

# УЗКИЙ ТАЗ

A stylized illustration of two hands, one from the left and one from the right, holding a heart. The hands are rendered in a light teal color against a darker teal background. The heart is positioned in the center, between the two hands. The overall style is clean and modern.

- Проблема узкого таза является актуальной для практического акушерства. Недаром существует пословица – «Скажи, как ты ведешь роды при узком тазе, и я скажу, каков ты акушер».

# В классическом акушерстве по Мартину

существует два понятия:

- анатомически узкий таз (суженный),
- функционально или клинически узкий таз.

- *Анатомически узкий или суженный таз* – это такой таз, в котором имеется уменьшение одного или нескольких размеров на **2** см и более.
- В том случае, если таз не соответствует по своим размерам величине плода, говорят о функционально или клинически узком тазе.
- Не всякий анатомически суженный таз приводит к клинике узкого таза.
- В то же время таз нормального строения и размеров может оказаться клинически узким при наличии крупных и гигантских размеров плода или неблагоприятных вставлениях головки.

- Таким образом, функционально или клинически узкий таз – это такой таз, при котором имеется несоответствие его размеров величине головки плода и самопроизвольные роды часто невозможны.
- Диагноз клинически узкого таза можно поставить только во втором периоде родов.

Существуют много различных классификаций анатомически узкого таза. Мы с вами будем пользоваться двумя видами классификаций, принятыми в нашей стране.



# I. Классификация по форме сужения таза.

• *А. Часто встречающиеся формы анатомически узкого таза:*

1. Поперечносуженный таз (pelvis transversa).

2. Плоские тазы:

• простой плоский (Девентеровский) (pelvis plana);

• плоскоррахитический (pelvis plana rhachitica);

3. Общеравномерносуженный таз (pelvis nimis parva):

• гипопластический (pelvis hypoplastica);

• детский (pelvis juvenilis);

• мужского типа (pelvis virilis);

• таз карлиц (pelvis nana).

4. Общесуженный плоский таз.

• *Б. Редко встречающиеся формы таза:*

1. Кососмещенный.

2. Кососуженный.

3. Поперечносуженный (Робертовский).

4. Остеомалятический.

5. Спондилолистетический.

6. Воронкообразный.

7. Ассимилированный «длинный таз».

8. Таз, суженный экзостозами, костными опухолями, вследствие переломов таза со смещением.



## П. Классификация анатомически узкого таза по степени сужения (Литцмана-Пальмова).

- В основе лежит размер истинной конъюгаты. При этом принято различать 4 степени сужения:
  - 1 степень сужения с.vera - от 11 до 9 см.
  - 2 степень сужения с.vera – 9 - 7,5 см.
  - 3 степень сужения с.vera - 7,5 - 5,5 см.
  - 4 степень сужения с.vera- менее 5,5 см.

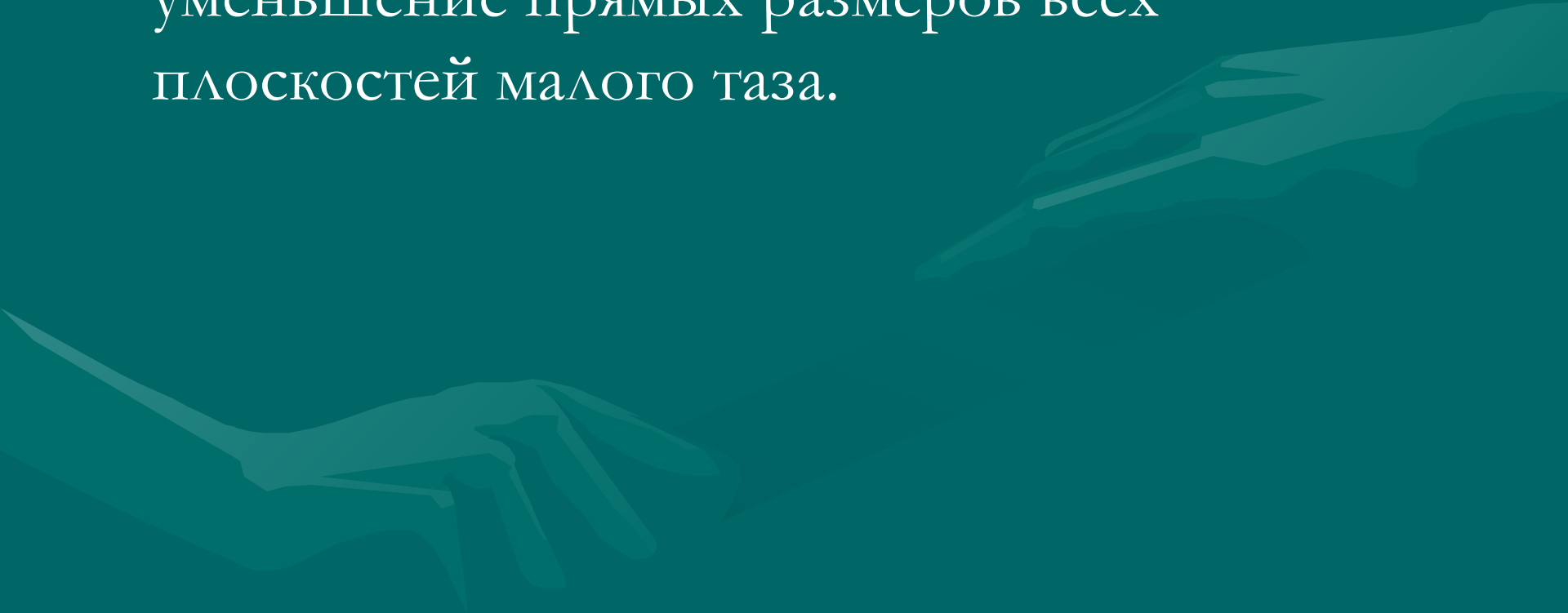
# Анатомическая характеристика основных форм женского таза

- Общеравномерносуженный таз характеризуется уменьшением всех размеров таза на 2 см и более и встречается у женщин небольшого роста и правильного телосложения.
- Наиболее часто - *Гипопластический таз.*

- Плоские тазы характеризуются изменением прямых размеров в зависимости от формы таза.
- Следует различать 2 формы плоского таза:
  - - простой плоский;
  - - плоскоракхитический.

