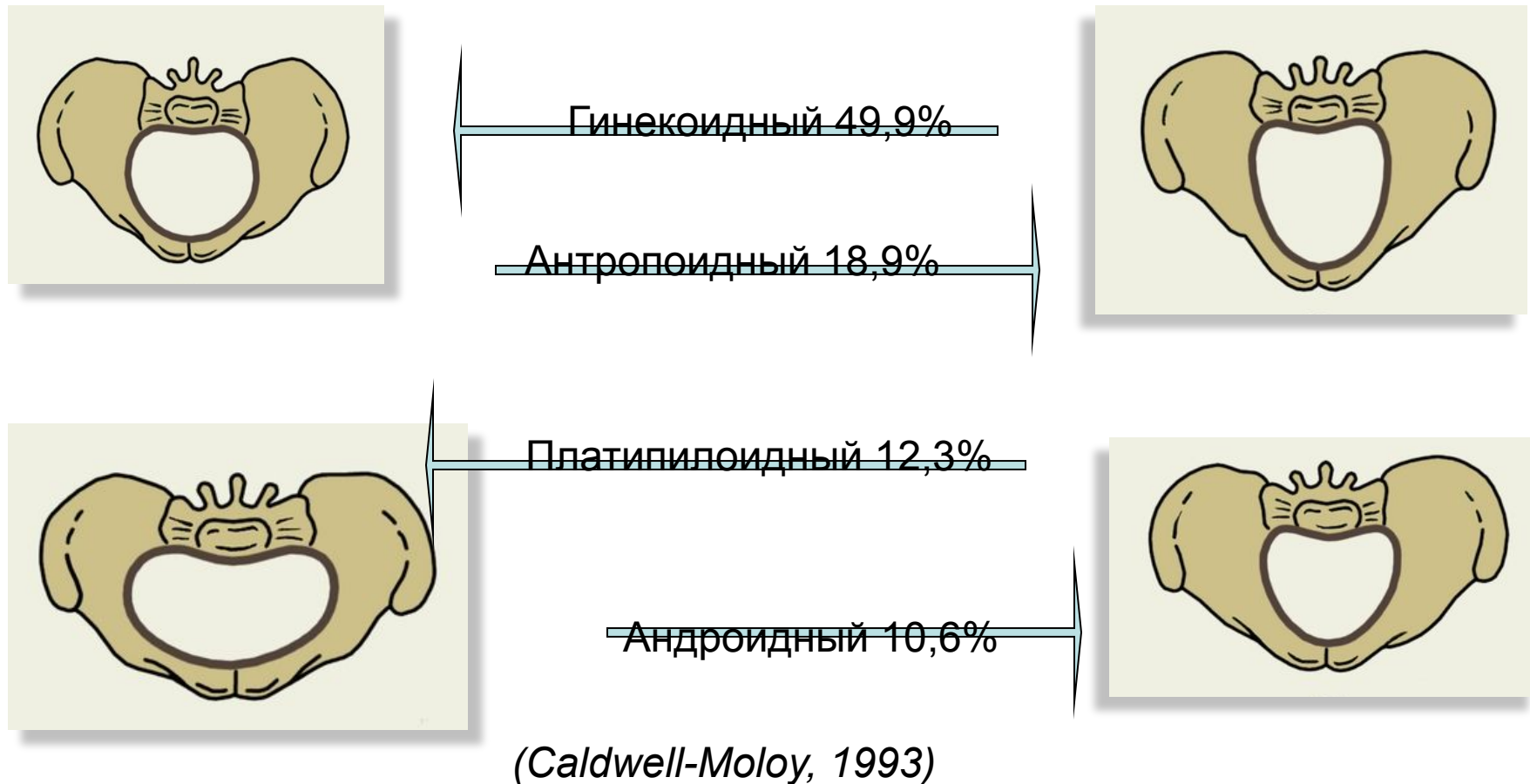
Причины формирования анатомически узкого таза

- В пубертатном периоде
 - Нарушение полового развития
 - Эндокринные заболевания
 - Психоэмоциональные и физические нагрузки
 - Профессиональное занятие спортом
 - Травмы



Эстрогены – стимулируют развитие таза в поперечных размерах и его окостенение
Андрогены - стимулируют рост скелета и таза в длину

Анатомически узкий таз



Общеравномерносуженный таз



- Телосложение правильное, рост небольшой
- Все размеры уменьшены на одинаковую величину
- Форма таза правильная

Особенность биомеханизма родов

Максимальное сгибание головки плода в плоскости входа в малый таз

Поперечносуженный таз

- Мужской тип телосложения
- Размеры таза
 - Поперечные размеры малого таза – уменьшены
 - Прямые размеры таза – нормальные или увеличены



Особенность биомеханизма родов:

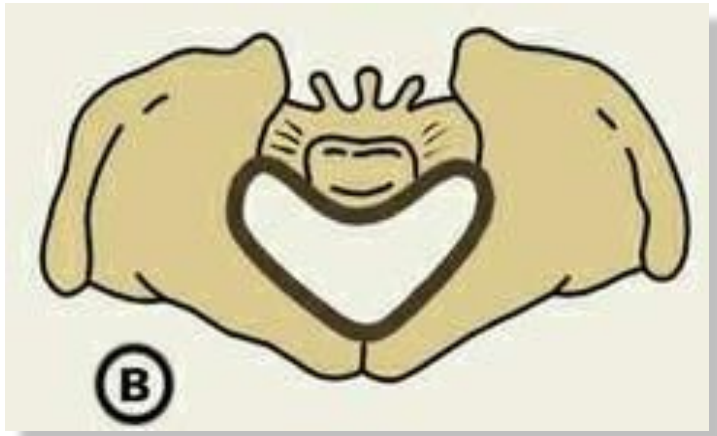
Высокое прямое стояние головки плода, отсутствие внутреннего поворота головки в полости малого таза

