ЛЕКЦИЯ №8

ТЕМА ЛЕКЦИИ: УЗКИЙ ТАЗ.

Анатомический узкий таз - это такой таз все размеры или даже один из размеров таза уменьшен на 1.5 - 2 см.

 Conjugata vera меньше 10 см, . Conjugata vera. Conjugata externa меньше 18 см.

КЛАССИФИКАЦИЯ.

1. Анатомический узкий таз.

2. Клинический ( функциональный) узкий таз - такой таз, который представляет собой препятствие для данных конкретных родов.

Причины: на развитие таза оказывают влияние многие факторы такие как: условия внутрутробного развития, период полового созревания. Скелет человека формируется под действием гормона роста и половых гормонов ( женских и мужских). Андрогены способствуют росту таза в длину, а эстрогены способствуют росту в ширину.

 Причины:

1. гормональная недостаточность.
2. Физическая нагрузка в периоде полового созревания.
3. Любые забоелвания в периоде созренвания которые протекают с нарушением обмена веществ, истощением и т.п, рахит.
4. Заболевания ксотной системы ( остеомаляция и т.п.). остеомиелит, костый туберкулез.
5. Травмы ( поражение тазобедренного сустава - укорочение конечности - кососовмещенный таз).

СОВРОМЕННЫЕ ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ УЗКОГО ТАЗА.

 Стертые формы забоелвания приводят к трудодиагностируемым узким тазам. Тяжелые заболевания встречаются реже. Чаще встречаются травмы которые приводят к деформации, экзостозы как результат вторичного озаживления, развитие ребенка в среде насыщенной стрессовыми ситуациями - организм постоянно находится в состоянии компенсаторной гиперфункции которая возникает чаще у городских детей ( транспорт, семья, учеба, спорт, шейпинг) все это приводит к учащению мускулинизации таза ( поперчно-суженый таз).

 Все больше стало появлятся условия для возникновения клинически узкого таза ( причина этого крупные плода что является следствием акселерации).

 Большие тазы также нарушают биомеханизм родов - быстрые роды - опасность родовой травмы для плода. Чаще встречаются при этом осложнения:

1. разгибательные предлежания
2. задний вид
3. асинклитические вставления

КЛАССИФИКАЦИЯ.

1. Морфорентгенологическая классификация ( по результатам рентгенопельвиометрии).

1. Гинекоидный таз ( нормальный таз женского типа).
2. Андроидный таз.
3. Антропоидный таз (присущ приматам) с преобладанием прямого размреа входа в таз, преобладание прямых над поперечными размерами.
4. Платипилоидный: уменьшение прямых размеров.

2. По форме и степени сужения.

 I Частовстречающиеся

II Редковстречающиеся

Современная классификация частовстречающихся форм:

1. Поперечносуженый таз 45.2%
2. таз с уменьшением прямого размреа широкой части 21.8 , при уплощении крестца.
3. Простой плоский таз 13.6%
4. общеравномерносуженный таз 8.3% .
5. плоскорахитический таз 6.8%.
6. все остальные 4.1%.

 ХАРАКТЕРИСТИКА.

Поперечносуженный таз:

1. Удлиненнный крестцовый ромб - вертикаль больше чем горизонталь.
2. Уменьшение поперечных размеров выхода таза.
3. Крутое стояние крыльев подвздошных костей ( или малая развернутость).
4. Узкая лонная дуга то есть малый лонный угол.
5. При влагалищном исследовании истинная коньюгата нормальных размеров.

Таз с уменьшением прямого размера плоскости широкой части имеет один признак - уменьшение этого размера за счет уплощнеия крестца.

Общеравномерносуженный таз:

1. совершенно правильно сформированный таз у женщины невыского роста правильного телосложения.
2. Равномерно уменьшены все размеры на 1.5 см.

Плоский таз.

Простой плоский таз.

1. Все прямые размеры уменьшены , это связано с тем что крестец равномерно приближен к лонному сочленению.
2. Крылья подвздошных костей широко развернуты.
3. Крестцовый ромб уплощен то есть вертикаль меньше 11 см.

Плоскорахитический таз сформирован в результате рахита, поэтому есть и другие признаки перенесенного рахита - квадратная голова, выражены лобные, теменные, затылочные бугры. Ключицы S-образные, грудная клетка бочкообразная, грудина впалая ( грудь спаожника), в местах прикрепления ребер к грудине выявляются утолщения ( реберные четки). О-образные ноги, Х-образные ноги.

