Текст лекции по теме занятия №15: Особенности ведения беременности и родов при аномалиях костного таза.

Изучаемые вопросы:

Введение

Анатомически узкий таз

Классификация узких тазов по форме и степени сужения

Особенности биомеханизма родов анатомически узком тазе

Профилактика осложнений

Проведение контроля за состоянием роженицы во время родов

Клинически узкий таз

Показания к оперативному родоразрешению при клинически или анатомически узком тазе

Введение

До настоящего времени ведение родов при анатомических изменениях таза относят к наиболее сложным разделам акушерства. Узкий таз – одна из причин перинатальной заболеваемости и смертности, материнского травматизма. Число женщине резко выраженным сужением таза уменьшается, однако средняя масса новорожденных и qастота рождения крупных плодов увеличиваются.

Анатомически узкий таз

Таз считают анатомически узким, когда один из его наружных размеров отличается от нормальных на 2 см и более, а внутренние размеры малого таза меньше нормы на 0,5 см. Критерием сужения таза при наружном тазоизмерении принято считать 2 см, потому что при наружном тазоизмерении ошибка в этих пределах может быть результатом технической погрешности. Величиной, определяющей уменьшение размеров малого таза при измерении диагональной конъюгаты, а также при использовании дополнительных методов диагностики аномалий таза (ультразвуковая и рентгенопельвиометрия), принято считать 0,5 см.

Классификация узких тазов по форме и степени сужения

 Причины формирования анатомически узкого таза множественны. Формирование костного таза начинается в период внутриутробного развития, продолжается в детстве, но особое значение имеет препубертатный и пубертатный (время полового созревания) периоды жизни девочки.

Во время внутриутробной жизни неправильное формирование таза может быть следствием нарушения обмена веществ, особенно минерального, между матерью и плодом. Большую роль играет диета беременной, дефицит нутриентов, витаминов и др. В период новорожденности и детства причиной патологического формирования таза могут быть неполноценное искусственное вскармливание, плохие жилищные условия, нерациональное питание, рахит, ранний тяжелый детский труд, перенесенные инфекционные заболевания (костный туберкулез, остеомиелит, полиомиелит), травмы таза.

Во время полового созревания формирование костного таза происходит под влиянием гормонов яичников и надпочечников. Эстрогены индуцируют рост поперечных размеров таза, андрогены - рост таза и скелета в длину. Перенесенные заболевания, длительные психоэмоциональные нагрузки (стресс), занятия профессиональным спортом в пубертатном возрасте нарушают функцию эндокринных органов и правильное формирование женского таза. Считают, что на формирование, например, поперечносуженного таза может повлиять ношение узких брюк из плотной ткани в период полового созревания. У акушеров был в ходу термин «джинсовый таз».

*Классификация*

В основу классификации аномалий анатомически узкого таза положены два признака - форма сужения таза и его степень. По форме сужения таза различают:

• часто встречаемые формы;

• редкие формы.

К редко встречаемым формам узкого таза относят:

• кососмещенный;

• воронкообразный;

• остеомалятический таз;

• кифотический;

• спондилолистетический.

К часто встречаемым формам узкого таза относят следующие разновидности (расположены в порядке убывания частоты встречаемости).

• Поперечносуженный таз.

• Таз с уменьшением прямых размеров

- простой плоский таз (уменьшены все прямые размеры);

- плоскорахитический таз;

- таз с уменьшением прямого размера широкой части полости;

- общеравномерносуженный таз и др.

По степени сужения все тазы классифицируют в зависимости от укорочения истинной конъюгаты, исключение составляет поперечносуженный таз.

Классификация анатомически узкого таза по выраженности сужения предусматривает три степени (А.Я. Крассовский):

• I степень (истинная конъюгата от 11 до 9 см);

• II степень (истинная конъюгата менее 9 см и до 7 см);

• III степень (истинная конъюгата менее 7 см).

Уменьшение истинной конъюгаты до 7 см и менее свидетельствует об абсолютном сужении таза. В этом случае роды через естественные родовые пути невозможны даже при уменьшенных (с помощью плодоразрушающей операции) размерах плода, что делает нецелесообразным выделение IV степени сужения.