Плоские формы таза

- Различают:
 - простой плоский
 - плоскоррахитический
 - таз с уменьшением прямого диаметра широкой части полости
- Размеры таза
 - Уменьшены либо все, либо только один **прямой** размер малого таза



Простой плоский таз



- Правильное телосложение
- Размеры таза
 - Уменьшены все прямые
 - Нормальная величина поперечных и косых размеров малого таза

Особенности биомеханизма родов:

- длительное стояние головки в плоскости входа в малый таз в состоянии умеренного разгибания
- асинклитического вставления
- внутренний поворот происходит только на тазовом дне
- «Низкое» поперечное стояние головки плода

Плоскоррахитический таз

- Признаки перенесенного рахита
- Правило четырех «у» М. А. Колосова: крестец **у**корочен, **у**площен, **у**тончен, **у**ширен
- Размеры таза
 - Прямой размер входа уменьшен
 - остальные прямые размеры увеличены
 - поперечные размеры в пределах нормы



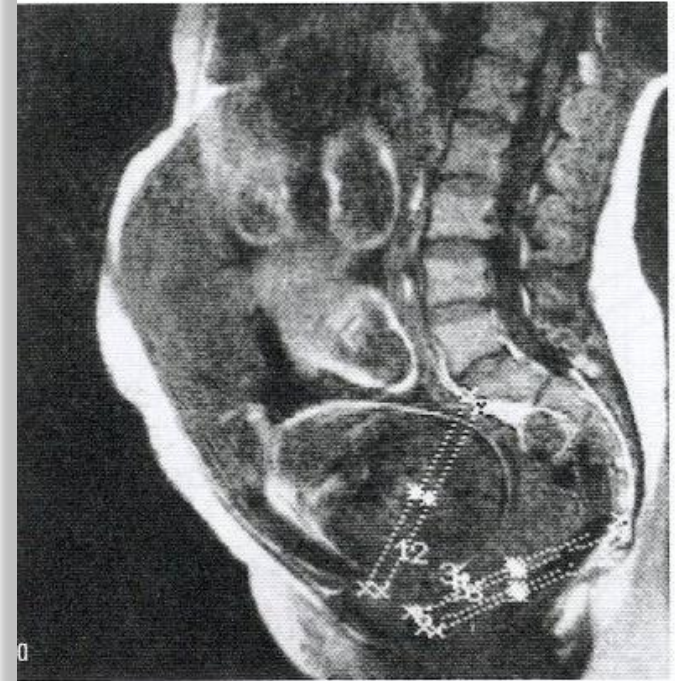
Плоскоррахитический таз



- Длительное стояние головки плода в плоскости входа в малый таз в состоянии небольшого разгибания
- Возможен передний или задний асинклитизм головки плода
- «Штурмовые» роды

Диагностика анатомически узкого таза

- Анамнез
- Антропометрическое обследование
- Акушерское обследование
- Наружная пельвиометрия
- Влагалищное исследование
- Лучевые методы диагностики



Анамнез



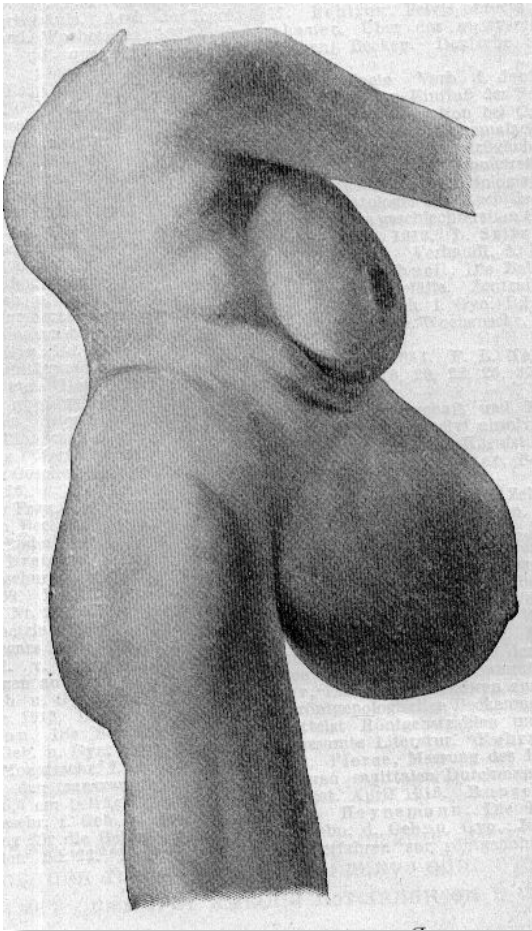
- Перенесенный в детстве рахит
- Травматические повреждения костей таза
- Нарушения полового развития и становления менструальной функции

Анамнез

- Осложненное течение и неблагоприятный исход предыдущих родов
 - Оперативное родоразрешение
 - Черепно-мозговая травма у новорожденного
 - Нарушение неврологического статуса в раннем неонатальном периоде
 - Мертворождение
 - Ранняя детская смертность