 Формирование таза при заболевания рахитом: ребенок лежит в постели из-за отставания в развитии , из-за нарушения в фосфорно-кальциевом обмене костной системы развивается плсокий позвоночник и плоский крестец. Когда ребенок начинает ходить, сидеть возникает резкий изгиб при этом крестец отходит назад и когда ребенок начинает садится крестец становится крючкообразным - крючком вперед направлен копчик.

 Изменение угла наклонения крестца - крестец резко отклонен кпереди своим основанием ( мыс крестца) за счет чего уменьшается прямой размер плоскости овхода но своей верхушкой крестец отклоняется назад, поэтому вся остальная полость таза остается емкой - прямые размеры в других плоскостях нормальные или даже увеличены. Крестец заканчивается крючкообразным копчиком.

 Крестец может быть описан правильно “четырех У” Колосова:

1. уплощен
2. уокрочен
3. уширен
4. утончен

 Значительная выраженность развернутости подвздошных костей. Distantia spinarum= distantia cristarum в отличие от простого плоского таза.

 Лонный угол большой.

Степени сужения тазов с уменьшением прямых размеров:

 1 степень Conjugata vera меньше 11 см, но больше 9

 2 степень 7.5 - 9 см

3 степень 7.5 - 6.5 см возможная плодоразрушающая операция

4 степень менее 6.5 см абсолютно узкий таз, плодоразрушающая операция невозможна.

ДИАГНОСТИКА.

1. Анамнез: развитие в детстве, в период полового созревания, болезни на протяжении всей жизни.
2. Наружный осмотр, измерение таза, размеров плода.
3. Влагалищное исследование.
4. Рентгенопельвиометрия.
5. УЗИ.

Объективное исследование помогает начать сформулировать диагноз.

Рост: женщины при росте менее 145 см обязательно имеют узкий таз.

Телосложение - изгибы позвоночника, осанка, форма ног, длина конечностей.

Характер оволосения ( часто говорит о гормональном дисбалансе), гипертрихоз (усиленный рост волос), рост волос по мужскому типу.

 Пельвиометрия: при общеравномерносуженном тазе - форма таза нормальная, но уменьшены все размер. При поперечносуженном тазе вытянутый по вертикали ромб Михаэлиса.

 При плоскорахитическом тазе - ромб - верхний треугольник ромба меньше нижнего треугольника.

 Наружный осмотр дают информацию о соотношении плода и таза - изменение формы живота. У первородящих с узким тазом ( при хорошем брюшном прессе) имеется остроконечный живот - то есть острым концом направлен в сторону диафрагмы. У повторнородящих при диастазе брюшной стенки наблюдается отвислый живот.

 Пальпаторное исследование: для узкого таза характерно:

1. неправльное предлежание ( тазовое)
2. разгибательное вставление
3. высокое стояние головки над входом в таз, индекс Соловьева помогает уточнить цифры размеров таза. Так как у тонкокостных и толстокостных при одинаковых размерах, обнаруженных при наружном исследовании , размеры малого таза могут различаться.

Пельвиометрия.

Обязательные методы:

1. distantia spinarum, cristarum, trochanterica
2. Conjugata externa
3. размеры ромбы Михаэлиса
4. измерение лонного сочленения ( в норме равно 4 см).
5. Поперечные размеры выхода таза

Дополнительные размеры:

1. боковые конъюгаты
2. объем таза ( окружность таза)
3. угол наклонения таза

 Определение предполагаемого веса плода , что дает судить о перспективах с точки зрения родового акта.

Внутреннее исследование дает представление о:

1. Емкости таза
2. исключаются различные деформации таза: выступы, опухоли, экзостозы
3. измерение диагональной конъюгаты и вычислить истинную коньюгату.

 Истинную конъюгату можно определить несколькими методами.

1. Conjugata vera = . Conjugata externa - 8-9 см
2. Conjugata vera = . Conjugata diagonalis ( в норме 13 см) - 2 - 1.5 см (Что зависит от индекса Соловьева - у толстокостных отнимать 2 см, у тонкокостных отнимаь 1.5 см), от величины лонного сочленения - если лонное сочленение меньше 4 см отнимают 1.5 см, если больше 4 см то отнимают 2 см.
3. По вертикали ромба Михаэлиса . Conjugata vera = вертикали ромба
4. современые аппаратные методы : рентгенопельвиометрия, УЗИ. Рентгенопельвиометрия требует качественного аппрата с большим экраном. Рентгенопельвиометрия (предложена Ball, США) позволяет измерить 3 прямых и 3 поперечных размера таза плоскости входа, широкой части, узкой части.

ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ практически без особенностей узкий таз как таковой не приводит к изменению течения берменности. В течнеие беременности имеют значение факторы, приведшие к развитию узкого таза:

1. анемия беременности
2. угроза прерывания беременности на разных сроках
3. развитие позднего токсикоза

 Осложнение - преждевременное отхождение вод - возникает в родха , являесь следствием узкого таза. Связано это с отсутствием пояса соприкосновения - головка стоит высоко , она не касается равномерно тазового кольца поэтому воды не разделяются на передние и задние - вся масса в начаел родов под нарастающим маточным давлением изливается.

ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ.

 Своевременно профилактировать анеми, гестоз. Обязательна госпитализация в дородовое отделение за 2 недели до родов. Так как на этом этапе беременности нужно поставить вопрос о перспективах для этой женщины с точки зрения ведения родов через естественные родовые пути или плановое кесарево сечение.

 Кесарево сечение плановое проводится при 3-4 степени сужения таза по абсолютным показаниям.

Вопрос решается о кесаревом сечении с учетом факторов:

1. готовы ли родовые пути, зрелая ли шейка
2. есть ли тенденция и перенашиванию
3. первородящая 40 лет или 20 лет
4. анамнез - было ли кесарево сечение или нет.

 Как правило показания к кесареву сечению при узком тазе сочетанные.

ОСОБЕННОСТИ ПЕРИОДОВ.

ПЕРВЫЙ ПЕРИОД.

1. Преждевременное излитие вод, или ранее
2. может быть гипоксия плода при выпадении пуповины и так как роды как правило затзяные.
3. Вторичная слабость родовой деятельности
4. удлиненине безводного периода - опасноть хорионамнионита ( эндометрит в родах)
5. длительное стояние головки плода в одной плоскости - нарушение мозгового кровообращение ведет к родовой травме плода: дистрфоические изменения в тканях которые соприкасаются с головкой - некрозы , свищи ( урогенитальные , ректогенитальные).

ВТОРОЙ ПЕРИОД.

Клинический узкий таз - невозможность данных родов при данном тазе (например если бы был меньше плод то женщина бы родила и т.п.).

клинический узкий таз имеет свое течение и клиническую картину.

Причины клинически узкого таза:

1. большинство причин (60%) - это сочетание небольших степеней сужения и крупного плода.
2. Патологические вставления и предлежание головки: - разгибательные и асинклитические, при небольших сужения и при нормальном тазе - 34%.
3. Курпные размеры головки и нормальный таз - 10%
4. органические изменения таза 6%.

Не всегда анатомически узкий таз является причиной клинически узкого таза!

Клиническая картина. Существует классификация степеней клинически узкого таза.

Признаки:

1. отсутствие продвижения головки при полном открытии шейки матки и хорошей родовой деятельности и отошедших водах то есть есть все уловия для рождения плода но продвижения головки нет.
2. Вторичная слабость родовой деятельности. Матка истощила свои ресурсы поэтому родостимулирующая терапия в таких условиях является грубой ошибкой.
3. Потуги при прихатой во вход головке плода. Потуг в норме возникают когда головка спускается на тазовое дно ( и являются рефлекторным ответом на раздражение мышц тазового дна головкой плода). В данном случае потуги возникают в связи с отеком мягких тканей, в связи с длительным стоянием головки в одной плоскости (входа). Отек распространяется на все ткани и возникают рефлекторно потуги. Отек выражается в отеке шейки матки - при влагалищном исследовании как бы уменьшение раскрытия , также отмечается отек наружных гениталий.
4. Симптом Вастена и Цантгемейстера. Симптом Вастена определяется пальпаторно , симптом Цантгемейстера с помощью тазомера. Обаз направлены на определения соотношения головки и входа в малый таз. Если в норме головка вставляется в малый таз и ниже лонного сочленения ( отрицательный признак Вастена), то при клинически узком тазе головка нависает над лонным сочленением. Признак Вастена вровень - уровень головки и лона на одном уровне. Симптом Цантгемейстера - определение наржуной конъюгаты затем одна пуговка тазомера переставляется на головку, если голвка нависает то второе измерение больше чем наружная коньюгата. Если голвка в полости малого таза, то второе измерение меньше первого. При симптоме вровень - первый и второй замер равны.
5. Особенности вставления головки: конфигурация, нахождение костей друг на друга, смещение стреловидного шва в сторону - асинклитическое вставление.
6. Угрожающий разрыв матки - является следствие клинически узкого таза и является самостоятельной формой. Это чрезвычайно поздний признак даже почти осложнение.

 Мочеиспускание затруднено, поэтому надо обязательно выпустить мочу катетером. Надо ставить диагноз по особенностям вставления головки.

Клинические особенности течения:

1. родовой травматизм матери и плода
2. чремерное растяжение промежности, медленное продвижение головки
3. слабость родовой деятельности.

В третьем периоде есть угроза возникновения гипотонического кровотечения.