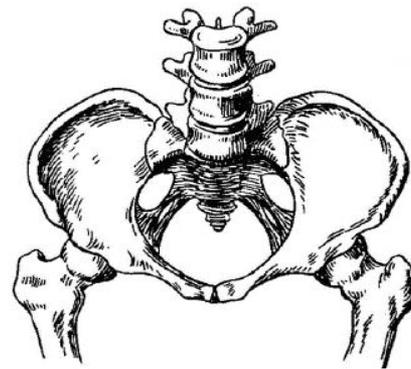


«Аномалии таза (Узкий таз). Неправильные положения плода.»



Подготовила

• Сухенко М.М.

*преподаватель высшей категории,
преподаватель акушерства и гинекологии*

В 1543 году **Везалий**, впервые описавший таз, установил, что лобковые кости соединены в симфизе неподвижно.

Аранций (1572 г) описал деформации таза.

В **1701 г. Девентер** (1651-1724 г.г. – нидерландский врач) описал общесуженный и плоский таз.

В дальнейшем (18-19 в.в.) проблему узкого таза изучали **Левре, Смелли, Редерер, Литцман, Н.М.Максимович-Амбодик, Михаэлис, А.Я.Красовский, Н.Н.Феноменов** и др акушеры. Были получены ценные данные о степенях сужения таза, о механизме родов, об осложнениях и исходе родов для роженицы и плода.

В развитие учения об узком тазе особенно ценный вклад внес **А.Я. Красовский** (1821-1898 г.г.), наиболее полно описавший типичные и редкие формы узкого таза, а также особенности механизма родов при разных формах сужения.

Узким тазом принято считать таз, костный скелет которого изменён настолько, что при прохождении через него доношенного плода, особенно головки, встречаются препятствия и трудности механического характера. /М.С. Малиновский/

Основным показателем сужения принято считать размер **истинной конъюгаты (с. vera)**. Если размер истинной конъюгаты 10 см и меньше, то таз узкий.

Различают:

Анатомически УТ – таз в котором укорочены все размеры или хотя бы один из них;

Клинически УТ (функционально УТ) – таз, который представляет затруднения или препятствия для течения данных родов.

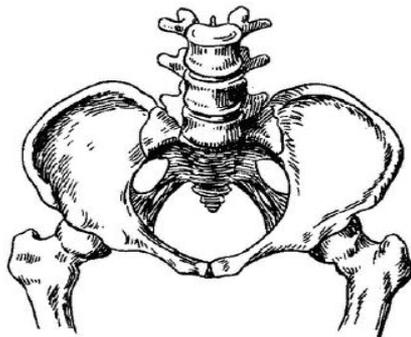
Классификация узкого таза

- Классификация А.Я.Крассовского (1885г.)

А. По форме сужения:

I. Часто встречающиеся:

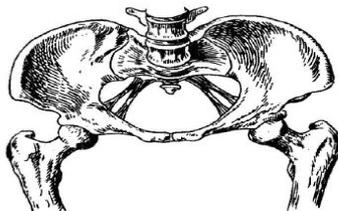
- *Общеравномерносуженный* (все размеры равномерно уменьшены)



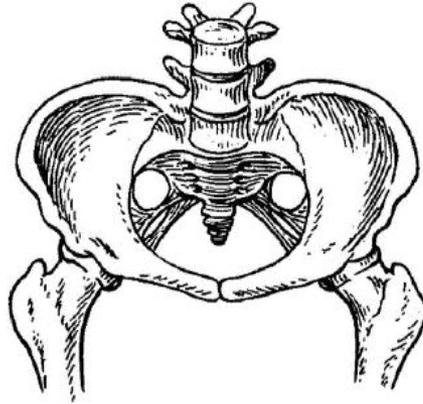
- *Поперечносуженный* (поперечные размеры уменьшены)