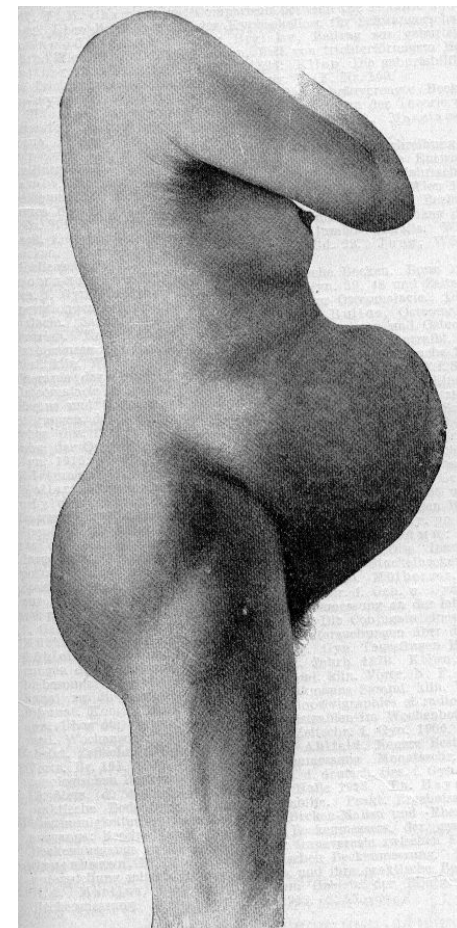
Антропометрические данные



- Рост: менее 155 см и более 175 см
- Дефицит массы тела или ожирение
- Оценка типа телосложения
- Искривления и деформация позвоночника, таза и нижних конечностей
- Признаки полового инфантилизма
- Тип оволосения

Акушерское обследование

- Форма живота
- Высота стояния дна матки
- Оценка предполагаемой массы плода
- Положение и предлежание плода
- Отношение предлежащей части к входу в малый таз



Оценка предполагаемой массы плода



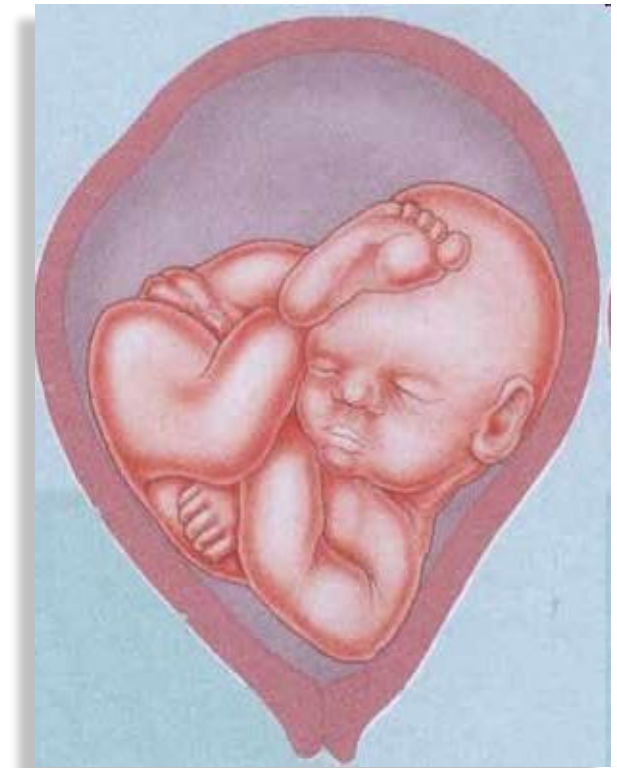
- При наружном акушерском обследовании
 - при доношенном сроке беременности (исключая многоводие и многоплодие)

$$M(\varepsilon) \approx S_{\text{Ж}} \times H_{\text{ДМ}}$$

- По данным УЗИ

Особенности течения беременности при узком тазе

- Неправильное положение (поперечное или косое) плода
- Тазовое предлежание плода
- При головном предлежании и доношенном сроке беременности -высокое расположение головки плода над входом в малый таз
- Преждевременное излитие околоплодных вод
- Высокое расположение дна матки, приводящее к одышке, тахикардии и быстрой утомляемости
- Невынашивание беременности



Нормальные размеры таза



- Размеры большого таза:
 - D.spinarum 25-26 см
 - D.cristarum 28-29 см
 - D.trochanterica 30-31 см
 - C.externa (Боделока) 20-21 см
- Размеры выхода из малого таза: прямой 9,5, поперечный 11 см
- Измерение высоты лонного сочленения (норма 4 см), лонного угла (норма 90)
- Округность таза между вертелами и гребнями подвздошных костей (норма 85 см)

Размеры большого таза при анатомически узком тазе

- Поперечносуженный – 24-26-28-21 см
- Простой плоский таз - 26-29-31-18 см
- Плоскорахитический - 26-26-31-17 см
- Общеравномерносуженный -24-26-28-18 см