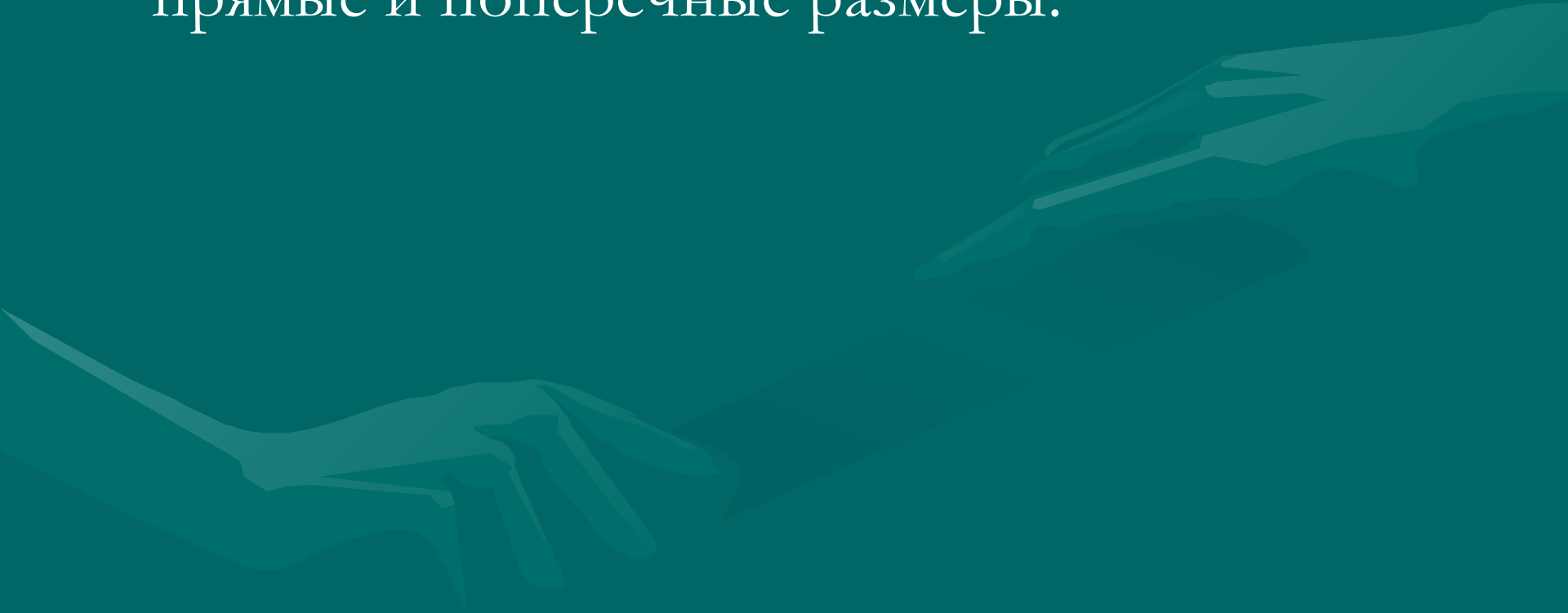
- При диагностике ПРТ следует обращать внимание на признаки перенесенного в детстве рахита («квадратная» голова, искривление ног и др.). Крылья подвздошных костей развернуты. d. spinarum, d. cristarum, как правило, почти равны, наружная конъюгата уменьшена. При влагалищном исследовании достигается мыс, крестец уплощен.

- В диагностике ППТ ведущим является уменьшение прямых размеров всех плоскостей малого таза.



- Поперечносуженный таз (джинсовый): характеризуется уменьшением поперечного диаметра входа малого таза (менее 12,4 см) и межостного диаметра на 0,6-1 см и более, относительным увеличением прямого диаметра входа и узкой части полости малого таза, Вход в малый таз имеет круглую или продольно-овальную форму. Этот тип таза напоминает мужской.
- При рентгенологическом обследовании можно выделить 4 формы поперечносуженного таза:
  1. с увеличением прямого размера входа малого таза;
  2. с укорочением прямого диаметра широкой части полости малого таза;
  3. с уменьшением межостного диаметра;
  4. с увеличением прямого размера всех плоскостей малого таза.

- В общесуженом плоском тазе – уменьшены прямые и поперечные размеры.



- *Редкие формы суженного таза :*
- *Кососуженный* – это врожденный таз, а *кососмещенный* – это приобретенный таз.
- *Кососмещенный (асимметрический) таз.* Причиной возникновения асимметрического таза является неравномерная нагрузка тяжести тела на каждую из половин таза в раннем детстве, когда тазовое кольцо еще не окрепло.. Так, например, при резком искривлении позвоночника, кокситях, вывихах тазобедренного сустава, поражениях коленного сустава, плохо зажившем переломе костей бедра, голени или самого таза и т.п., девочка вынуждена опираться в основном на здоровую ногу, принимающую на себя главную часть тяжести туловища.



- *Поперечносуженный (Робертровский) таз* — является очень редкой формой узкого таза. Он возникает в тех случаях, когда лишенный обоих крыльев узкий крестец оказывается втиснутым между подвздошными костями. Крестцово-подвздошные сочленения, испытывающие от этого сильное давление, окостеневают. Получается резкое сужение только поперечных размеров таза, прямые же остаются без изменения.
- В случаях резкого поперечного сужения таза роды невозможны.

- *Воронкообразный таз* характеризуется сужением выхода таза. Степень сужения нарастает сверху вниз, вследствие чего полость таза приобретает вид суживающейся к выходу воронки. В таких случаях полость таза является, кроме того, необычно длинной, так как в крестце имеется VI позвонок.

Разновидностью воронкообразного таза является *кифотический таз*, образующийся при низком (в нижнем отделе позвоночника) расположении горба. В таких случаях прямой размер входа удлинен, размер выхода уменьшен в поперечном направлении, полость же таза в целом воронкообразно сужена. Роженицы с кифозом рожают легко, если горб расположен в верхнем отделе позвоночника. Чем ниже расположен горб, тем затруднительнее роды, особенно при прохождении головкой выхода таза.

- *Спондилолистетический таз* образуется при соскальзывании кпереди тела V поясничного позвонка с I крестцового позвонка и вдвижении его в полость таза. При наружном осмотре роженицы со спондилолистетическим тазом обнаруживается седловидное углубление над нижней частью поясничного отдела позвоночника; задний край подвздошных костей и остистые отростки крестца резко выдаются; таз стоит почти горизонтально; нижняя часть туловища коротка, верхняя же его часть и нижние конечности обычно длины. При влагалищном исследовании прощупывается нависающий над крестцом V поясничный позвонок.
- Практическое значение этой формы таза такое же, как и при выраженных степенях сужения плоскорахитического таза.

- *Остеомалятический таз* (называемый иначе спавшимся) сопровождается изменениями, иногда очень резкими, всего скелета. Эта патология встречается в виде редкого исключения и потому практического значения не имеет.

- *Таз, суженный экзостозами и костными опухолями.*  
Практический интерес представляют костные и хрящевые выступы – экзостозы и энхондрозы, прощупываемые при влагалищном исследовании в виде плотных образований различной величины, иногда острых, иногда закругленных. Они располагаются в области мыса, крестцово-подвздошных сочленений, лонного сочленения и пр. При наличии новообразовательного процесса, исходящего из хрящей или костей таза (энхондромы, остеосаркомы), опухоль может занять значительную часть полости таза.