Особенности биомеханизма родов анатомически узком тазе

При плоскорахитическом тазе в первый момент механизма родов происходит легкое разгибание головки плода, которая долго стоит стреловидным швом в поперечном размере входа в таз как наиболее удобном и «выгодном» для нее: он здесь самый большой по длине - 13 см (первая особенность). При этом головка проходит суженный прямой размер входа в таз своим наименьшим размером - малым поперечным, равным 8 см. В связи с разогнутым положением головки большой родничок опускается и приближается к проводной оси таза; малый родничок стоит выше большого, и его определяют с трудом.

Во втором моменте механизма родов при плоскорахитическом тазе головка плода соскальзывает с мыса, стреловидный шов принимает срединное положение, происходит сгибание головки, затылок поворачивается к симфизу (внутренний поворот); изгнание плода (третий и четвертый моменты механизма родов) совершается по типу переднего вида затылочного предлежания (с малым родничком в качестве ведущей точки). Изгнание плода происходит очень быстро вследствие увеличенных размеров выхода таза.

В некоторых случаях разгибание головки сохраняется, и головка рождается в переднеголовном предлежании. При неправильной ротации - повороте затылка кзади и сгибании головки - роды протекают по типу заднего вида затылочного предлежания.

При выраженном заднем асинклитизме самопроизвольные роды невозможны, так как передняя теменная кость как бы «садится» на лонное сочленение и не может преодолеть это препятствие.

При общеравномерносуженном тазе в первом моменте механизма родов происходит максимальное сгибание головки (асинклитизм Редерера) во входе в таз, вследствие чего малый родничок стоит строго по проводной линии таза (рис. 3.11.6). Одновременно происходит резкая конфигурация головки, кости черепа плода заходят друг за друга, а швы и роднички определяются с трудом. В это время отмечается длительное стояние головки во входе в таз малым сегментом. В результате образуется значительная родовая опухоль на головке плода в области малого родничка. С началом поступательного движения головки по родовому каналу начинается второй момент родов. Как и при физиологических родах, во втором моменте механизма родов у рожениц с общеравномерносуженным тазом происходят поступательное движение головки плода по родовому каналу и одновременно ее правильная ротация (затылком к лону). Однако при общерав-номерносуженном тазе эти процессы протекают значительно медленнее, характерно особенно долгое стояние головки плода в плоскости узкой части полости малого таза. Второй момент механизма родов при общеравномерносуженном тазе, как и при физиологических родах, заканчивается на дне таза, когда головка плода устанавливается стреловидным швом в прямом размере выхода малого таза.

Как и при физиологических родах, в третьем моменте механизма родов происходит разгибание головки. Однако при физиологических родах точка фиксации на головке плода (подзатылочная ямка) всегда соприкасается с нижним краем лонного сочленения, а все пространство лонного угла полностью занято головкой, поэтому при разгибании головки плода и ее рождении половая щель и промежность растягиваются в умеренной степени. При узком тазе в связи с более острым лонным углом соприкосновения головки плода с нижним краем лонного сочленения не происходит.

Головка плода не может полностью выполнить все пространство лонного угла, поэтому максимально растягивает промежность, что, в свою очередь, очень часто приводит к травме мышц промежности. Этот момент механизма родов соответствует рождению головки плода.

Четвертый момент механизм родов при общеравномерносуженном тазе заметных особенностей по сравнению с физиологическими родами не имеет.

Родившаяся головка имеет резко выраженную долихоцефалическую форму вследствие конфигурации, родовой опухоли и клиновидного вставления ее в малый таз.

Профилактика осложнений

Проведение контроля за состоянием роженицы во время родов

Своевременное распознавание анатомически узкого таза позволяет выбрать оптимальную тактику родоразрешения и предотвратить осложнения родов. Диагностируют аномалии костного таза на основании данных анамнеза, антропометрии, наружного тазоизмерения, данных влагалищного исследования и дополнительных методов (рентгенологического и ультразвукового).