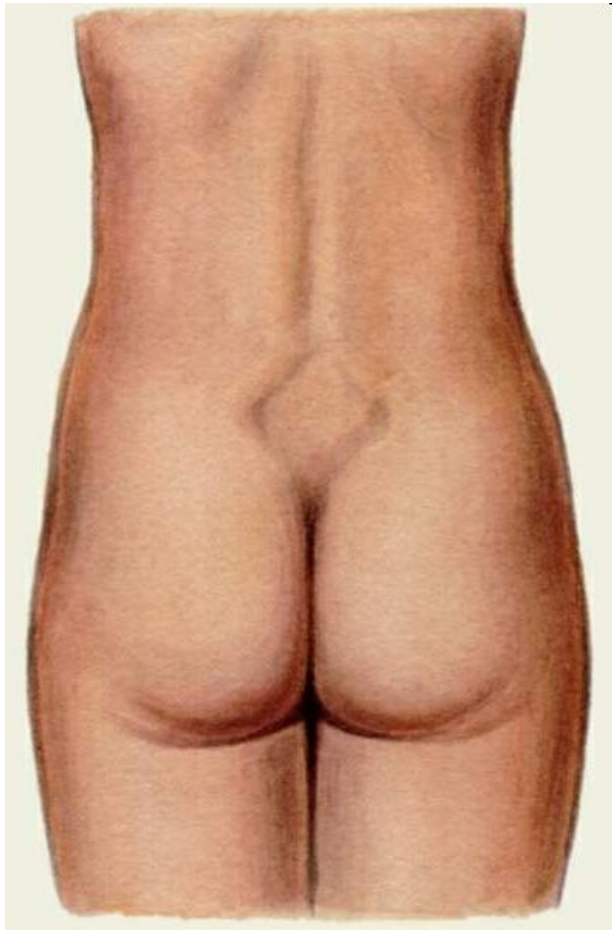
Определение угла наклона таза



Норма 55-60°

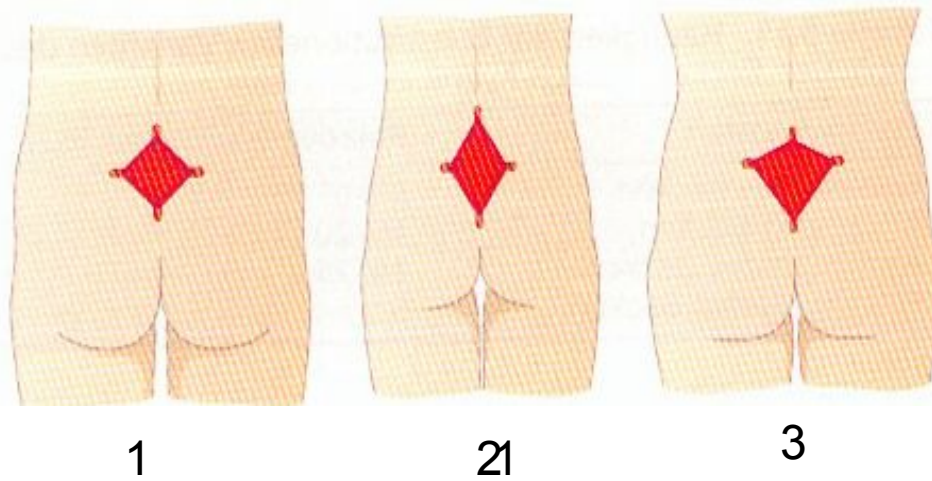
- Между
 - терминальной плоскостью входа в таз
 - горизонтальной плоскостью через седалищные бугры
- При наклонении таза $> 60^\circ$
 - лонное сочленение находится ниже уровня остей подвздошных костей
 - высока вероятность асинклитического вставления головки плода в родах
- При наклонении таза $< 55^\circ$
 - симфиз находится выше уровня передневерхних остей,
 - высока вероятность в родах разрывов влагалища и промежности

Поясничный ромб (Михаэлиса)



- Границы:
 - верхний угол – надкрестцовая ямка
 - нижний угол – подкрестцовая ямка
 - боковые углы – задневерхнии ости подвздошных костей
- При нормальном тазе – ромб правильной формы, симметричный
 - прямой размер – 11 см
 - поперечный размер – 10 см

Поясничный ромб (Михаэлиса)



1. Нормальный таз
2. Общеравномерно суженный таз
3. Плоский таз

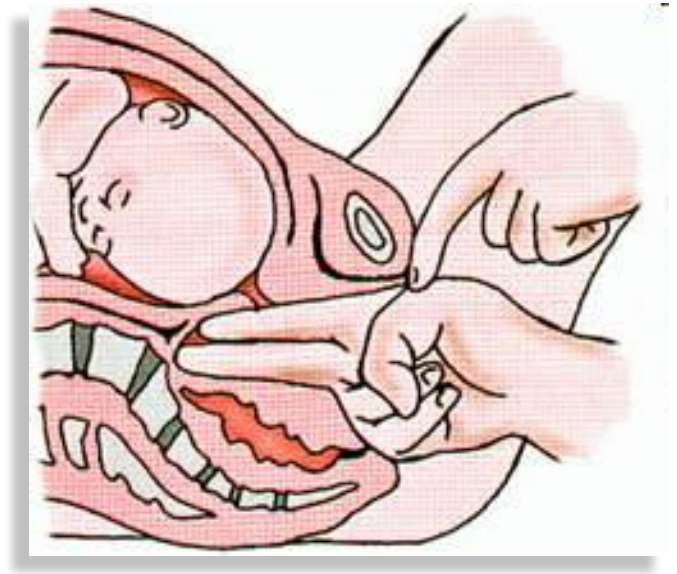
При асимметрии таза



- Определение косых размеров:
 - расстояния между серединой верхнего края симфиза и задними верхними остями подвздошных костей (N=17,5 см)
 - боковой конъюгаты Кернера: расстояния между передней и задней верхними остями подвздошных костей одноименной стороны (N=14-15 см).