- Широкое применение рентгенопельвиометрии позволило выявить такие формы таза, которые ранее не фигурировали. Например, ассимилированный, или «длинный», таз. Первые упоминания о «длинном» тазе относятся к началу 50-х годов. Дальнейшие исследования показали, что он является следствием врожденной аномалии (частичной или полной сакрализации) таза и встречается довольно часто среди редких форм суженных тазов.

# Частота и диагностика узкого таза.

- *Частота узкого таза.*

- В настоящее время анатомически узкий таз встречается у 5-7,7% среди всех беременных женщин.
- Наиболее часто наблюдается поперечносуженный, на втором месте – общеравномерносуженный таз.
- Частота отдельных степеней сужения:
  - I степень сужения – 96,7%,
  - II степень сужения – 1,7%,
  - III степень сужения – 0,4%,
  - IV степень сужения – 0,1%.
- Клинически узкий таз составляет в среднем – 2,5%.
- Имеется выраженная тенденция к ухудшению по ряду показателей репродуктивного здоровья у девушек подросткового и юношеского периода онтогенеза, в том числе таза и существует необходимость периодического изучения анатомо-антропологических особенностей размеров таза у женщин в Сибирском регионе.



- *Диагностика узкого таза.*

- Диагностика узкого таза осуществляется на основании данных анамнеза, объективного исследования и использования специальных методов.
- Обследования при анатомически узком тазе в женской консультации проводят по следующей схеме: изучение анамнеза, общеклиническое обследование, определение антропометрических данных, акушерское обследование, ультразвуковое исследование, консультация смежных специалистов.

- При сборе анализа следует обращать внимание на факторы, предрасполагающие к формированию узкого таза (недостаточное питание или особенности диеты, тяжелый труд в детстве, перенесенные рахит, полиомиелит, остеомиелит, туберкулез костей, гормональные нарушения, занятия спортивной гимнастикой и фигурным катанием с раннего возраста, травмы таза и др.), осложненное течение и неблагоприятный исход предыдущих родов, оперативное родоразрешение (наложение акушерских щипцов, вакуум-экстракция, кесарево сечение), мертворождения, черепно-мозговая травма новорожденных, нарушение неврологического статуса ребенка в неонатальном периоде, ранняя детская смертность.

- При внимательном наружном осмотре беременной нередко у врача возникает мысль о наличии узкого таза: малый рост беременной (менее 155 см), низкая масса тела, аномальное телосложение женщины (вывихи, укорочение конечностей, деформация позвоночника, признаки перенесенного рахита и т. п.), недоразвитие вторичных половых признаков со стороны молочных желез, явления полового либо общего инфантилизма.
- При акушерском обследовании необходимо фиксировать внимание на форме живота (остроконечный, отвислый), определять высоту стояния дна матки, окружность живота, положение плода и предлежащую часть, рассчитать предполагаемую массу плода.

- У первобеременных с упругими стенками живота вследствие резкой антефлексии матки, отмечается остроконечный живот, т.е. сильное выпячивание главным образом верхней части живота. У повторнобеременных с характерными для них слабыми брюшными стенками резко антефлексирующая беременная матка запрокидывается еще больше кпереди, выпячивая не верхнюю часть живота, как у первобеременных, а среднюю и нижнюю, что обуславливает так называемый отвислый живот. Остроконечный живот первобеременных при вертикальном положении беременной образует с нижними конечностями тупой, а с верхней частью туловища – почти прямой угол. Отвислый живот, наоборот, дает тупой угол с верхней частью туловища и прямой или даже острый – с нижними конечностями (в положении женщины стоя).
- Остроконечный и отвислый живот – характерный признак узкого таза.

- Важную информацию о размерах таза можно получить при наружной пельвеометрии, т. к. всегда имеется корреляционная зависимость между размерами большого и малого таза: наружные размеры таза:
  - d. spinarum,
  - d. cristarum,
  - d. trochanterica,
  - conjugata externa,
- При анатомически узких тазах необходимо проводить дополнительное обследование.

## Дополнительное тазоизмерение

- Весьма ценные данные получает врач при осмотре ромба Михаэлиса. У женщин нормального телосложения с обычным строением таза *ромб Михаэлиса* имеет форму почти правильного квадрата, поставленного на один из углов. Ромб Михаэлиса – это расширенное углубление в крестцовой области, которое можно видеть при осмотре женщины сзади. Оно ограничено четырьмя точками: сверху – ямкой под остистым отростком V поясничного позвонка, снизу – началом ягодичной складки (верхушка крестца), с боков – вдавлением на месте задних верхних остей обеих подвздошных костей. Поперечная диагональ делит ромб на два одинаковых треугольника, сложенных своими основаниями. Его вертикальный размер (*Тридандини*) в норме равен 11 см, горизонтальный (*Литцмана*) - 11 см.

- *При общеравномерносуженном тазе* ромб вытягивается в длину, в результате чего его верхний и нижний угол становятся острыми, а боковые углы ромба – тупыми.
- *При плоских тазах* существуют обратные соотношения: боковые углы ромба острые, а верхний и нижний – тупые.
- *При поперечносуженных тазах* ромб вытянут в длину за счет укорочения поперечного размера.
- Несимметричная форма ромба свидетельствует о кососмещенном либо кососуженном тазе.
- Окончательным в диагностике узкого таза является тазоизмерение.

- Какие же размеры таза следует учитывать для суждения о форме и степени сужения таза?
- Прежде всего, обычные размеры большого таза и *наружную конъюгату (размер Боделока)*.
- Важно отметить, что в нормальных тазах соотношение между тремя размерами, особенно между первыми двумя остается величиной постоянной с разницей в 3 см., при плоскорохитическом разница между двумя первыми размерами уменьшается, а иногда исчезает вовсе, при общеравномерносуженном тазе отмечается равномерное уменьшение всех размеров на 2 см и более, в зависимости от степени сужения.



- При нормальном тазе **наружная конъюгата** имеет размеры 20-21 см. При уменьшении этого размера до 18 см и менее следует думать о наличии анатомически суженного таза.
- Итак, размеры нормального таза: 25-28-31-20 см.
- Для суждения о форме сужения таза следует измерить окружность таза. Ее измеряют так: сантиметровую ленту проводят на уровне верхнего угла ромба Михаэлиса, гребешков подвздошных костей и верхнего края симфиза. В норме ее величина равна 85 см, если ее величина приближается к 75 см, это свидетельствует о сужении таза.

