

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
**«БЕЛГОРОДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**
(НИУ «БелГУ»)

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ

ЦМК клинических дисциплин

АНАЛИЗ ИСХОДОВ РОДОВ ПРИ УЗКОМ ТАЗЕ

Дипломная работа

**студентки очной формы обучения
специальности 31.02.02 Акушерское дело
3 курса группы 03051624
Жуковой Кристины Сергеевны**

Научный руководитель
Преподаватель
Медицинского колледжа
Медицинского института
НИУ «БелГУ»
Павленко А.А.

Рецензент
Старшая акушерка, отделение
акушерской патологии
беременности № 2 Перинатального
центра ОГБУЗ «Белгородская
областная клиническая больница
Святителя Иоасафа»
Немцева О.Н.

БЕЛГОРОД 2019

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	3
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ АНАТОМИЧЕСКИ И КЛИНИЧЕСКИ УЗКОГО ТАЗА	8
1.1.Понятие анатомически и клинически узкого таза	8
1.2.Этиология и патогенез узкого таза.....	10
1.3.Классификация часто встречаемых форм узкого таза.	11
1.4. Диагностика узкого таза.....	14
1.5. Ведение беременности и родов у женщин с узким тазом.....	16
ГЛАВА 2. ПРАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ В ТЕЧЕНИИ И ВЕДЕНИИ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ ПРИ АНАТОМИЧЕСКИ УЗКОМ ТАЗЕ НА БАЗЕ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ЦЕНТРА ИМ. СВЯТИТЕЛЯ ИОАСАФА Г. БЕЛГОРОДА	22
2.1. Материалы и методы исследования	22
2.2. Результаты исследования и вывод	23
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	33
СПИСОК ИСТОЧНИКОВ И ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ	35
ПРИЛОЖЕНИЕ	37

ВВЕДЕНИЕ

АКТУАЛЬНОСТЬ ТЕМЫ. Актуальность анатомически узкого таза состоит в том, что вследствие акселерации появляются новые формы анатомически суженного таза. К ним относят следующие виды таза: суженный, ассимиляционный, а также таз с уменьшением прямого размера плоскости входа в малый таз [0].

Узкий таз в свою очередь, может нарушать физиологическое течение родов. Его неправильная форма, уменьшенные размеры таза, могут создать непреодолимое препятствие продвижению головки плода по родовому каналу. В тоже время актуальность данного вопроса обусловлена высокой частотой детской инвалидности, повреждения нервной системы, являющиеся причиной серьезных осложнений в последующие месяцы и годы после рождения ребенка.

На сегодняшний день в акушерстве остро стоит проблема узкого таза, не смотря на то, что данная проблема подвергалась эволюции не одно тысячелетие. Не последнее значение в решении данного вопроса отводят для профилактики возникновения анатомически узкого таза. Благодаря этому, значительно сократилось количество тазов с грубой деформацией, а также тазы, которые по своей структуре имеют резкое сужение. К данной категории тазов относят: плоскорахитические, кифотические. Следствие профилактики возникновения узкого таза, также снизилась частота и степень общеравномерносуженного таза. Так как сейчас в акушерстве есть множество способов выявления узкого таза, которые основываются на ультразвуковых и рентгеновских методах, было обнаружено, что на данный момент величина истинной конъюгаты составляет $12\pm 0,8$ см. На основании данных обследований делают заключение, что истинная конъюгата, имеющая размер 13 см встречается у каждой десятой. Тогда как частота обнаружения истинной конъюгаты имеющая размер 11 см составляет – 6,1% [2].

Приведенные формы представляют собой виды таза, в котором не имеется грубых изменений. В связи с этим, огромное значение придают дополнительным методам исследования, к ним относят: ультразвуковое, рентгенопельвиметрическое исследование и др.

Преобладание «стертых» форм таза, а также изменение структуры анатомически узкого таза, все также поддерживает частоту данной патологии на высоком уровне [4].

Анатомические особенности женского таза стали изучаться с начала 17 века. В ходе этого, обнаружилось, что патология в костной системе таза, может являться запуском других патологий, встречающиеся в акушерстве и чаще всего при узком тазе, к ним относят: выпадение петель пуповины, аномалии родовой деятельности, чаще всего проявляется в слабости родовой деятельности, дистоция шейки матки, а также преждевременное излитие околоплодных вод [0].

Основоположником русского акушерства в России является Н.М. Амбодик – Максимович. Он создал труд «Искусство повивания или наука о бабичьем деле», в котором описал основные формы частот встречающегося анатомически узкого таза. В своем труде он говорил о том, что роды являются сверхъестественно трудным процессом при узком тазе [0].

В XIX веке Михаэлис внес значительные изменения в учение об анатомически узком тазе. Его вклад был, не оценим и основан на том, что он предлагал относить к узкому тазу не только какое – либо серьезное препятствие, возникающее в родах, но и небольшие сужения таза, которые характерны для данного вида патологии. Михаэлис стал первым, кто установил частоту встречаемости анатомически узкого таза, и составляла 7,2% на 1000 родов [4].

Впервые был применен один из методов при измерении таза – это наружная пельвиометрия, данное исследование широко используется в современном акушерстве.