В диагностике анатомически узкого таза имеют значение следующие данные:

• анамнез общий, из которого необходимо выяснить, не перенесла ли беременная в детстве рахит и другие заболевания или травмы, влияющие на формирование и строение скелета;

• анамнез специальный (начало и характер менструальной функции, течение предшествующих беременностей и родов, масса ранее родившихся детей и другие данные, позволяющие оценить функцию половых органов женщины до беременностей и при предыдущих родах);

• объективные общие данные (рост и масса тела беременной, пропорциональность тела, подвижность суставов, строение позвоночника и прочие данные, позволяющие оценить состояние скелета);

• объективные специальные данные - форма живота при поздних сроках беременности (остроконечная у первородящих и «отвислая» у повторнородящих); угол наклонения таза (в норме он составляет 45-55°, при узком тазе он нередко больше, при этом крестец, ягодицы и наружные половые органы отклонены кзади, в поясничном отделе позвоночника существует выраженный лордоз).

Большое значение при получении объективных специальных данных в диагностике узкого таза имеет форма ромба Михаэлиса, который при общеравно-мерносуженном и поперечносуженном тазе вытянут в вертикальном направлении, а при разновидностях плоского таза – уплощен. Традиционный метод исследования таза - наружное измерение с помощью тазомера, т.е. пельвиометрия. Более достоверные данные, по которым можно составить представление о размерах и емкости таза, получают при влагалищном исследовании, когда определяют величину диагональной конъюгаты, а вычитая из нее индекс Соловьева, и величину истинной конъюгаты. Кроме того, для определения внутренних размеров малого таза применяют рентгенологическое (рентгенопельвиометрия) и ультразвуковое исследования.

Форма узкого таза определяет особенности механизма родов, как и особенности вставления головки (асинклитическое вставление головки, высокое прямое стояние и низкое поперечное стояние стреловидного шва).

*Роды при поперечносуженном тазе*

Поперечносуженным называют таз, у которого сужен поперечный размер плоскости входа

• Крылья подвздошных костей плоские, развиты слабо; их гребни развернуты, вследствие этого размеры distantia spinarum и distantia cristarum равны между собой.

• Кости в плоскорахитическом тазе с резкими выпуклостями и шероховатостями; на местах прикрепления мышц принимают вид экзостозов.

Примерные наружные и внутренние размеры плоскорахитического таза при I степени сужения могут быть следующими:

• 26 см- 26 см- 31 см-18 см; conjugata vera - 8 см.

Роды при плоскорахитическом тазе затяжные, п вследствие длительного течения первого момента механизма родов. Головка долго остается подвижной над входом в таз, конфигурирует, приспосабливается к прохождению через суженную в переднезаднем направлении плоскость входа в таз. В связи с этим роженице с плоскорахитическим тазом рекомендуют положение на боку, противоположном позиции плода, что способствует быстрейшему вставлению головки в таз.

Роды осложняются ранним излитием околоплодных вод, выпадением петли пуповины и мелких частей плода, слабостью родовой деятельности. При наличии хорошей родовой деятельности, как только головка преодолеет препятствие со стороны мыса, роды далее могут стать стремительными, в результате увеличенных размеров полости и выхода таза. Это, в свою очередь, может привести к разрыву мягких тканей родового канала и родовой травме плода.

*Роды при простом плоском тазе*

Простым плоским тазом (тазом Девентера) называют таз, у которого сужены все прямые размеры (плоскости входа, полости и выхода таза), крестец целиком приближен к симфизу.

Роды при простом плоском тазе длительные, так как головка плода, проходя через костное кольцо родового канала, встречает препятствие во всех плоскостях таза. Роды осложняются ранним излитием околоплодных вод, что предрасполагает к развитию послеродовых воспалительных заболеваний. При прохождении головки через суженное тазовое кольцо сдавливаются мягкие ткани, нарушается их кровообращение, образуется отек, а иногда некроз тканей с образованием впоследствии свищей. Иногда встречается повреждение лонного или крестцово-под-вздошного сочленения. Нередкими осложнениями бывают разрывы промежности, стенок влагалища и шейки матки. Наиболее опасное осложнение - разрыв матки.

Прогноз для плода неблагоприятный. Продолжительное стояние головки во всех плоскостях таза, усиленная конфигурация ее могут привести к разрыву венозных сосудов и внутричерепным кровоизлияниям.

*Роды при общеравномерносуженном тазе*

Общеравномерносуженным называют таз, который имеет форму нормального женского таза, но все наружные размеры его уменьшены пропорционально на 2 см и более.

Для общеравномерносуженного таза I степени характерны следующие наружные и внутренние размеры: 24 см - 26 см - 28 см - 18 см; conjugata vera - 9 см.