- *Высота малого таза* – одна пуговка тазомера ставится на выдающуюся точку седалищного бугра, вторая – перпендикулярно к горизонтальной ветви лобковой кости в норме она равна 12-13 см. В зависимости от толщины тканей отнимаем 2-3 см и получаем высоту скелетизированного таза 10-11 см.
- *Высота таза* – расстояние от наиболее выдающихся точек седалищного бугра до гребня позвоночной кости. В норме – 19-20 см.
- *Высота лонного сочленения* – это расстояние между верхним и нижним краем лонного сочленения (в норме 4-5 см).
- Чем выше лонное сочленение, тем меньше истинная конъюгата. При высоком лонном сочленении и массивных костях таза от вычисленного размера истинной конъюгаты нужно дополнительно отнять от 0,5 до 1 см.

- *Боковые конъюгаты (правая и левая)* – измерение производят тазомером между передней и задней верхними осями подвздошной кости одной стороны (с обеих сторон). В норме размеры обеих конъюгат равны 14,5 – 15 см. Укорочение их до 13 см свидетельствует о значительном сужении таза.

- *Угол наклона таза.* Измеряется при помощи тазоугломера - гониометра. Это угол между горизонтальной плоскостью и плоскостью входа в малый таз. Чем больше угол наклона таза, тем больше истинная конъюгата. В норме угол наклона таза при вертикальном положении беременной равен  $60^\circ$ , при горизонтальном –  $30^\circ$ .

- *Подлонный угол* измеряется транспортиром — это угол между нижними ветвями лонной кости. В норме он прямой или близкий к прямому. При общеравномерносуженном тазе величина этого угла уменьшается, что ведет к отклонению головки кзади и травме тканей промежности.

- Для суждения о форме сужения таза следует изменить и *размеры выхода* из малого таза: прямой и поперечный. В норме их размеры равны 11,5 и 11,0 см. Прямой размер выхода определяется от свободного конца копчика до нижнего края лонного сочленения (копчик, разогнувшись в суставе, во время родов отходит на 1,5-2 см кзади). Поперечный размер выхода – расстояние между седалищными буграми (к полученной величине прибавляем 2 см на толщину подкожно-жировой клетчатки).

- Обязательно измерить *индекс Соловьева*, свидетельствующий о толщине костей. Окружность лучезапястного сустава в норме равна 14,5-15 см.



- *Косые размеры таза.*
- Три пары косых размеров измеряют только при кососуженном и кососмещенном тазах.
- I пара – расстояние от середины верхнего края симфиза до задне-верхней ости подвздошной кости с той и другой стороны – 17,5 см.
- II пара – расстояние от ямки под остистым отростком V поясничного позвонка (верхний угол ромба Михаэлиса) до передне-верхней ости подвздошной кости с двух сторон (18 см).
- III пара – расстояние от передне-верхней ости подвздошной кости с одной стороны до задне-верхней ости подвздошной кости другой стороны (21 см).



- Далее при выполнении влагалищного исследования следует оценить *подлонный угол*, крестцовую впадину, удостовериться еще раз в высоте лона и измерить диагональную конъюгату. Необходимо тщательно обследовать мыс (его выстояние в малый таз, наличие добавочного мыса), а также стенки крестцовой впадины с правой и левой стороны (экзостозы), обратить внимание на симметричность крестцовой впадины.
- *Диагональная конъюгата* измеряется во время влагалищного исследования от нижнего края лона до наиболее выступающей точки мыса и равна 12,5-13 см.

- *Определение степени сужения таза по истинной конъюгате:*

- а) по размерам наружной конъюгаты, в зависимости от толщины костей, вычитаем 8 или 9 см;
- б) по диагональной конъюгате, вычитаем 1,5-2 см;
- в) размер Тридандани равен истинной конъюгате;
- д) по УЗИ;
- г) по рентгенопельвиометрии (нужна цифровая рентгенологическая установка с электронно-вычислительной приставкой).

# Исход родов и биомеханизмы родов при различных формах и степенях сужения таза.

- *Исход родов при различных степенях сужения таза.*
- Анатомическое сужение таза не всегда ведет к глубоким нарушениям механизма родов, делая возможным или невозможным прохождение через него плода.
- При первых двух степенях анатомически суженного таза возможны роды через естественные родовые пути живым ребенком, но в современных условиях предпочтительно вести роды через естественные родовые пути при первой степени сужения таза и только в случае преждевременных родов при II степени его сужения.

- При наличии первой степени сужения таза исход родов зависит, кроме емкости таза, от величины плода, силы родовой деятельности, характера вставления головки и конфигурации ее костей. При неблагоприятных обстоятельствах развиваются признаки несоответствия размеров таза матери и головки плода, что указывает на невозможность самостоятельного родоразрешения и, если врач не поможет такой роженице, то исход родов будет трагическим для нее и ребенка.
- При II степени сужения таза роды через естественные родовые пути можно вести только при глубоко недоношенном плоде.  
Операция кесарева сечения в этих двух случаях проводится по относительным показаниям в интересах плода. При этом обязательно учитывается желание матери и ее согласие на операцию.

При III-IV степени роды через родовые пути невозможны. Живого или мертвого доношенного ребенка женщина может получить только путем брюшно-стеночного родоразрешения – операцией кесарева сечения, т.к. даже расчленение плода не обеспечивает его извлечение через естественные родовые пути. Кесарево сечение в этом случае производится по абсолютным показаниям в интересах спасения жизни матери. Даже в тех случаях, когда доношенный плод мертв и имеется инфицирование матки, родоразрешение проводится путем операции кесарева сечения с последующим удалением матки, т.к. нет иного пути для родоразрешения женщины при этих степенях сужения таза.

- Иное дело, при наличии первых двух степеней сужения таза возможно родоразрешение через естественные родовые пути, но особенности строения таза при различных формах его сужения оказывают определенное воздействие на головку плода, и механизм родов при различных формах узкого таза имеет свои особенности.

## *Механизм родов при общеравномерносуженном тазе.*

- При этой форме сужения таза наблюдается равномерное уменьшение всех размеров таза, что и определяет особенности биомеханизма родов при этой форме сужения таза.
- При этой форме сужения таза характерны следующие особенности:
  - *Для первого момента родов:*
  - а) стреловидный шов устанавливается в одном из косых размеров плоскости входа в малый таз, ибо только в таком положении головка плода может пройти плоскость входа в малый таз;
  - б) длительное стояние стреловидного шва в данной позиции;
  - в) головка вставляется в плоскость входа в малый таз в состоянии резкого сгибания, когда ведущей точкой является истинно малый родничок, располагающийся по проводной оси таза;

- г) в другом косом размере встает большой поперечный размер головки;
- д) прохождение головки по родовому каналу возможно при выраженной конфигурации ее костей, что ведет к уменьшению её размеров и возможности прохождения через общеравномерно суженый таз. При конфигурации задняя теменная кость и стреловидный шов надвигается на переднюю, причем, обе теменные кости при этом надвигаются на лобную и затылочную. Головка вытягивается в форму клина с родовой опухолью, расположенной в области малого родничка. Головка приобретает форму огурца сдавленного в поперечном и малом косом размере. Такая конфигурация головки получила название Редереровского асинклитизма.