Неоценимый вклад был сделан выдающимся акушером А.Я. Крассовским. В его монографии «Оперативное акушерство со включениями учения о неправильностях женского таза», также есть данные об узком тазе, классификация, которая актуальна в акушерстве на сегодняшний день. Его труд заключался в выведении классификации, а также было разработано учение о механизме родов и узком тазе. Он считал, что исход родов в большей степени зависит от способности головки плода к конфигурации по родовому каналу, нежели от степени сужения таза. Данное учение следует рассматривать как первые шаги к функциональной оценке таза в родах [5].

Основополагающей работой по проблеме узкого таза является известная монография Р.И. Калгановой «Узкий таз в современном акушерстве», написанная еще в прошлом тысячелетии. Основной задачей данного труда является то, что оценку таза следует проводить в первом периоде родов [4].

Костный таз представляет собой прочноеместилище для внутренних половых органов, прямой кишки, мочевого пузыря и прилежащих тканей.

-большой таз

-малый таз

Границами между ними являются:

-спереди – верхний край симфиза и лонных костей

-с боков – безымянные линии

-сзади – крестцовый мыс

Плоскость, лежащая между большим и малым тазом, является плоскостью входа в малый таз. Границами большого таза является:

-с боков – крылья подвздошных костей

-сзади – последние поясничные позвонки

-спереди – нижний отдел брюшной стенки

При исследовании большого таза, косвенно судят о размерах малого таза, который менее доступен для исследования. Однако большое значение

имеют размеры малого таза, по которому непосредственно продвигается рождающийся плод.

Малый таз представляет собой костную часть родового канала, границами его являются:

- задняя стенка состоит из крестца и копчика;
- боковые стенки образованы седалищными костями;
- передняя стенка образована лонными костями и симфизом.

Верхний отдел таза представляет собой сплошное костное кольцо, в нижнем же отделе имеются запирающие отверстия и запирающие вырезки, ограниченные двумя парами связок [0] .

ЗАДАЧИ ИССЛЕДОВАНИЯ:

1. Изучение теоретических аспектов анатомически и клинически узкого таза.
2. При анализе документации выявить частоту встречаемости патологии.
3. Проанализировать исход родов при узком тазе.
4. Выявить причины возникновения узкого таза.
5. Провести сравнительную характеристику течения беременности, родов и исхода для матери и новорожденного при различных формах таза.

ОБЪЕКТ ИССЛЕДОВАНИЯ: истории родов, медицинская документация.

ПРЕДМЕТ ИССЛЕДОВАНИЯ. Являются родильницы с узким тазом.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Изучение, анализ, исход и рациональная тактика ведения родов у беременных женщин с анатомически узким тазом для снижения перинатальных потерь и травматических повреждений матери, новорожденного, а также для повышения профессиональной компетенции акушерки.

МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ, ИСПОЛЬЗОВАННЫЕ ДЛЯ РЕШЕНИЯ ПОСТАВЛЕННЫХ ЗАДАЧ.

1. Теоретический анализ медицинской литературы по данной теме.
2. Сравнительный метод. Анализ полученных данных.
3. Статистическая обработка информации.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ АНАТОМИЧЕСКИ И КЛИНИЧЕСКИ УЗКОГО ТАЗА

1.1. Понятие анатомически и клинически узкого таза

Актуальным вопросом в разделе современного акушерства по-прежнему остается вопрос об анатомическом изменении таза, что в свою очередь относят к наиболее сложным разделам акушерства.

Неправильное положение плода, его лицевое предлежание у рожениц с анатомически узким тазом встречаются в 3 раза чаще, а выпадение петель пуповины - в 4-6 раз чаще встречается, чем у рожениц с нормальными размерами таза [0].

Отмечено, что ежегодно, число рожениц с резко выраженными сужениями размеров таза снижается, однако наравне с этим параллельно увеличивается масса тела новорожденного. В связи с этим выделяют следующие виды таза:

- анатомически узкий таз;
- функционально (клинически) узкий таз.

Анатомически узкий таз - таз, в котором один или все его наружные размеры отличаются от нормы хотя бы на 2 см и более, а внутренние размеры малого таза меньше нормы на 0,5 см.

Анатомически узкий встречается у 1-7% беременных, что в среднем составляет 3% из всех исходов родов, его частота имеет тенденцию к снижению. Подобные колебания частоты возникновения узкого таза возможны в связи с тем, что нет определенной классификации, а также различной диагностикой, данной категории женщин [0].

Клинически узкий таз - называют таз, анатомические размеры которого не обеспечивают прохождения через него плода по родовому каналу, в этом

случае считают все варианты несоответствия между головкой и тазом роженицы. Данный вид узкого таза диагностируется с частотой 1,3-1,7% [0].

Термин «клинически» узкий таз был введен Б.А. Архангельским, который включил в это понятие все несоответствия между головкой и тазом при этом независимо от способа родоразрешения. Он считал, что очень важно понимать и различать понятия о том, что неправильное представление определения «клинически» узкий таз приводит к тому, что при всех случаях возникновения несоответствия головки плода с тазом матери при нормальных размерах таза, в большинстве родильных учреждений не учитывается как клинически узкий таз. Исходя из данного положения, в группу риска необходимо включать не только случаи несоответствия, которые завершаются экстренным родоразрешением, но и самопроизвольные роды.