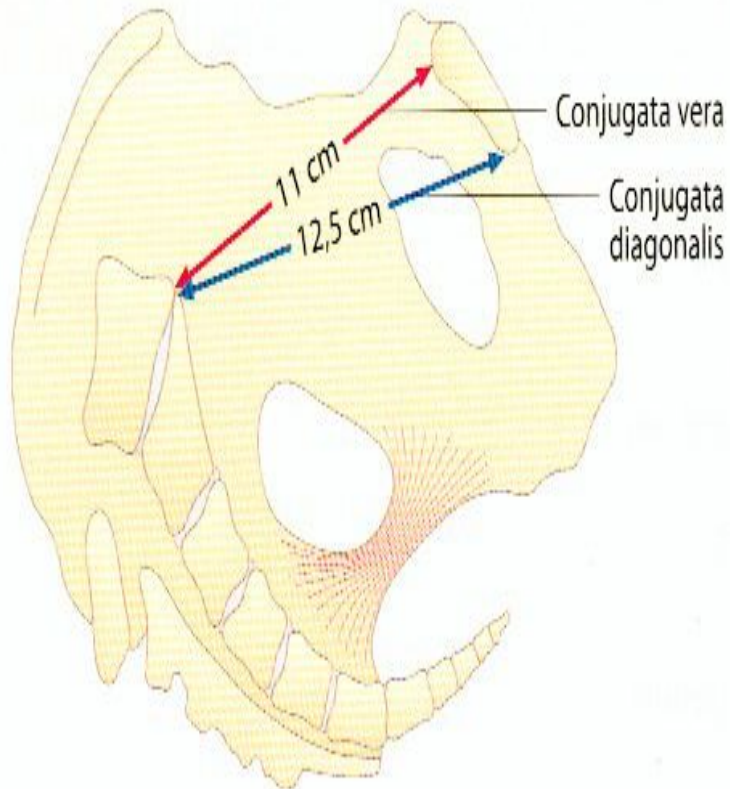
Внутреннее акушерское исследование

- Определение емкости малого таза
- Форму и глубину крестцовой впадины
- Наличие деформаций таза и экзостозов
- Достижимость крестцового мыса
- Измерение диагональной конъюгаты



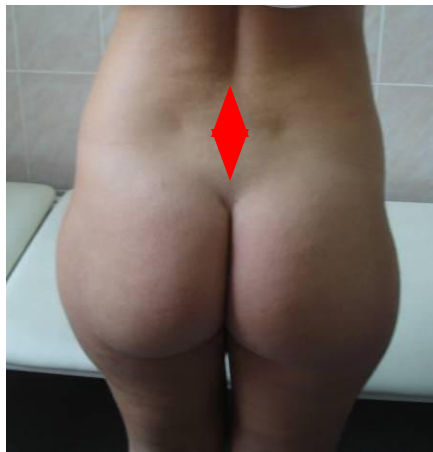
Измерение диагональной конъюгаты

Степени сужения таза



- По величине истинной конъюгаты (conjugata vera – CV)
 - *I-я* – $9\text{ см} < CV < 11\text{ см}$
 - *II-я* – $7,5\text{ см} < CV < 9\text{ см}$
 - *III-я* – $6,5\text{ см} < CV < 7,5\text{ см}$
 - *IV-я* – $CV < 6,5\text{ см}$ – **абсолютно узкий таз**

Методы определения истинной конъюгаты



- Косвенные:
 - по наружной конъюгате – С.Ext (см) с учетом индекса Соловьева – 9 (10)
 - по диагональной конъюгате С.Diag. (см) - 1,5(2)
 - по ромбу Михаэлиса – прямой размер равен истинной конъюгате

Определение степени сужения поперечносуженного таза

- Методы определения поперечного размера плоскости входа в малый таз:
 - Величину $d.cristarum$ разделить пополам.
 - Из величины $d.cristarum$ вычесть 14-15 см.
- Степени сужения:
 - $11,5 \text{ см} < 1 \text{ ст.} < 13 \text{ см}$
 - $2 \text{ ст.} < 11,5 \text{ см}$



Тактика ведения родов при узком тазе



- 1 степень сужения
 - в головном предлежании при некрупном плоде роды начинают вести консервативно
 - при тазовом предлежании плода – кесарево сечение в плановом порядке
- 2 степень сужения
 - при любом предлежании плода – кесарево сечение в плановом порядке

Критерии благополучного исхода родов при 1 ст. сужения таза

- Окружность таза $\geq 75-80$ см
- Боковая конъюгата ≥ 14 см
- Размеры выхода из малого таза ≥ 10 см каждый
- Высота лона ≤ 5 см
- Угол наклона таза $\approx 60^\circ$
- Индекс Соловьева ≤ 14 см
- Прямой размер головки плода по наружному измерению ≤ 11 см
- Симптом Вастена – «ниже»