- *Для второго момента родов:*
- а) длительный второй период родов ввиду того, что головка испытывает в полости таза те же затруднения, что и во входе в таз, поэтому период продвижения головки по полости таза всегда затяжной.

- *Для третьего момента родов:*
- а) образование «двух точек» фиксации при совершении III момента биомеханизма родов. При нормальном строении таза лонная дуга и угол между ветвями лонных костей позволяет головке упереться подзатылочной ямкой об нижний край симфиза. При общеравномерносуженном тазе лонный угол острый и головка упирается о нижние ветви лобковой кости, т.к. головка подзатылочной ямкой не может подойти под нижний край лона. Вследствие этого при прохождении головки через выход она резко отходит кзади, что приводит к значительному растяжению промежности и высокому её травматизму.
- б) Долихоцефалическая форма головки при рождении резким вдавлением в области большого родничка и родовой опухолью в области малого родничка, головка вытягивается в виде клина «огурцевидная головка».
- Таким образом, механизм родов при общеравномерносуженном тазе имеет 8 особенностей.

## *Механизм родов при плоскорохитическом тазе.*

- Для плоскорохитического таза характерно значительное уменьшение прямого размера плоскости входа в малый таз, за счет того, что промонторий как бы выдвинут в малый таз. Все остальные размеры таза не только не уменьшены, но иногда даже увеличены, ввиду того, что крестец при этом несколько отклонен кзади. При этой форме сужения таза головка встречает затруднения для своего прохождения только в первой плоскости - плоскости входа в малый таз.

- *В плоскости входа происходит первый момент биомеханизма родов. Следовательно, при плоскорохитическом тазе 1 момент биомеханизма родов будет иметь свои особенности, при этом их четыре:*

- 1-я – длительное стояние стреловидного шва в поперечном размере плоскости входа в малый таз;
- 2-я – умеренное разгибание головки в плоскости входа в малый таз, в результате чего ведущей точкой становится большой родничок;
- 3-я – в прямом размере плоскости входа встает малый поперечный размер головки
- 4-я – боковое склонение головки, асинклитическое прохождение ее через вход в таз;

- 5-я – конфигурация головки. Сущность, которой заключается в том, что задняя теменная кость заходит под переднюю, стреловидный шов отходит ближе к промоторию (ассинклитизм Негеля), либо передняя теменная кость заходит под заднюю и стреловидный шов отклоняется к лону (ассинклитизм Литцмана). При этом уменьшается её малый поперечный размер, которым и стремится головка пройти через суженный прямой размер входа в малый таз.
- Все эти 5 особенностей обусловленные тем, что головка плода стремится пройти своим наименьшим размером - малым поперечным, размер которого равен 8-8,5 см, через прямой размер плоскости входа. Однако и этот размер головка пытается уменьшить конфигурацией за счет захождения теменных костей друг за друга.
- Если в результате всех этих приспособительных механизмов головка сможет пройти через плоскость входа в малый таз, то в дальнейшем может быть следующее течение родов:

- *1 вариант* - роды будут проходить по нормальному биомеханизму родов со сгибанием головки, только быстро, приводя к штурмовым родам, т.к. полость малого таза резко увеличена. Из-за очень быстрого прохождения головки через родовые пути - возможны повреждения как плода, так и мягких тканей родовых путей матери. Здесь уместна пословица: «Узким тазом родят разом, или вовсе не родят».
- *2 вариант* - головка может сохранить свое разгибание. Ведущей точкой остается большой родничок. В результате роды произойдут по биомеханизму переднеголового вставления. Небольшое разгибание головки, ротация затылком кзади, флексия вокруг переносья и в последующем разгибание головки после образования второй точки фиксации.
- Конфигурация головки брахицефалическая по форме напоминает башню. Головка сбоку выглядит сдавленной в переднезаднем размере и очень высокой, увеличены поперечные размеры головки.

## *Механизм родов при простом плоском тазе.*

- Для простого плоского таза характерно уменьшение всех прямых размеров малого таза.
- Первый момент биомеханизма родов при этой форме сужения таза будет иметь все те 5 особенностей, которые присущи плоскорохитическому тазу.
- Второй момент биомеханизма родов - внутренний поворот головки из-за уменьшения прямых размеров полости малого таза будет происходить медленно и с затруднениями. Если головка не совершила поворот и в полости таза стоит стреловидным швом в поперечном размере, то эта ситуация носит название ***среднего поперечного стояния стреловидного шва*** головки. Иногда возможно низкое поперечное стояние стреловидного шва, т.е. головка опускается на тазовое дно, не совершив внутреннего поворота и стреловидный шов продолжает оставаться в поперечном размере таза. Такая ситуация носит название — ***низкого поперечного стояния стреловидного шва*** головки. Для исправления этой патологии нужна длительная и интенсивная родовая деятельность. Иногда головка не может самостоятельно совершить поворот и тогда приходится прибегать к наложению так называемых сверхатипичных щипцов. В этом случае щипцы используются как вращательный инструмент, с помощью которого головке придается нужное положение и затем она извлекается из родовых путей.

## *Механизм родов при общесуженном плоском тазе.*

- Механизм родов может быть различным и зависит от того, какая форма сужения таза преобладает. Наиболее типичным является такое течение родов, когда первый вариант проявляется всеми особенностями биомеханизма родов, присущими плоскому тазу, а в дальнейшем - роды по механизму общеравномерносуженного таза. Роды протекают длительно, требуя огромной затраты сил и энергии роженицы.
- Одним из осложнений при течении родов с плоскими тазами является образование значительного асинклитизма. Если, некоторый, не резко выраженный передний либо задний асинклитизм является одним из приспособительных механизмов, способствующих прохождению головки через суженный таз в полость таза; то при общесуженных либо плоских тазах II ст. и более степенях сужения отличается выраженным отклонением стреловидного шва кпереди или кзади, что резко осложняет течение родов, а иногда делает самопроизвольное родоразрешение просто невозможным.



- *Всего различают 3 степени переднего и заднего асинклитизма:*

- Если первой опускается передняя теменная кость, а стреловидный шов смещается к мысу - то говорят о переднем (Негелевском) асинклитизме.
- Если первой опускается задняя теменная кость, а стреловидный шов смещается к лону — говорят о заднем асинклитизме (Литцмановском).

- Разберем пример степеней асинклитизма на Негелевском асинклетизме.
- *Первая степень Негелевского асинклитизма* - отклонение стреловидного шва до 2 см. от проводной оси таза в сторону мыса (передне-теменное наклонение).
- *Вторая степень Негелевского асинклитизма* – отклонение стреловидного шва более 2 см. от проводной оси таза (шов определяется у мыса). Акушерская ситуация носит название переднетеменного вставления.
- *Третья степень Негелевского асинклитизма* – стреловидный шов не определяется (передне-ушное вставление).
- Асинклитизм II-III степени встречается чаще всего при общесуженном плоском тазе. При данном вставлении головки самопроизвольные роды невозможны и беременная должна быть родоразрешена оперативным путем.