Кроме того, анатомически узкий таз не всегда может быть следствием возникновения в родах клинически узкого таза. Непосредственно в родах может встречаться клинически узкий таз. На практике это можно охарактеризовать как то, что роды при данном виде таза весьма травматичны как со стороны матери, так и со стороны плода. Из-за отсутствия пояса соприкосновения, который не формируется вследствие несоответствия между тазом матери и головкой плода, может привести к несвоевременному отхождению околоплодных вод, а данное осложнение встречается в 64,4 %, ссылаясь на данные Р.И. Калгановой.

Причины возникновения клинически узкого таза:

1. анатомическое сужение таза;
2. большие размеры головки плода;
3. разгибательные предлежания головки;
4. сочетание выше перечисленных причин [0].

1.2. Этиология и патогенез узкого таза

Формирование анатомически узкого таза от воздействия мультифакториальных причин, которые по своему происхождению довольно разнообразны. Закладка костной системы начинается в период органогенеза в совокупности с другими системами жизнедеятельности плода. После рождения ребенка, данный процесс продолжается в следующих периодах развития: детства, препубертатный, пубертатный периоды. Особое внимание уделяется периоду полового созревания девочки.

Во время перинатальной жизни плода неправильное формирование таза возможно при остром нарушении обмена веществ, особенно минерального, возникающего между матерью и плодом. В период новорожденности и детства ребенка, одной из ведущих причин патологического формирования таза могут быть следующие факторы:

1. неполноценное искусственное вскармливание, когда ребенок не получает грудное материнское молоко, а вместе с этим и витаминов с минералами;
2. неблагоприятные социальные условия;
3. нерациональное питание с дефицитом витаминов;
4. рахит;
5. привлечение ребенка к раннему детскому труду;
6. перенесенные инфекционные заболевания, а так же травмы таза.

Формирование костного таза происходит под влиянием гормонов вырабатываемых яичниками и надпочечниками. Эстрогены стимулируют рост поперечных размеров таза, андрогены влияют на рост таза и скелета в длину. Вследствие перенесенных заболеваний, длительных психоэмоциональных нагрузок (стресс), занятий профессиональным спортом в пубертатном периоде, может нарушаться функция эндокринных органов, а как следствие этого и правильное формирование женского таза [0].

1.3.Классификация часто встречаемых форм узкого таза.

В современном акушерстве в связи с большим разнообразием степеней анатомически узкого таза отсутствует его единая классификация, но в тоже время появление рентгенологического исследования таза послужило толчком для введения морфорентгенологической классификации, согласно которой было выделено 4 вида таза: гинекоидный, антропоидный, андроидный, платипеллоидный (Рис. 1) [0].

Классификация, предложенная А.Я. Крассовским, является актуальной и используется в настоящее время в акушерстве:

1. I степень (истинная конъюгата от 11 до 9 см);
2. II степень (истинная конъюгата менее 9 см и до 7 см);
3. III степень (истинная конъюгата менее 7 см).

Основу данной классификации, которая основана на измерении истинной конъюгаты. Некоторые авторы считают, что выделение IV степени сужения таза нецелесообразно, так как при уменьшении размера конъюгаты до 7 см и меньше говорит об абсолютном сужении таза и, следовательно, роды через естественные родовые пути невозможны [0].

Чаще всего при помощи достоверных манипуляций, которые помогают в диагностике таза, можно составить представление о его размерах и емкости, к таким манипуляциям относится влагалищное исследование. Влагалищное исследование – это общепринятый метод диагностики и оценки формы, а также размеров таза. В данном исследовании роль акушерки состоит в измерении емкости малого таза, состоянии внутренней поверхности костей таза, величину диагональной конъюгаты, достижимость терминальных линий, наличие и выраженность крестцовой впадины, расстояние между седалищными остями, в совокупности с другими данными производится оценка таза в целом. Точные данные о размерах таза можно получить при

рентгенопельвиометрии, однако этот метод исследования во время беременности почти не применяется [0].

При данном исследовании определяется величина диагональной конъюгаты из которой вычитается индекс Соловьева, и величина истинной конъюгаты.

В зависимости от формы анатомически узкого таза предполагают особенности механизма родов, но в первую очередь это вставления головки, варианты возможны следующие: неправильное вставление головки, высокое прямое стояние и низкое поперечное стояние стреловидного шва.

Общеравномерносуженный таз это таз, при котором все наружные размеры уменьшены пропорционально на 2 см., но при этом он имеет форму нормального женского таза и имеет овальную форму, мыс достижим.

Очевидно, что при данной форме таза форма его размеры не меняются, а лишь уменьшается его емкость, и как следствие этого меняются механизм и клиническая картина родов, которые целесообразно рассматривать по отдельным моментам [0].

Также выделяют и простой плоский таз, в котором укорочены все прямые размеры по обычной величине поперечных и косых размеров. Данный вид таза можно охарактеризовать как уменьшение всех прямых размеров, широкая лонная дуга и при этом обычно увеличен поперечный размер входа в малый таз.