- *Плоский:*

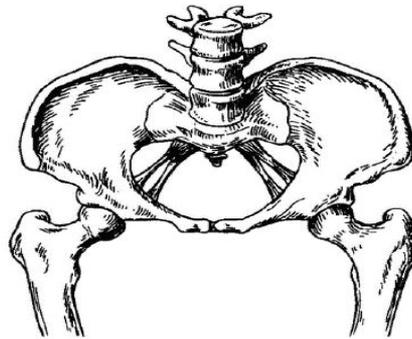
- *плоскорахитический* (уменьшен только прямой размер плоскости входа в малый таз)



□ *простой плоский* (один или несколько прямых размеров уменьшены, при нормальных поперечных и косых размерах);



• *Общесуженный плоский*



II. Редко встречающиеся:

- *Кососмещенный;*
- *Кососуженный;*
- *воронкообразный;*
- *Кифотический;*
- *Остеомалятический;*
- *Таз, суженный экзостозами и костными опухолями.*

Классификация узкого таза по степени сужения

- В классификации анатомически узких тазов имеют значение не только особенности строения, но и **степень сужения таза**, основанная на **размерах истинной конъюгаты**.

При этом принято различать **четыре степени сужения таза**:

- I степень - истинная конъюгата меньше 11 см и больше 9 см;
- II степень - истинная конъюгата меньше 9 см и больше 7,5 см;
- III степень - истинная конъюгата меньше 7,5 см и больше 6,5-6,0 см;
- IV степень - истинная конъюгата меньше 6,5-6,0 см.

По классификации Красовского различают три степени сужения таза в зависимости от величины истинной конъюгаты:

- I степень - истинная конъюгата меньше 11 см и больше 9 см;
- II степень - истинная конъюгата меньше 9 см и больше 7,5 см;
- III степень - истинная конъюгата меньше 7,5 см;

Диагностика узкого таза.

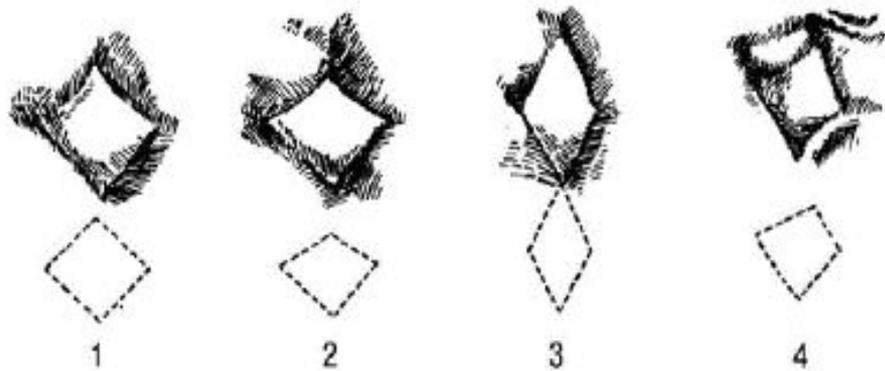
Диагностика узкого таза проводится на основании:

- **Данных анамнеза:**

Изучаются факторы, предрасполагающие к формированию узкого таза (недостаточное питание в детстве, тяжелый труд в детстве, перенесенный рахит, полиомиелит, туберкулез костей, гормональные нарушения, наследственные факторы, занятия спортивной гимнастикой, фигурным катанием, травмы таза и др.).

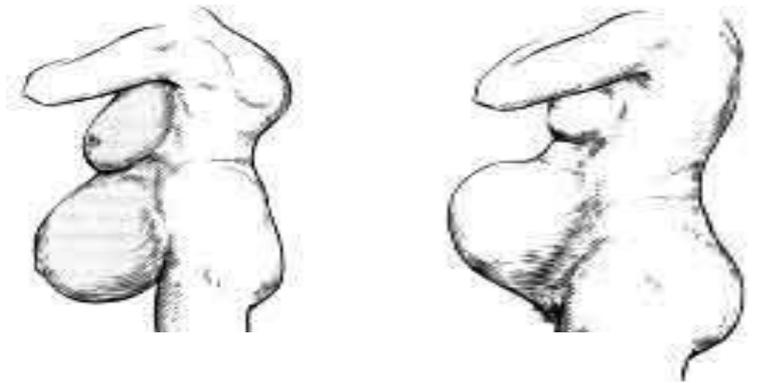
Учитывается осложненное течение и неблагоприятный исход предыдущих родов, оперативное родоразрешение (акушерские щипцы, вакуум-экстракция плода, кесарево сечение), мертворождение, черепномозговая травму у новорожденных, нарушение неврологического статуса в раннем неонатальном периоде, ранняя детская смертность и др.