## *Механизм родов при поперечносуженном тазе.*

- 1. Образование *высокого прямого стояния головки* в переднем или заднем виде. Сущность высокого прямого стояния головки заключается в том, что во входе в таз головка устанавливается стреловидным швом в прямом размере входа в малый таз, соответственно направлению истинной конъюгаты. Такое стояние головки иногда наблюдается и при нормальных тазах, но обычно тогда оно бывает временным, преходящим явлением. Прямое стояние стреловидного шва приобретает патологическое значение только в том случае, когда шов длительно и стойко остается в занимаемом им положении.
- Значительно реже головка при высоком прямом стоянии располагается таким образом, что ее затылок обращен к лону – передний вид высокого прямого стояния. Однако чаще затылок обращен кзади, к мысу – задний вид высокого прямого стояния головки. Заднее высокое прямое стояние головки, как правило, встречается у первородящих, переднее – чаще у повторнородящих.

- Роды при высоком прямом стоянии головки редко заканчиваются самопроизвольно, такое течение родового акта чаще наблюдается при переднем виде высокого прямого стояния головки. Головка при переднем виде в состоянии резкой флексии упирается подзатылочной частью в симфиз, к мысу направлены лоб и передняя часть темени. В таком виде (в прямом размере) головка проходит через весь таз и рождается в затылочном предлежании. В других случаях головка продельвает ротацию, т.е. сначала переходит в один из косых размеров, а затем на дне таза – в прямой размер выхода малого таза.
- При заднем виде высокого прямого стояния головки самопроизвольные роды невозможны, приходится прибегать к оперативному родоразрешению.
- 2. *Косое асинклитическое вставление головки* (асинклитизм Солереса). Стреловидный шов стоит косо, но отклоняется либо к мысу либо к лону. Роды через естественные родовые пути возможны, но у ребенка после рождения нередко образование кефалогематом на предлежащей теменной кости.

## *Течение беременности при анатомически узком тазе.*

- У женщин с узким тазом часто наблюдаются: отсутствие вставления головки плода во вход в малый таз в конце беременности, либо неблагоприятное ее вставление; остроконечный или отвислый живот; тазовые предлежания; поперечные и косые положения плода; преждевременное излитие вод в 5 раз чаще, чем у беременных с нормальным строением таза.

- *Итак, особенности течения беременности при сужении таза.*

- 1. Отвислый или остроконечный живот.
- 2. Неблагоприятное вставление головки.
- 3. Неправильное положение плода.
- 4. Преждевременное излитие околоплодных вод.
- Беременные с анатомически узким тазом относятся к группе высокого риска *по аномалиям родовой деятельности и кровотечению* и должны находиться в женской консультации на диспансерном учете по беременности. За 2 недели до родов их следует госпитализировать в отделение патологии родильного дома для уточнения диагноза и выбора рационального метода родоразрешения.

## *Задачи женской консультации.*

- 1. Выявить у женщин, вставших на учет по беременности, анатомически суженный таз, таким образом взяв своевременно на диспансерный учет по беременности всех женщин с суженными тазами.
- 2. Профилактика кровотечения в 36 недель по имеющимся в женской консультации стандартам.
- 3. Госпитализация беременных с анатомически суженным тазом в ОПБ в 38 недель, где ей будет оказана высококвалифицированная помощь.

## *Задачи отделения патологии беременности.*

- 1. Уточнить срок беременности.
- 2. Окончательно измерить размеры большого таза, определить форму таза, рассчитать степень его сужения. Измерение таза у беременной женщины следует проводить неоднократно по мере развития беременности, но окончательное суждение должно быть составлено о форме и степени его сужения только к родам, в сроке 37-38 недель беременности. Размеры таза, его плоскость на протяжении беременности под воздействием гормональных факторов увеличивается и истинная конъюгата удлиняется приблизительно на 0,5 см.
- 3. Подсчитать массу плода.
- 4. Поставить клинический диагноз.
- 5. Выбрать метод родоразрешения.
- 6. Составить план ведения родов.



- Течение родов при узком тазе зависит прежде всего от степени сужения таза. Так, при I степени сужения, при средних размерах плода хорошей родовой деятельности, правильного вставления головки и ее конфигурации возможны роды через естественные родовые пути. При II степени сужения таза, как сказано выше, роды можно вести только при глубоко недоношенном плоде. Что касается III и IV степени сужения таза, то это является абсолютным показанием к абдоминальному родоразрешению.

## *Особенности течения родов.*

- 1. Преждевременное и раннее излитие околоплодных вод.
- 2. Аномалии родовой деятельности:
  - первичная слабость родовой деятельности,
  - вторичная слабость родовой деятельности,
  - дискоординированная родовая деятельность,
  - преждевременные потуги.
- 3. Сдавление мягких тканей с возможным развитием в дальнейшем мочеполовых и кишечнополовых свищей.
- 4. Повреждение лона, крестцово-подвздошных и крестцово-копчиковых сочленений.
- 5. Разрыв матки.
- 6. Малый акушерский травматизм.
- 7. Гипоксия плода.
- 8. Кровотечения в последовом и послеродовом периодах.
- 9. Рождение детей в асфиксии и с родовыми травмами.
- 10. Развитие послеродовых гнойно-септических осложнений.

## *Методы родоразрешения.*

- 1. При 1-й степени сужения таза в сочетании с ОАА, возрастом, тазовым предлежанием, аномалиями положения плода, при крупном плоде, при предлежании мелких частей плода, при гестозах с явлениями ФПН и т.д. показано кесарево сечение в плановом порядке.
- 2. При II-IV степени сужения и доношенной беременности - плановое кесарево сечение.
- 3. При I-ой степени сужения таза с благоприятным прогнозом, а также при II-й степени сужения таза и недоношенном плоде возможно ведение родов через естественные родовые пути с функциональной оценкой таза.

## Особенности ведения родов.

- Ведение родов при узком тазе – «Искусство, которое не поддается схематизации» (Е. Бумм).
- Ведение родов при анатомическом сужении таза требует не только теоретических знаний, но и большого практического опыта.

При планировании самопроизвольных родов показано использование простагландинов Е с целью подготовки организма беременной к родам.

- Перевод в ОРБ на плановую амниотомию с последующим родовозбуждением категорически недопустим: желательно спонтанное начало родовой деятельности.

- Необходимо установить факт начала I-го периода родов.

- Любой ценой сохранить околоплодные воды.
- При наличии схваток у женщин с сужением таза рекомендуется в целях предотвращения раннего вскрытия плодного пузыря - постельный режим с приподнятым тазовым концом кровати. При I-й степени чистоты влагалищной флоры, отсутствии признаков ВМИ целесообразно и в настоящее время применение операции кольпейриза.