В современном акушерстве очень редко могут встречаться следующие виды таза: плоскоррахитические тазы, таз с уменьшением прямого размера, кососмещенный, ассимиляционный, воронкообразный таз, кифотический, спондилолистетический, остеомалытический тазы.

Отмечается, что в настоящее время в современном акушерстве, многие авторы не придают большого значения при наружном измерении таза. Большую диагностическую ценность представляет собой ультразвуковое исследование, именно при данной манипуляции отмечается высокая информативность [0].

Акцентируя внимание на особенностях течения второго периода родов при узком тазе, необходимо учитывать, что данный контингент женщин требует более строгого наблюдения за характером родовой деятельности, продвижением плода по родовому каналу, его сердцебиением. Совершенно недопустимо стояние головки плода свыше 1 часа в одной плоскости при данной патологии таза.

Клиническую оценку таза целесообразно проводить во время родов, при хорошей родовой деятельности, после отхождения околоплодных вод, при открытии маточного зева не менее 6-7 см и при головке плода прижатой ко входу в таз.

О соответствии между размерами таза роженицы и размерами головки плода позволяют судить, помимо обычных методов исследования предлежащей части плода, признак Вастена и Цангемейстера. Которые заключаются в определении степени соответствия головки плода с размером малого таза. Симптом Вастена определяется пальпаторно, когда симптом Цангемейстера определяется тазомером, только после излития околоплодных вод и фиксации головки в малом тазу [0].

О наличии клинически узкого таза говорят при следующих симптомах:

1. высокое расположение контракционного кольца, что связано с перерастяжением нижнего сегмента матки и угрозой ее разрыва;
2. болезненность нижнего сегмента при пальпации;
3. симптом прижатия мочевого пузыря;
4. отечность наружных половых органов;
5. данные влагалищного исследования [0].

При выявлении клинически узкого таза необходимо экстренно произвести операцию кесарева сечения. Если не будет своевременно оказана рациональная акушерская помощь, возможен один из самых грозных осложнений родов при узком тазе - разрыв матки.

1.4. Диагностика узкого таза

Не смотря на активное развитие диагностики, тактика ведения родов при патологии таза является сугубо индивидуальной и включает в себя: особенности вставления головки плода, а также механизма родов. У беременных при I - II степени сужения таза роды возможны через естественные родовые пути. Данная тактика выбирается индивидуально, а роды ведутся активно-выжидательно под контролем всех жизненно – важных функций плода, и более строго контроля над состоянием матери [0].

Клинические аспекты в диагностике узкого таза, состоят из тщательно собранного анамнеза, общего осмотра беременной, а также внутреннего исследования. В ходе сбора анамнеза беременной женщины врач получает информацию о ее возрасте, перенесенных общих и инфекционных заболеваниях, вследствие которых, может неблагоприятно отразиться на общем состоянии организма женщины, а также правильном формировании таза.

В большей степени роль акушерки в женской консультации заключается в определении срока начала менархе, эта информация имеет значение при определении патологии в репродуктивной системе, нарушение ее ритма, затяжные предшествующие роды, оперативное родоразрешение, в особенности кесарево сечение [0].

При указанных осложнениях значительно возрастает риск рождения новорожденного с кровоизлиянием в головной мозг и другими формами проявления родовой травмы. Всех беременных с узким тазом госпитализируют за 2-3 недели до родов в стационар, для проведения дополнительного обследования, а также о решении вопроса об оптимальном методе родоразрешения.

Большое значение имеют сведения о том, какая данная беременность по счету. Эта информация необходима для того, чтобы предположить, как

поведет себя таз во время настоящей беременности. Чаще всего врача интересует: были ли роды длительными, применялась ли стимуляция родовой деятельности, было ли рождение больного травмированного ребенка или же роды закончились оперативным родоразрешением. При диагностике узкого таза уделяют большое внимание объективным методам исследования, одним из которых является общий осмотр. С его помощью оценивается общее физическое состояние, рост и масса беременной женщины, а также возможные изменения со стороны скелета [0].

Преимущественно в оценке узкого таза важная роль отводится общему осмотру, но немаловажным является измерение пояснично-крестцового ромба. У женщин с нормальными размерами таза ромб Михаэлиса имеет форму почти правильного квадрата, который имеет вид поставленного на один из углов, диагонали такого ромба равны 10,5-11 см. При диагностировании общеравномерносуженного таза данные размеры будут пропорционально уменьшены.

При объективном исследовании женщин с анатомически узким тазом в вертикальном положении, в первую очередь следует обратить внимание на форму живота. При сужении таза головка плода в конце гестации не сможет прижаться ко входу в малый таз, вследствие чего будет происходить перерастяжение передней брюшной стенки и от этого живот приобретает у первородящих остроконечную, а у повторнородящих отвислую форму.

Нельзя полностью положиться на наружные размеры большого таза, которые в своей совокупности не отражают полностью особенностей строения малого таза. Однако по эти данные берут во внимание, что дает возможность в связи с этим косвенно получить предположительные сведения о его форме, а также о размерах таза (особенно по размерам наружной конъюгаты), поэтому определение их обязательно у всех беременных.