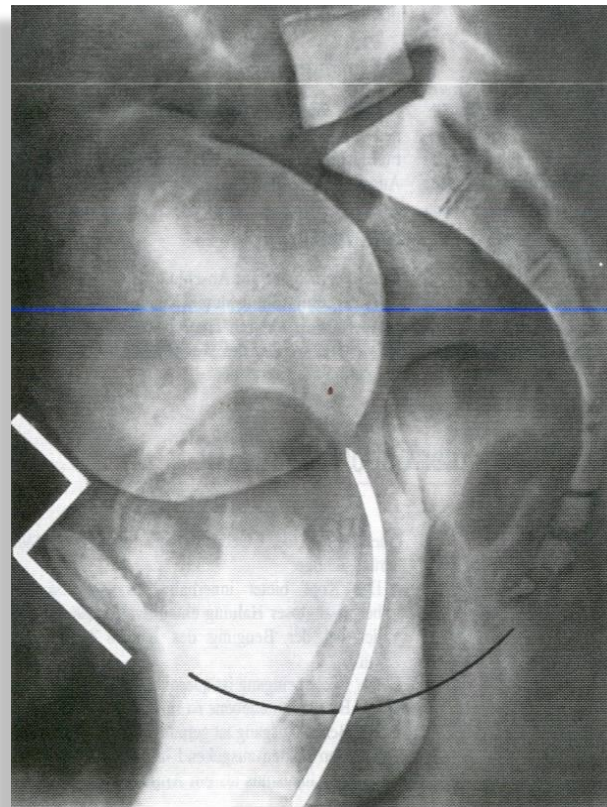
Лучевая диагностика узкого таза



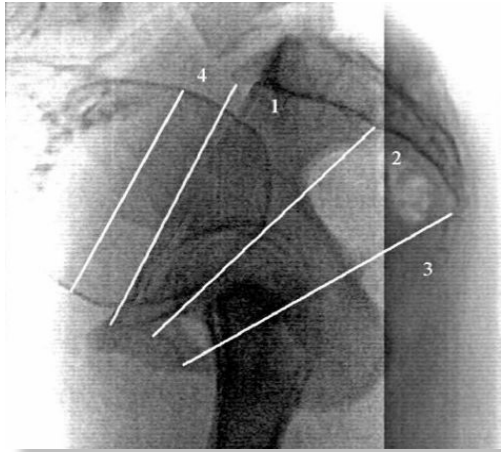
- Рентгенопельвиметрия
- Цифровая рентгенопельвиметрия
- Магнитно-резонансная пельвиметрия
- Ультразвуковое исследование

Рентгенопельвиметрия

- Впервые был применен Н. Varnier, А. Pinard в 1897 г.
- Вычисление истинных внутренних размеров малого таза и предлежащей головки плода для:
 - определения тактики родоразрешения
 - экспертной оценки родов



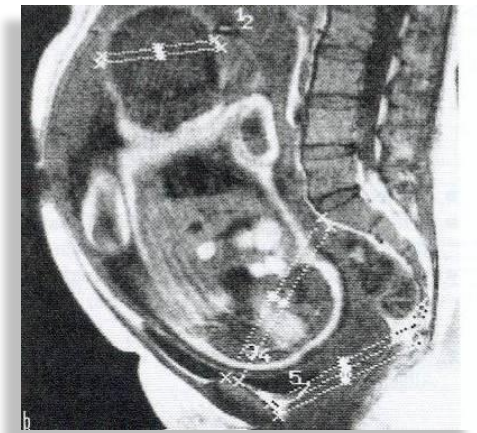
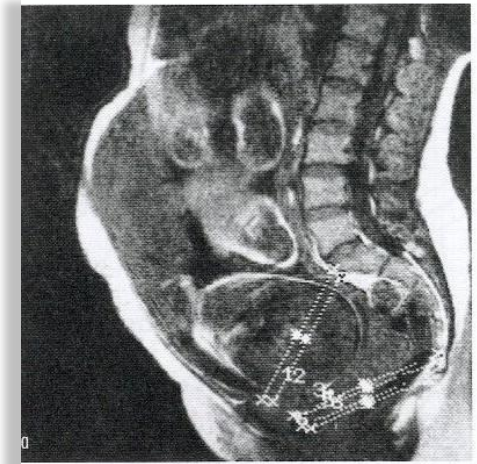
Цифровая рентгенопельвиметрия



- В сочетании с компьютерным моделированием родов позволяет
 - диагностировать анатомически узкий таз
 - прогнозировать развитие клинически узкого таза в родах

Магнитно-резонансная пельвиметрия

- Проводится в 3 триместре
- Определяют
 - размеры входа таза
 - прямого размера узкой части
 - размеры предлежащей части



Ультразвуковое исследование



- Возможно проведение при любом сроке беременности
- Определяют
 - размеры входа в малый таз
 - размеры головки плода
 - отношение размеров головки плода и таза матери

Ведение беременности при анатомически узком тазе



- Госпитализация в дородовое отделение в 38-39 нед с целью:
 - уточнения сроков беременности
 - предполагаемой массы плода
 - оценки размеров таза
 - оценки внутриутробного состояния плода
 - выбора метода родоразрешения

Выбор метода родоразрешения

Роды через естественные родовые пути с функциональной оценкой размеров таза

- Возможны при
 - сужении таза 1 степени
 - средних размерах плода
 - благоприятном акушерско-гинекологическом анамнезе
 - биологической готовности организма к родам