- Для лучшего вставления головки рекомендуется положение беременным на том боку, со стороны которого расположена та часть плода, вставление которой желательно.

- Например,
- 1. при наличии общеравномерносуженного таза, головка вступает в полость малого таза в состоянии выраженного сгибания, поэтому эти женщины должны занимать положение на том боку, в сторону которого обращен затылок (проводная точка расположена на затылке — «истинно» малый родничок).

- 2. При наличии плоских тазов головка вступает в таз в состоянии умеренного разгибания, поэтому беременная должна лежать на том боку, в сторону которого обращен большой родничок плода.

- В ходе родов следят за характером схваток, не допуская развития слабости родовой деятельности. Для профилактики слабости-назначение простагландинов группы E.



- Мониторинг за родовой деятельностью, ведение партограммы родов.

- Разумно используют спазмолитики и проводят медикаментозное обезболивание родов.
- Методом выбора – ПЭА.

- Слабость родовой деятельности у таких женщин следует лечить по общим правилам.
- При целых водах и физическом утомлении роженицы необходимо предоставить: отдых медикаментозный сон на протяжении 2-3 часов и только после восстановления сил роженицы следует вновь прибегать к стимуляции родовой деятельности после амниотомии, применяя простагландины F или окситоцин.
- При отошедших водах, *не прибегая ко сну*, рекомендуется родоусиление.

- При слабости родовой деятельности и проведении родостимуляции внимательно следят за состоянием плода, используя КТГ, и регулярно через каждые 4 часа проводят профилактику внутриутробной гипоксии плода по методу Николаева.



- При ведении родов у женщин с узким тазом врач может наблюдать беспорядочные и очень болезненные схватки. При беспокойном поведении женщин врач обязан произвести влагалищное исследование, т.к. такое состояние у рожениц может возникать в связи с ущемлением между головкой плода и лоном отечной передней губы шейки матки.

- Если же ущемление передней губы шейки матки нет, нужно применять медикаментозную терапию, используя анальгетики, вплоть до наркотических средств. Широко применяются спазмолитики но-шпа, апрофен, баралгин.

**Пролангированная эпидуральная  
анальгезия.**

- Однако, необходимо учитывать, что судорожные схватки, сильные боли, чувства страха иногда в конце I и вначале II периода родов являются предшественниками угрожающего разрыва матки. Поэтому к подобному симптомокомплексу следует относиться очень осторожно и при тщательной оценке состояния женщины следует исключить возможность наличия надвигающейся катастрофы.

- Иногда у женщин с узким тазом наблюдаются ложные потуги при высоко стоящей головке, что сопровождается сильными болями, резкими двигательными и психическим возбуждением. При наличии такой ситуации врач обязан выполнить влагалищное исследование, нормализовать родовую деятельность, положить роженицу на «нужный» бок, помнить о признаках угрожающего разрыва матки.

- Для суждения о степени раскрытия маточного зева используют наружные приемы - симптомы Роговина и Шатц-Унтербергера.
- *Симптом Роговина* – это расстояние между дном матки и мечевидным отростком. По мере раскрытия маточного зева это расстояние уменьшается.

- *Симптом Шатц-Унтербергера* – это высота стояния контракционного кольца над лоном. Если наружными приемами установлено полное раскрытие шейки матки (высота контракционного кольца 10 см над лоном) - производят влагалищное исследование для подтверждения начала II периода родов.

- После отхождения околоплодных вод при полном раскрытии шейки матки не разрешают сразу женщине тужиться, помня о том, что у этих рожениц головка должна приспособиться к прохождению через суженные размеры малого таза и это требует времени. Нужно вставление и конфигурация головки осуществляется силой схваток, а потуги только истощают силы роженицы, не достигнув нужного эффекта.

- Промежуток времени с момента полного раскрытия маточного зева до появления потуг - самый ответственный при наличии узкого таза, т.к. он необходим для конфигурации и наиболее благоприятного вставления головки. Малиновский называет этот промежуток - *периодом конфигурации*. Если врач забывает о наличии этого дополнительного периода родов у рожениц с узким тазом и сразу после отхождения вод при полном раскрытии маточного зева разрешает женщине тужиться - он совершает грубейшую ошибку, осложняя течение родов при наличии узкого таза.



- С момента полного раскрытия шейки матки и отхождения вод врач не имеет права отойти от роженицы, не решив вопрос о функциональном состоянии размеров таза матери и головки плода.
- Для этого могут быть использованы два метода – Вастена и Цангеймейстера. Этими методами пользоваться только при фиксированной головке и отшедших водах.
- *Признак Вастена* – это отношение головки к лону.
- *Признак Цангеймейстера* – это расстояние между головкой плода и верхним углом ромба Михаэлиса.

- Если признак Вастена положительный, т.е. прижатая ко входу в малый таз головка выступает над лоном и размер Цангеймейстера превышает размер наружной конъюгаты — это указывает на несоответствие размеров таза матери и головки плода и получение живого ребенка возможно только операцией кесарево сечения.

- Если признак Вастена отрицательный, т.е. головка расположена ниже лонного сочленения, и размер Цангеймейстера меньше диаметра Боделока, то это дает основание думать о соответствии размеров таза матери размерам головки плода, т.е. у таких рожениц могут произойти самопроизвольные роды.

- Если признак Вастена вровень, т.е. головка стоит в одной плоскости с лоном и размер Цангеймейстера равен наружной конъюгате, то только в ходе течения II периода родов можно решить вопрос о наличии соответствия размеров таза размерам головки плода, т.е. это наиболее сложный случай, требующий терпения, внимания и высокой квалификации врача, ведущего роды.

- Безусловно, признак Вастена является важным признаком клинического несоответствия, но следует помнить, что его наличие или отсутствие зависит от особенностей вставления головки. Так, при заднем виде затылочного вставления и при переднем асинклитизме признак Вастена почти всегда отрицательный.

- *Сколько же времени дается на то, чтобы решить быть или не быть самопроизвольным родам при признаке Вастена вровень?*
- С момента полного раскрытия маточного зева мы можем вести роды выжидательно у первородящих на протяжении 1,5-2 часов и 1 часа у повторнородящих на момент извлечения головки.

- *В период выжидательного ведения родов для создания более благоприятных условий, способствующих прохождению головки через плоскость входа в малый таз, рекомендуются придавать следующие положения.*
- 1. Висячее положение Вальхера (1889 г.) без упора для подошв, способствующее увеличению истинной конъюгаты на 0,75-1,0 см, а опосредованно - всех прямых размеров плоскостей малого таза.

- 2. Положение Виллинка, когда на 30 мин под поясницу подкладывают твердый валик, который, увеличивая угол наклонения таза, увеличивает прямой размер входа, широкой и узкой части от 0,5 до 1,0 см.