При общеравномерносуженном тазе форма его не меняется. Уменьшается его емкость, а отсюда меняются механизм и клиническая картина родов, которые целесообразно рассматривать по отдельным моментам.

*Особенности течения и тактика ведения родов при различных видах анатомически узкого таза.*

Роды у женщин с узким тазом часто сопровождаются различными осложнениями, при которых требуется оперативное родоразрешение.

Клиническое течение первого периода родов имеет следующие особенности.

• Головка плода длительное время остается подвижной над входом в таз и более длительно приспосабливается ко входу в таз, прежде чем вставиться. Это приводит к отсутствию пояса соприкосновения головки с тазом, вследствие чего существует сообщение между передними и задними водами, которые оказывают большее, чем в норме, давление на нижний полюс плодного пузыря. Следствием этого становится раннее излитие вод, что иногда приводит к выпадению петли пуповины или мелких частей плода. Если головка после разрыва плодного пузыря не опускается в таз, растянутые пузырем края маточного зева ущемляются между головкой и тазом и свисают во влагалище в виде отечных лоскутов. В связи с отсутствием плодного пузыря нет условий, способствующих развитию родовой деятельности, сглаживанию и раскрытию маточного зева, в результате чего может развиться первичная или вторичная слабость родовых сил.

• Замедленное раскрытие зева после излития вод служит причиной длительного безводного промежутка, при этом существует сообщение между влагалищем и полостью матки, куда проникают микроорганизмы, что может привести к развитию хориоамнионита в родах.

• Головка плода начинает выполнять роль плодного пузыря - на ней образуется большая родовая опухоль. Наблюдается выраженная конфигурация головки, когда одна теменная кость заходит на другую, а обе заходят на лобную и затылочную кости.

Рациональное ведение родов при узком тазе до сих пор относят к наиболее трудным разделам акушерства. Тактика ведения родов при узком тазе зависит от степени сужения, формы таза, предполагаемой массы плода, сопутствующих акушерских осложнений и экстрагенитальных заболеваний. Принцип ведения родов при узком тазе - активно-выжидательный.

При любой форме узкого таза течение родов имеет свои особенности, однако есть общие правила при ведении первого периода. Акушерка должна особенно внимательно следить за состоянием матери и плода, рекомендовать роженице соблюдать постельный режим во избежание раннего излития околоплодных вод. Для лучшего вставления головки во вход в таз роженицу следует укладывать на бок, соответствующий позиции плода. Большое внимание должно быть уделено тщательному обезболиванию родов и оценке состояния плода (кардиотокография). Ведение партограммы обязательно. В конце первого периода и на протяжении всего второго периода родов осуществляют функциональную оценку таза, т.е. определяют симптомы соответствия размеров головки плода размерам таза матери. При длительном стоянии головки в одной плоскости таза (1 ч и более) следует тщательно оценить характер родовой деятельности и признаки клинически узкого таза. При отсутствии функциональной неполноценности таза в случае ослабления родовой деятельности допустима недлительная родостимуляция окситоцином (внутривенное введение со скоростью не более 12-15 капель в минуту).

При ведении родов у женщин с узким тазом внимательно оценивают родовую деятельность клинически и по данным монитора. Следят за формой матки (при перерастяжении нижнего сегмента матка приобретает форму «песочных часов»), за мочеиспусканием (при затрудненном мочеиспускании или гематурии необходимо немедленно поставить в известность врача).

При появлении симптомов несоответствия размеров головки плода и таза матери или признаков гипоксии плода роды заканчивают операцией кесарева сечения. Из-за высокой травматичности вакуум-экстракцию и акушерские щипцы при узком тазе не применяют.

В отличие от нормальных родов, клиническое течение второго периода родов при сужении таза имеет следующие особенности:

• движение головки через все отделы таза значительно замедлено, в связи с чем нередко наблюдается гипоксия плода;

• затяжное течение родов в первом периоде приводит к истощению нервной системы роженицы и ее физическому утомлению, и на этом фоне в периоде изгнания может развиться вторичная слабость родовой деятельности;

• при длительном стоянии головки в одной из плоскостей таза в результате его сужения возникает опасность ущемления шейки матки и сдавления соседних органов, что может в дальнейшем привести к образованию мочеполовых, шеечно-влагалищных и кишечно-половых свищей;

при сильной родовой деятельности возможны расхождение костей лонного сочленения, разрыв шейки матки и промежности;

• в некоторых случаях роды осложняются бурной родовой деятельностью и даже тетанией матки, в результате чрезмерно сильной родовой деятельности возможны разрыв матки, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, интранатальная гибель плода;

• при затяжном течении родов и длительном безводном промежутке возможно развитие восходящей инфекции (хориоамнионит в родах, эндометрит в послеродовом периоде).