Наряду с измерением размеров таза определяют размеры боковых конъюгат - это расстояние между передневерхней и задневерхней осями

подвздошной кости с каждой стороны (в норме они составляют 14-15 см, при этом уменьшение их до 13 см говорит о сужении таза).

Косые размеры – это расстояние от передневерхней ости одной стороны до задневерхней ости другой стороны (в норме они составляют 22,5 см) или это определение можно трактовать как, расстояние от середины симфиза до задневерхних остей правой и левой подвздошной кости. Об асимметрии таза говорят в том случае, когда есть отличие между правым и левым размерами. Объективно, по окружности живота можно судить и о размерах таза, в норме этот размер составляет 85 см. О значительном сужении таза мы можем говорить, если величина таза составляет 75 см [0].

Однако о толщине костей роженицы судят не только по выше упомянутым размерам и способам их измерения, но и по окружности лучезапястного сустава, измеренной выше шиловидного отростка (в норме он имеет размер 14,5-15 см). Если же данный размер превышает 16 см, то косвенно судят о большей толщине костного кольца, что приводит к уменьшению емкости малого таза [0].

1.5. Ведение беременности и родов у женщин с узким тазом

Женщины с анатомическим сужением таза должны находиться на диспансерном наблюдении весь период гестации, но данный контингент женщин также относится к группе с факторами высокого риска по многочисленным осложнениям по отношению к матери и плоду.

Беременность при узком тазе развивается нормально. У первородящих к концу срока гестации отмечается остроконечный живот, что свидетельствует о перерастяжении передней брюшной стенки, когда у повторнородящих живот имеет отвислый вид. В женской консультации необходимо заранее предупреждать женщину с узким тазом о возможных методах родоразрешения и об осложнениях во время беременности.

Безусловно, раннее распознавание узкого таза, приводит к снижению частоты осложнений, которые могут возникнуть во время беременности и родов.

Для решения вопроса об исходе родов, следует учитывать не только анатомические размеры таза, но размер и состояние плода. Для этого измеряют длину плода, а также лобно-затылочный размер. Прогноз исхода родов зависит от степени и формы сужения таза.

Начиная со второго триместра, могут наблюдаться отклонения в положении и предлежании плода, так как узкий таз предусматривает, что часто возникают тазовые предлежания, поперечные и косые положения. В связи с тем, что в конце беременности головка активно двигается, то это может приводить к разгибательным предлежаниям плода. Из-за неплотного предлежания головки отсутствует пояс соприкосновения, в результате чего нет разграничения между передними и задними водами, что приводит к раннему излитию околоплодных вод.

1. Роды через естественные родовые пути должны проводиться исключительно только при 1 степени сужения таза.
2. Выполнение всех мероприятий по контролю над динамикой родов (оценка состояния плода, признаки Вастена и Цангемейстера и т.д).

При ведении родов при узком тазе обычно руководствуются решениями, которые были приняты по этому вопросу на 9 всесоюзном съезде акушеров гинекологов. В этих решениях идет речь о том, что к кесареву сечению прибегают при строгих специальных показаниях со стороны матери или же плода или только в тех случаях, когда исключена возможность родов через родовые пути живым плодом.

При разработке плана ведения родов при узком тазе, прежде всего, обращают внимание на неблагоприятные данные всего акушерского анамнеза, которые также ухудшают прогноз родов, как со стороны матери, так и плода. К таким данным относят:

1. Макросомия при прошлых родах;

2. Затяжное течение при предыдущих родах, слабость родовой деятельности, оперативное вмешательство.

Еще М. С. Малиновский и подавляющее большинство отечественных акушеров, следующим образом формулируют тактику ведения родов при узком тазе: «консервативно выжидательное или же экспектативное ведение родов» [0].

Отмечается, что у повторнородящих с узким тазом более благоприятное течение родов, так как родовые пути у них уже подготовлены для прохождения по ним плода.

Тактика ведения родов будет отличаться в зависимости от степени его сужения. При I степени сужения таза, как правило, небольших размерах плода роды протекают самостоятельно, но в случае сочетания сужения таза I степени с крупными размерами плода, тазовыми предлежаниями плода или же другой патологией беременности, необходимо проводить кесарево сечение в плановом порядке.

При II степени сужения таза решают вопрос о плановом абдоминальном родоразрешении.

При III и IV степенях сужения благоприятный исход родов через естественные родовые пути невозможен. Следует своевременно решать вопрос о выполнении планового кесарева сечения еще до излития околоплодных вод.

В настоящее время тактика при ведении родов у пациенток с узким тазом изменилась в связи с возможными осложнениями, а самопроизвольные роды допускаются только тогда, когда, несмотря на уменьшение размеров таза, существенных препятствий со стороны таза для рождения головки не представлено.

При сужении таза I-II степени роды:

а) могут быть нормальными;

б) могут быть затрудненными, но при этом заканчивающимися благоприятно при оказании адекватной помощи;

в) могут быть очень тяжелыми, с опасными осложнениями, как для женщины, так и для плода [0].