- **Объективного исследования** (осмотр телосложения, форма живота, наружная пельвиметрия, влагалищное исследование, форма ромба Михаэлиса...),



Формы ромба михаэлиса при различных формах таза:

- Нормальный таз
- Плоский таз
- Общеравномерносуженный таз
- Кососуженный таз



Формы живота беременной:

- у многорожавших — отвислый.
- у первородящих с упругой брюшной стенкой образуется остроконечный живот,

- Данных специальных методов исследования (рентгенопельвиометрия, ультразвук, компьютерная томографическая пельвиометрия, магнитный резонанс),
- Консультации специалистов (травматолог, ортопед — по показаниям).

Ведение беременности и родов при УТ требует учета:

- совокупности изменений наружных размеров таза;
- дополнительного тазоизмерения;
- пояснично-крестцового ромба;
- диагональной конъюгаты;
- индекса Соловьёва.
- а также требует высокой квалификации медперсонала, хорошего ухода, чуткого отношения к беременной и роженице, благоприятного воздействия на её психику, уверенности в благоприятном исходе родов.
- Беременные с УТ должны быть заблаговременно госпитализированы в акушерский стационар.
- При выраженных степенях сужения и крупном плоде прибегают к операции кесарева сечения.

Поперечное и косое положение плода

Если направление продольной оси плода не совпадает с продольной осью матки, то такое положение называется поперечным или косым.

Поперечное положение плода – когда продольная ось туловища перпендикулярна продольной оси матки.

Косое положение плода – когда продольная ось туловища образует острый угол с продольной осью матки.