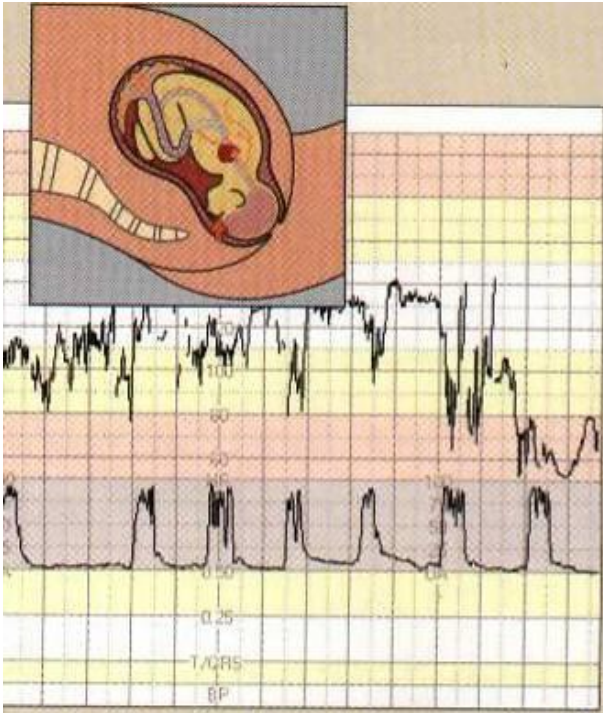
Выбор метода родоразрешения

Плановое кесарево сечение



- Производится при
 - сужении таза 2 степени;
 - сочетании сужения таза 1 степени с
 - крупным плодом
 - тазовым предлежанием
 - неправильным положением плода
 - переношенной беременностью

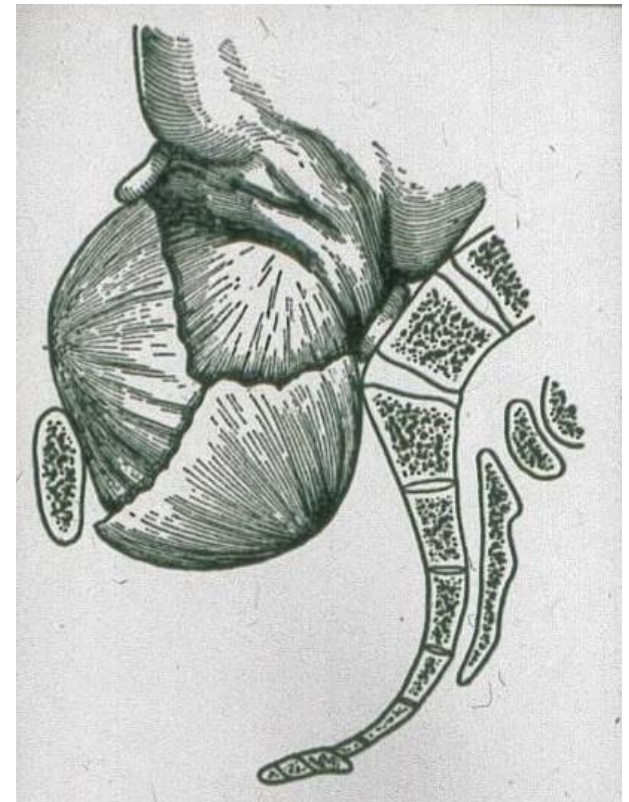
Осложнения в первом периоде родов при узком тазе



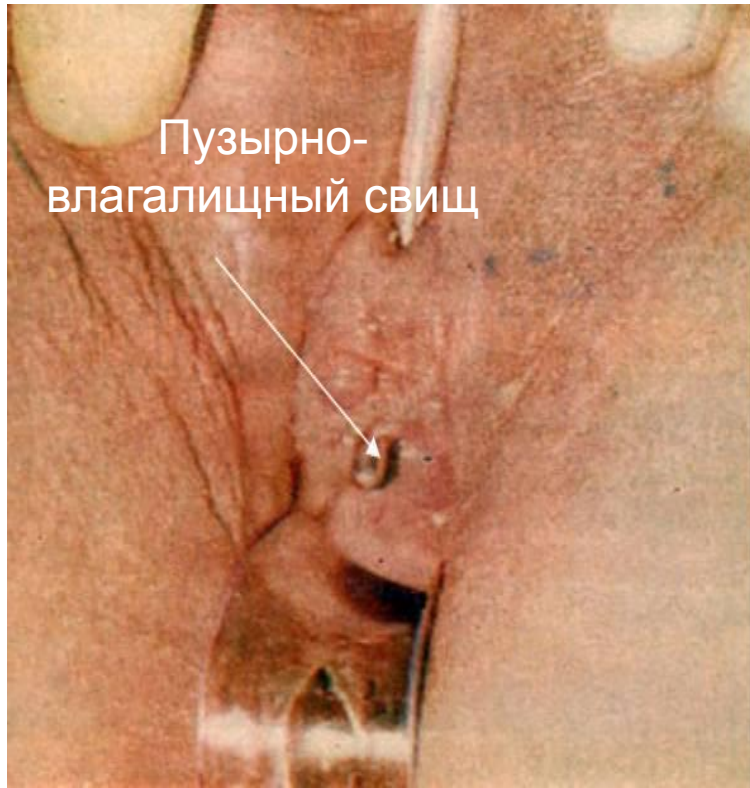
- Слабость родовой деятельности
- Раннее излитие околоплодных вод
- Выпадение пуповины и мелких частей плода
- Хориоамнионит, инфицирование плода
- Гипоксия плода