На течение родов при узком тазе могут влиять следующие факторы;

- степени сужения таза;
- размеры головки плода;
- характер предлежания и вставления головки;
- способности головки к движению по родовому каналу;
- характера родовой деятельности;
- готовности женского организма к родам ("зрелость" шейки матки);

состояния плода;

При благоприятных сочетаниях всех указанных условий роды протекают нормально, особенно при I степени сужения таза. Однако, при отсутствии таковых, более целесообразным является кесарево сечение, которое производят в конце беременности или в начале родовой деятельности.

Важным моментом при ведении родов у женщины с узким тазом является ее положение. В связи с возможным ранним излитием околоплодных вод, женщине запрещается вставать, рекомендуют лежать на том боку, к которому обращены спинка и затылок плода. Данное положение плода способствует опусканию затылка и сохранению околоплодных вод.

В течение периода родов систематически производят обследование роженицы, через 2-3 ч измеряют температуру тела, особенно при раннем или преждевременном излитии вод, чтобы вовремя выявить развитие хориоамнионита. Информативным является проводимое влагалищное исследование, которое обязательно после излития вод, чтобы выяснить, не произошло ли выпадение пуповины или ручки. Одновременно уточняют вариант вставления головки.

Если при слабости родовой деятельности роженица утомлена, ей предоставляется медикаментозный отдых. После отдыха родовая деятельность может нормализоваться. При продолжающейся слабости

родовых сил назначают средства, усиливающие сокращения матки. При узком тазе их применяют осторожно.

При оценке общего состояния плода, большое значение имеют результаты влагалищного исследования, которые включают:

1. плотность костей черепа, их подвижность относительно друг к другу, зависящая от ширины и эластичности родничков и швов;
2. степень захождения одной кости под другую;
3. наличие родовой опухоли, ее месторасположение;
4. положение большого сегмента в той или другой плоскости таза;
5. срединное положение стреловидного шва или отклонение его к лону либо к мысу;
6. стояние малого родничка по проводной оси таза или смещение в ту или иную сторону от нее [0].

Все эти данные указывают, правильно ли совершается механизм родов, в какой степени и как преодолевает головка препятствие со стороны родового канала, как он влияет на плод. Резкая конфигурация головки способствует ее продвижению вперед и выгодна для матери так уменьшается опасность повреждения родовых путей, но она безразлична для плода, так как усиливает опасность внутричерепной травмы.

Чрезвычайно важным моментом является своевременная диагностика ранних признаков гипоксии плода, определяемых при мониторинге наблюдении за его сердцебиением (кардиотокография, КТГ).

Если не осуществляется кардиомониторное наблюдение за состоянием плода, то выслушивать сердцебиение как в первом, так и, особенно, во втором периоде родов следует как можно чаще: через каждые 15 мин в первом периоде и после каждой потуги во втором. Для ускорения рождения плода необходимо осуществить перинео - или эпизиотомию.

При нормальных размерах таза крупным называют плод, если его масса равна или превышает 4000 г. При анатомически узком тазе роды чаще всего бывают крупным плодом. 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 узким тазом [0].

ГЛАВА 2. ПРАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ В ТЕЧЕНИИ И ВЕДЕНИИ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ ПРИ АНАТОМИЧЕСКИ УЗКОМ ТАЗЕ НА БАЗЕ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ЦЕНТРА ИМ. СВЯТИТЕЛЯ ИОАСАФА Г. БЕЛГОРОДА

2.1. Материалы и методы исследования

Материалы для исследования частоты возникновения узкого таза среди женщин репродуктивного возраста были взяты на базе Перинатального центра города Белгород.

На сегодняшний день областной перинатальный центр имени Иоасафа является ведущим многопрофильным лечебно-диагностическим и профилактическим учреждением региона.

В его состав входят: консультативная поликлиника, с количеством посещений в 600 на одну смену, 23 специализированных круглосуточных стационара на 1053 койко-мест, перинатальный центр функционирует на 485 койко-мест, из которых 110 выделено для беременных и рожениц, 110 для новорожденных, 50 для патологии новорожденных и т.д. Также одно из не менее важных подразделений перинатального центра является центр медицинской реабилитации, параклинические и диагностические подразделения.

Данное лечебное учреждение работает по основным направлениям деятельности:

1. Оказание лечебной, консультативно-диагностической и реабилитационной помощи, отдавая предпочтение наиболее тяжелому контингенту беременных женщин, рожениц, родильниц, новорожденным, а также женщинам, у которых нарушена репродуктивная функция по каким-либо причинам.

2. Проведение экспертной оценки качества оказания медицинской помощи женщинам и детям раннего возраста, сбор данных о результатах выхаживания новорожденных детей с различными патологиями.
3. Организация и обеспечение во всех структурных подразделениях перинатального центра противоэпидемического режима и качества лечебно-диагностического процесса.
4. Оказание анестезиолого-реанимационной помощи, организуя выездные бригады.
5. Осуществление профилактики возникновения отдаленных последствий перинатальной патологии.
6. Проведение организационно-методической работы по повышению квалификации врачей-специалистов, подготовка среднего медицинского персонала и т.д.