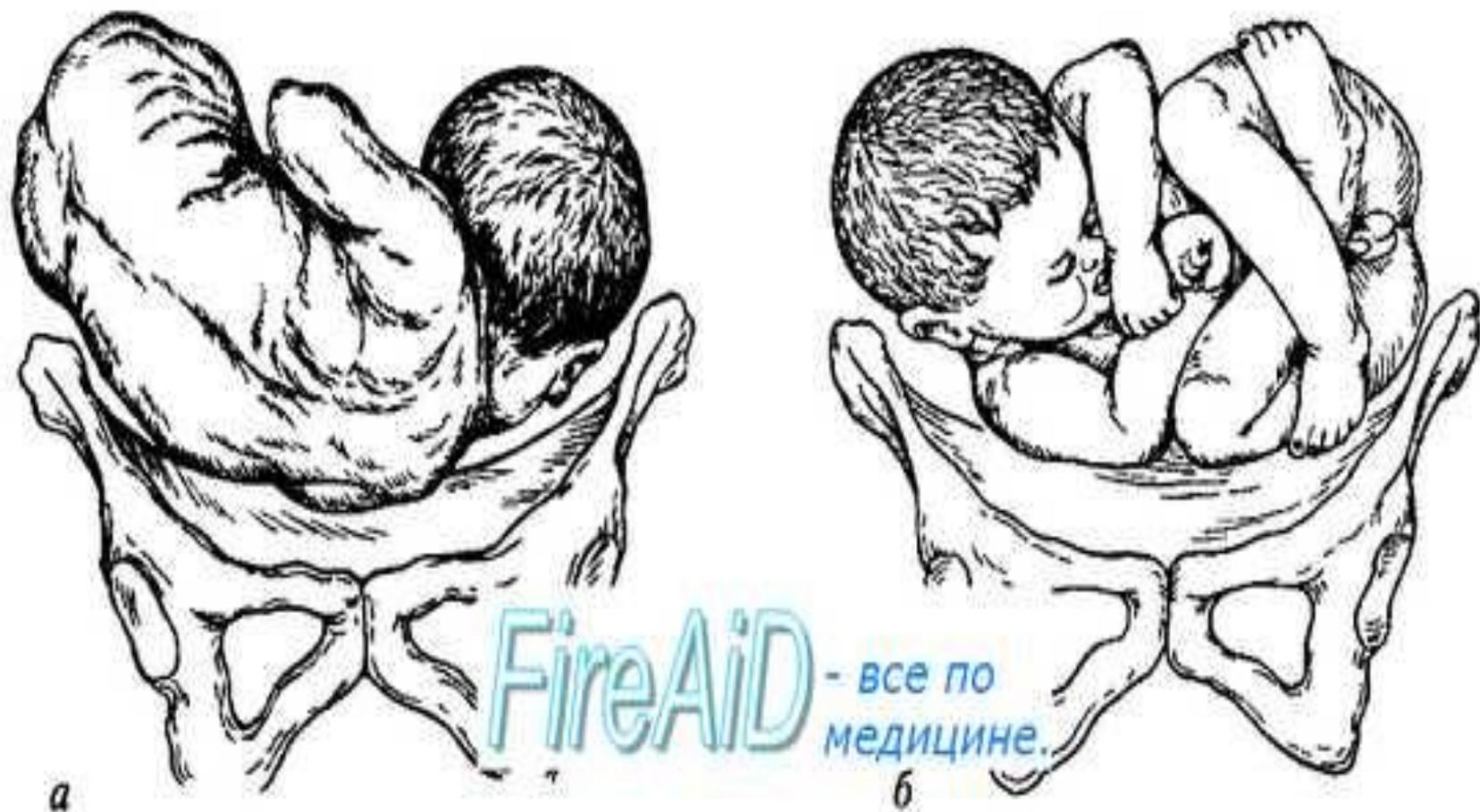


Рис. 20. Поперечное положение плода:

а — первая позиция, передний вид; б — вторая позиция, задний вид

Причины образования поперечного и косого положения

- пониженный тонус матки,
- дряблость мускулатуры передней брюшной стенки,
- повторнородящие (многорожавшие),
- многоводие,
- многоплодие,
- неправильная форма матки (двурогая матка, седловидная),
- опухоли области нижнего сегмента матки (миома матки),
- опухоли придатков матки,
- узкий таз,
- иногда данные положения встречаются при преждевременных родах при мертвом плоде,
- рубец на матке...

Диагностика поперечного и косого положения плода

- В первой половине беременности диагностика практического значения не имеет, т.к. очень часто поперечное положение в дальнейшем совершенно самостоятельно изменяется к концу беременности в продольное.
- Диагностика основывается на:
 - Данных **осмотра беременной** (живот поперечно растянутой формы, матка не удлинённо овальная, а шарообразной формы.)
 - **Дно матки** стоит ниже, чем в тот же срок беременности при продольном положении плода.
 - **Пальпации живота** (наружное исследование живота беременной и роженицы).
 - Предлежащая часть плода не определяется.
 - **Позиция плода** определяется *по положению головки*: слева - 1-я позиция, справа - 2-я позиция.
 - **Вид позиции** определяется *по положению спинки*: спинка спереди - передний вид, спинка кзади – задний вид.
 - Данных **выслушивания сердцебиения плода**:
С/Б обычно выслушивается на уровне пупка, ближе к той стороне, где находится головка.

– Данных влагалищного исследования

- Влагалищное исследование во время беременности не даёт чётких результатов
- В *первом периоде родов*, при целом плодном пузыре и раскрытии зева на 3–4 см возможно получить некоторые данные. Исследования проводят очень осторожно, т.к. вскрытие плодных оболочек и излитие вод при неполном раскрытии маточного зева ухудшает прогноз родов и для матери и для плода.
- *При PV* исследовании констатируют отсутствие предлежащей части, а иногда ощупывают какую либо мелкую часть плода – ручку, плечо, ножку.
- *После излития вод и раскрытия зева на 4 см* прощупывается бок плода (рёбра, межрёберные промежутки), лопатка, подмышечная впадина, плечико плода
- *При выпадении из половой щели ручки плода или петли пуповины* – диагноз поперечного положения не вызывает сомнения.

– Данных УЗИ.

Следите за своим здоровьем и будьте здоровы!



Вопросы?



Спасибо за внимание!