Осложнения во втором периоде родов при узком тазе

- Вторичная слабость родовой деятельности
- Гипоксия плода
- Несоответствие между размерами таза матери и головки плода
- Разрыв матки
- Травма мягких родовых путей, сочленений и нервных сплетений таза



Осложнения в третьем периоде родов и послеродовом периоде



- Гипотоническое кровотечение
- Кровотечения из травм родовых путей
- Гнойно-септические осложнения, связанные с длительным течением родов и безводным периодом
- Некроз тканей с образованием мочеполовых и кишечнополовых свищей

Ведение родов при анатомически узком тазе



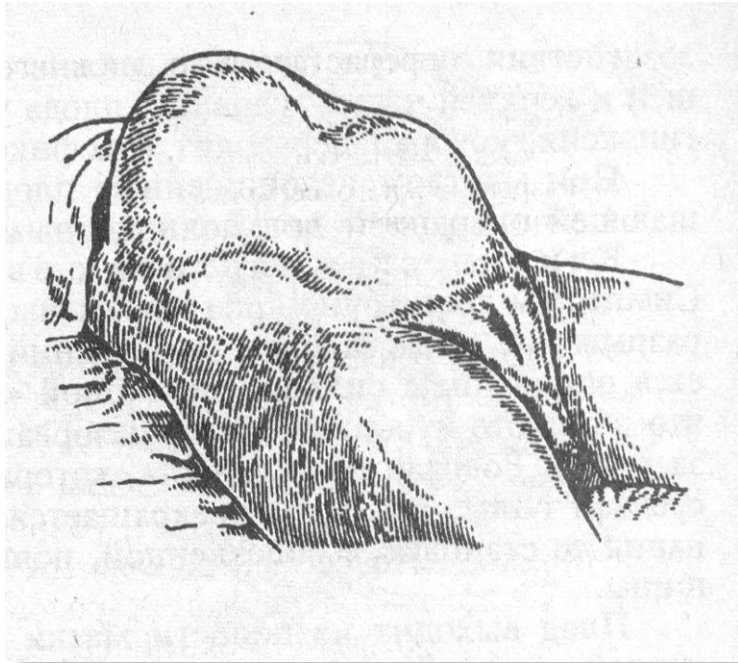
- Индивидуальная тактика ведения родов
- Функциональная оценка размеров таза
 - Вставления плода
 - Продвижения предлежащей части
 - Конфигурации головки плода
- Выявление признаков клинического несоответствия

Ведение родов при анатомически узком тазе



- Сохранение целостности плодного пузыря
- Контроль за состоянием плода
- Родостимуляция с контролем продвижения и плода
- Своевременный отказ от консервативного ведения родов в интересах матери и плода

Показания к кесареву сечению в родах при узком тазе



- Слабость родовой деятельности, неподдающаяся терапии
- Внутриутробная гипоксия плода
- Клинически узкий таз
- Угрожающий разрыв матки

Клинически узкий таз

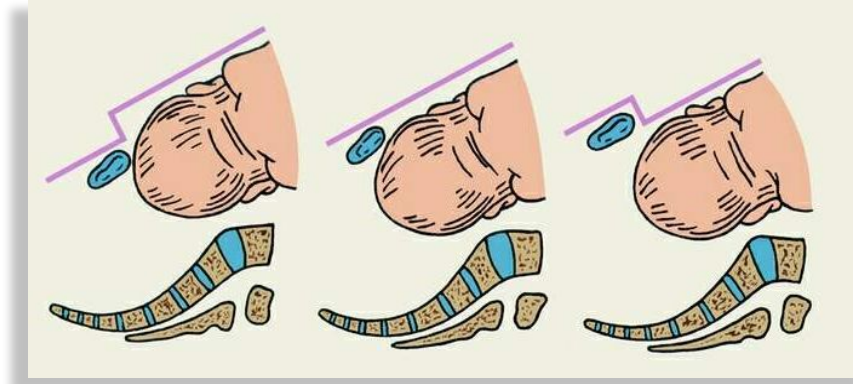
- Причины:
 - Анатомически узкий таз
 - Крупный плод
 - Разгибательные и асинклитические вставления головки плода
 - Опухоли матки и таза
 - Аномалии развития полового аппарата женщины
 - Переношенная беременность (отсутствие конфигурации головки)



Клинически узкий таз

Диагностика во втором периоде родов!!!

- Стояние головки плода и более 2-х часов после полного раскрытия маточного зева в одной плоскости
- Признак Вастена – «выше»
- Наличие безрезультативных потуг
- Высокое стояние контракционного кольца
- Большие размеры родовой опухоли
- Затруднение или прекращение самопроизвольного мочеиспускания
- Отек шейки матки



Признак Вастена

Основные осложнения в родах



• Для матери:

- Травмы родовых путей
- Разрыв матки
- Разрыв лонного сочленения с повреждением мочевого пузыря
- Мочеполовые и кишечнополовые свищи
- Гнойно-септические осложнения в родах и послеродовом периоде
- Кровотечения в послеродовом и послеродовом периодах

Основные осложнения в родах

• Для плода:

- Черепно-мозговые и спинальные травмы
- Внутричерепные кровоизлияния.
- Кефалогематомы
- Трещины и переломы костей черепа.
- Гипоксия плода и гибель плода в родах