Свое исследование я проводила на базе перинатального центра имени Святителя Иоасафа, в наблюдательном отделении №1. Руководит этим отделением Ерофеева Ольга Александровна. Данное отделение расположено на 2 этаже акушерского корпуса и имеет 40 койко-мест для рожениц. Отделение включает в себя: смотровой кабинет, кабинет физиотерапевтических процедур, ЛФК, палаты для пребывания в них матерей с детьми, а также палаты люкс, процедурный кабинет, холл [0].

2.2. Результаты исследования и вывод

Всего было проанализировано 30 историй родильниц, в анамнезе которых был обнаружен узкий таз различной степени сужения. Проанализировав полученные данные, можно говорить о том, что у анатомически узкого таза есть тенденция к снижению, когда в свою очередь

у клинически узкого таза ее нет. Мое исследование включало в себя некоторое количество критериев, проанализировав которые можно судить о, например, как часто встречается узкий таз, каков возможен исход родов и т.д.

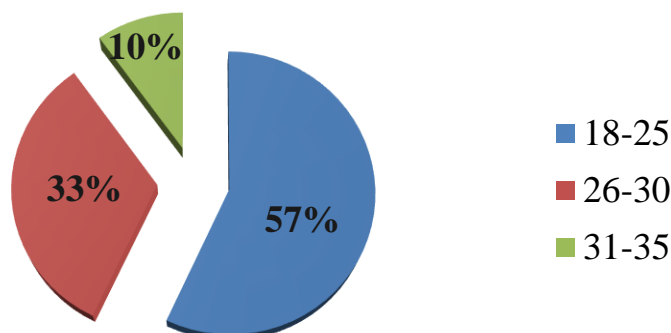


Рис.2. Частота встречаемости узкого таза среди женщин репродуктивного возраста

Данное исследование было проведено одним из первых, так как оно отражает с какой частотой данная патология может встречаться. На данной диаграмме показано, что 57% отводится на 26-30 лет, при том, что это тот возраст, когда девушка в основном задумывается о материнстве и тем самым находится в группе высокого риска по данной проблеме (Рис.2).

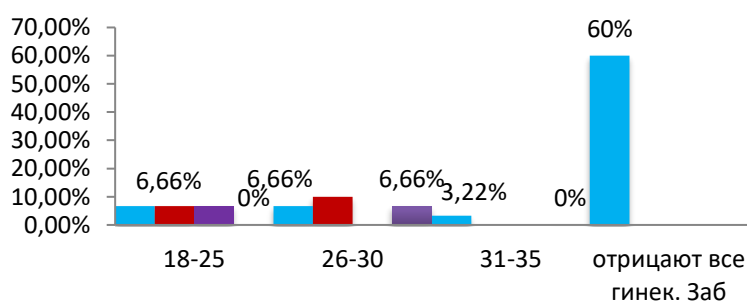


Рис.3. Распространенность гинекологических заболеваний

Из исследуемой группы женщин репродуктивного возраста при анализе историй родов было отмечено, что гинекологические заболевания у данной

категории возникали в основном в возрасте 26-30 лет, на это в гистограмме отводится 10% (Рис.3), что дает нам возможность косвенно судить о распространенности гинекологических заболеваний среди женщин репродуктивного возраста.

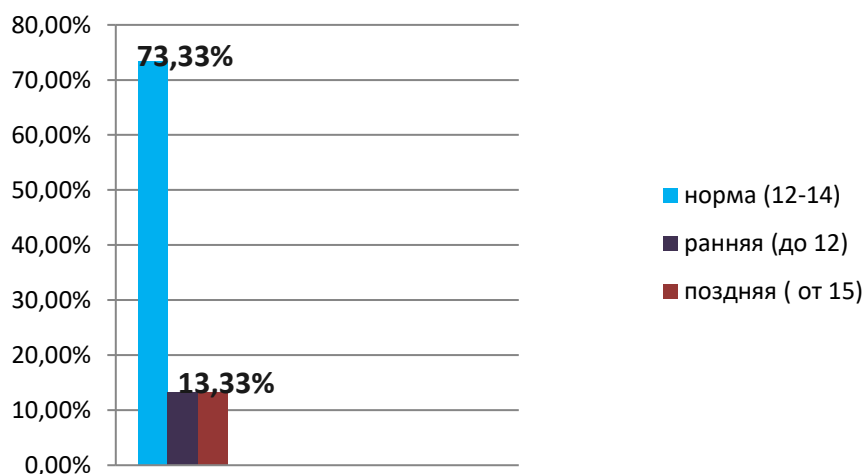


Рис.4. Начало становления менструального цикла

На предложенной гистограмме (Рис.4) отображено становление менструации у исследуемой группы женщин. Эти данные говорят нам о том, что у 73,33% женщин, первая менархе наступила в среднем в 12-14 лет, когда на позднее ее становление отводится 13,33%, что можно рассудить как появление патологии функции яичников девочки, патологии развития матки и нарушение функции эндокринных желез.