*Выбор метода родоразрешения*

Исход родов зависит от размеров таза и плода. Для определения предполагаемой массы плода используют измерение высоты стояния дна матки и окружности живота, данные ультразвуковой биометрии плода. Помимо размеров плода, на исход родов влияют форма узкого таза и особенно степень его сужения.

При I степени сужения таза при небольших или средних размерах плода и затылочном предлежании роды, как правило, совершаются силами природы. При III степени сужения роды через естественные родовые пути живым плодом невозможны, их заканчивают операцией кесарева сечения. При II степени сужения таза в интересах плода вопрос обычно решают также в пользу кесарева сечения.

При сочетании I степени сужения таза с крупными размерами плода (3600 г и более), тазовым предлежанием плода и другими осложнениями беременности производят кесарево сечение в плановом порядке (до начала родовой деятельности) при сроке 39-40 нед.

В последовом и раннем послеродовом периодах нередко возникает гипотоническое кровотечение вследствие перенапряжения и вторичного ослабления сократительной способности и потери тонуса матки.

В позднем послеродовом периоде могут возникать инфекционные заболевания, мочеполовые и кишечно-половые свищи, повреждения сочленений таза.

*Профилактика*

В женской консультации должны своевременно распознать узкий таз, определить степень его сужения и не позднее чем за 10 дней до предполагаемого срока родов госпитализировать беременную в родильный дом для более детального обследования и выработки плана ведения предстоящих родов.

Профилактика узкого таза начинается с грудного возраста девочки, направлена на предупреждение инфекционных заболеваний, рахита. Физкультура, полноценное питание, соблюдение правил гигиены, охрана труда девушки-подростка ведут к уменьшению числа женщин с различными аномалиями таза.

Клинически узкий таз

Показания к оперативному родоразрешению при клинически или анатомически узком тазе

Клинически, или функционально, узким называют таз, размеры которого не обеспечивают прохождение через них данного плода.

Возможные причины образования клинически узкого таза:

• анатомическое сужение таза;

• большие размеры головки плода (гидроцефалия, крупный плод);

• разгибательные предлежания головки;

• сочетание перечисленных причин.

При нормальных размерах таза крупным называют плод, если его масса равна или превышает 4000 г. Плод массой 5000 г и более называют гигантским. При тазовых предлежаниях общепринято считать плод крупным, если его масса составляет 3600 г и более. Такие же критерии крупного плода (3600 г и более) приняты и при головном предлежании плода у беременных с анатомически узким тазом.

Наличие положительных симптомов Вастена и Цангемейстера служит абсолютным признаком функционально узкого таза. Если признаки Вастена и Цангемейстера отрицательные, роды протекают нормально через естественные родовые пути; вровень - прогноз родов через естественные родовые пути сомнителен. Когда признаки Вастена и Цангемейстера положительные, роды через естественные родовые пути живым плодом невозможны, поэтому их следует закончить кесаревым сечением. О наличии клинически узкого таза свидетельствуют также другие данные объективного исследования и клинические симптомы:

• высокое расположение контракционного кольца (граница, отделяющая нижний сегмент матки от ее тела), что связано с перерастяжением нижнего сегмента матки и угрозой ее разрыва;

• болезненность нижнего сегмента при пальпации;

• симптом прижатия мочевого пузыря (роженица не может самостоятельно мочиться, в моче есть примесь крови);

• отечность наружных половых органов;

• данные влагалищного исследования - полное или почти полное открытие маточного зева, отечность его краев, отсутствие плодного пузыря, большая родовая опухоль на головке плода, прижатой ко входу в таз.

При клинически узком тазе роды необходимо срочно закончить операцией кесарева сечения во избежание такого тяжелого осложнения, как разрыв матки. Ведение родов при узком тазе требует от акушерки высокой квалификации. Необходимо вовремя выявить осложнения родов и своевременно принять меры к их устранению.