- 3. Для создания благоприятных условий, способствующих прохождению головки в плоскости выхода следует помнить о положении по Астринскому.
- Астринский предлагает положение для камнесечения с резко притянутыми к животу коленями, что ведет к увеличению прямого и поперечного размера выхода таза на 0,5-1,0 см.

- Полагаясь на возможность приспособления головки к размерам таза матери, при выжидательной тактике, следует очень внимательно следить за состоянием роженицы, обращая внимание на характер и силу схваток, расположение контракционного кольца, состоянием нижнего сегмента матки, мочевого пузыря и состоянием кишечника. Следует также следить за температурой, АД, пульсом, поведением роженицы.

- С момента отхождения вод следует консервативно вести роды в течение не более 6-8 часов.

- С момента фиксации головки ко входу в малый таз выжидательная тактика возможна только на протяжении до 2 часов (закон жгута).

- Следует помнить о том, что если головка стоит в одной плоскости более 1 часа, то возможно образование свищей.

- Итак, что при затянувшихся родах женщине угрожает 2 опасности: травматические повреждения тканей и инфекция.

## Травмы могут носить следующий характер:

- 1. Разрыв матки;
- 2. Отрыв матки от влагалищных сводов;
- 3. Разрыв лонного сочленения;
- 4. Свищи мочеполовые и кишечно-половые, вследствие длительного сдавливания тканей матери головкой плода.

- *Молодым врачам необходимо уяснить, что роженица с узким тазом, при котором невозможны самопроизвольные роды, в случае отсутствия своевременной и надлежащей помощи погибает или вследствие разрыва матки или в результате развития инфекции.*



- Признаки грозной опасности для роженицы с узким тазом следует считать появление следующих признаков:

- 1. Отсутствие вставления головки и ее продвижение.
- 2. Резко выраженная конфигурация головки с родовой опухолью.
- 3. Беспокойное поведение роженицы.
- 4. Положительный признак Вастена.
- 5. Появление преждевременных потуг.
- 6. Перерастяжение нижнего сегмента, о чем свидетельствует переход контракционного кольца в ретракционное.
- 7. Задержку мочеиспускания.
- 8. Нарастающий отек шейки матки и т.д.
- Появление этих симптомов указывает на необходимость срочного родоразрешения беременных – операцией кесарева сечения.

## Оперативные методы родоразрешения при ведении родов у женщин с узким тазом:

- *Показания к операции кесарева сечения:*
- 1. При сужении таза IV - III степени - абсолютное показание.
- 2. При сужении таза I-II степени (относительное показание).
- 3. Несоответствие размеров головки плода и таза матери – клинически узком тазе II и III степени.

Степени несоответствия головки плода тазу матери по Р.  
И. Калгановой:

- I степень- относительное несоответствие:
- Образование благоприятных форм вставления головки и нормальный биомеханизм родов.
- Биомеханизм родов, свойственный данной форме таза.
- Хорошая конфигурация головки.
- Замедленное продвижение головки, недостаточно активное открытие шейки матки.
- Хорошая родовая деятельность.
- Признак Вастена отрицательный.
- Размер Цангейместера меньше наружной конъюгаты.

## II степень-значительное несоответствие:

- Особенности вставления головки и биомеханизма родов, свойственных только форме таза, как один из приспособительных механизмов для преодоления головкой препятствий таза.
- Резко выраженная конфигурация головки.
- Аномалии родовой деятельности.
- Признак Вастена вровень.
- Размер Цангейместера равен наружной конъюгате.
- Выжидательная тактика у первородящих во втором периоде родов до 2-х часов, у повторнородящих-до 1-го часа на момент извлечения плода.

### III степень-абсолютное несоответствие:

- Биомеханизм родов несвойственен ни нормальной, ни данной форме таза.
- Отсутствие вставления и продвижения головки.
- Резковыраженная конфигурация головки или её отсутствие.
- Положительный признак Вастена.
- Размер Цангейместера больше наружной конъюгаты.
- Симптом прижатия мочевого пузыря.
- Бурная родовая деятельность.
- Появление преждевременных потуг.
- Отёк шейки матки за счёт её ущемления, распространение отёка на наружные половые органы.
- Симптомы угрожающего разрыва матки- болезненность нижнего сегмента при пальпации и появление ретракционного кольца.

Операция кесарева сечения в плановом порядке может быть произведена по относительным показаниям при следующих ситуациях у женщин с узким тазом 1 степени:

- 1. Первородящие старше 27 лет.
- 2. Тазовые предлежания.
- 3. Переношенная беременность.
- 4. Неправильные положения плода (косое и поперечное).
- 5. Неблагоприятные вставления головки.
- 6. Выпадение мелких частей плода и пуповины.
- 7. Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез.

- 8. Тяжелые формы гестоза.
- 9. Суб- и декомпенсированная ФПН.
- 10. При категорическом желании женщины иметь живого ребенка, у которой роды закончились мертворождением или рождением плода с травмой.
- 11. По акушерским ситуациям, возникшим в ходе родового акта (аномалия родовой деятельности, гипоксия плода и т.д.).

*К плодоразрушающим операциям, чаще всего краниотомии, следует прибегать при наличии:*

- 1. Мертвого плода.
- 2. Живой плод, при наличии:
  - а) Врожденного порока развития у плода, несовместимого с жизнью.
  - б) Метроэндометрита у матери в родах;
  - в) Заднего вида лицевого, если головка вколотилась в полость малого таза.



## *Профилактика анатомического узкого таза.*

- 1. Девочки должны расти здоровыми.
- 2. Правильно подобранная, сбалансированная белком, витаминами диета.
- 3. Разумное занятие спортом (спортивная гимнастика, фигурное катание - отрицательно влияет на формирование костей таза).
- 4. Занятие физкультурой до 20 лет.

- Сравнительный анализ функциональных данных девушек и женщин свидетельствует об увеличении размеров таза после 17-20 лет, (Демарчук Е.Л.-2004 год) то есть на фоне того, как некоторые морфологические параметры девушек уже близки к дефинитивным, имеется относительная функциональная незрелость организма. Это является обоснованием для продолжения физического воспитания девушек в ВУЗах до 3 курса
- 5. Своевременное распознавание гормональных нарушений с обязательной последующей их коррекцией.

- На современном этапе развития организма женщины индекс полового диморфизма направлен в сторону андроморфии, что характеризуется высоко достоверным увеличением по отношению к гинекоморфии всех морфологических и абсолютных функциональных показателей. С этой точки зрения, абсолютные размеры тела у всех представительниц разных конституционных типов имеют также достоверные отличия и увеличиваются в направлении от гинекоморфии к андроморфии. у **Относительные размеры таза больше гинекоморфии, что отражает женский тип пропорций.**
- В настоящее время наряду с изменениями физического статуса отмечаются черты маскулинизации и в психических особенностях личности женщины, что оказывает влияние на ее социальный статус.