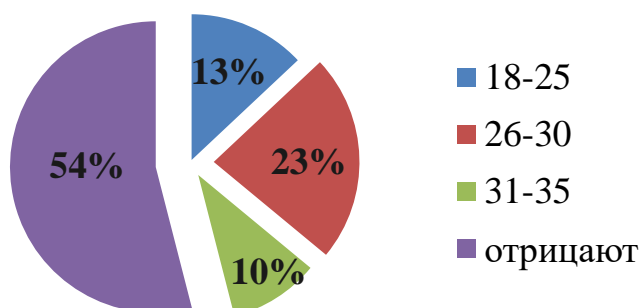


Рис.5. Распределение женщин находившихся на стационарном лечении во время беременности

Данное исследование проводилось для того, чтобы узнать какая группа женщин, в данном случае по возрасту находилась в риске по невынашиванию беременности. На Рис. 5 мы видим, что 54% женщин факт пребывания в стационаре отрицают, но все же не малый % выделено на возраст 26-30 лет, вероятно, что следствием этого может быть и то, что женщины этого возраста имели гинекологические заболевания, которые были связанные с нарушением репродуктивной функции.

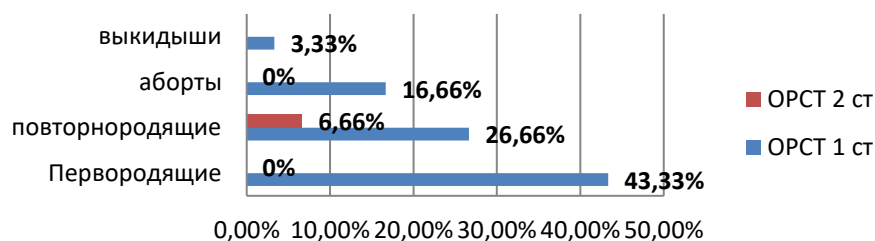


Рис.6. Акушерский анамнез

Важное значение в обследовании женщины имеет сбор акушерского анамнеза, целью которого является прогнозирование течения, ведения беременности, а также исход родов как для матери так, и для плода. Число женщин анамнез которых был отягощен абортами и выкидышами не превышает обычных показателей, также аборт у первородящих оставляют 19%, это количество тех, которые предшествовали данной беременности. Выкидышей у исследуемой группы было 3% (Рис.6).

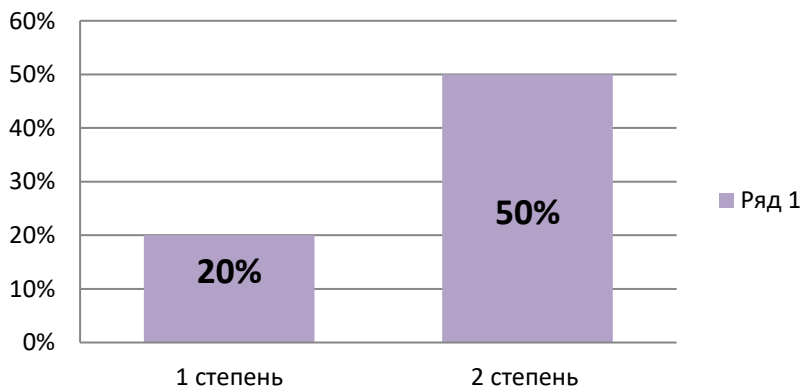


Рис.7. Частота сужения таза

Данное исследование одно из основных (Рис.7), которое было проведено с целью определения частоты обнаружения узкого таза. Исследование было необходимо для определения тактики ведения родов и родоразрешения. Здесь указано, что в большинстве случаев встречается ОРСТ – 1 ст., при данном виде таза, роды еще возможны через естественные родовые пути, когда при ОРСТ – 2 ст., роды заканчивают оперативно в любом случае. При этом, исходя из полученных данных на базе перинатального центра можно судить и о том, что у анатомически узкого таза есть тенденция к снижению. В 2017 году данные показатели были 243 женщины, что составляет 53,7%, тогда как в 2018 году эти показатели стали 220 женщин, что составляет 52,7%.

	D.spin.	D.cris.	D.troch.	C.ext.	C.diag.
ОРСТ 1 ст.	23±2	26±2	28	19	11
ОРСТ 2 ст	23	26	27	18	11
Всего	23±2	26±2	28	19	11

Таб.8. Размеры таза исследуемой группы женщин при разной степени сужения

Мы видим, что предложенные размеры (Таб. 8) колеблются примерно на 2 см, это происходит в следствии физиологической погрешности, и в следствии этого измерение таза имеет одно из самых важных значений. Данную манипуляцию проводит врач-гинеколог в женской консультации при постановке женщины на учет и исходя из данных размеров которых и делают вывод о степени сужения таза, а также о методе родоразрешения.

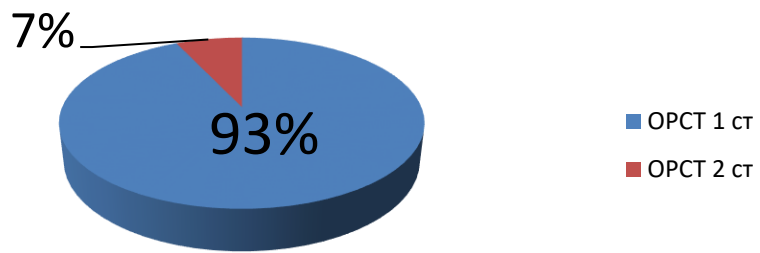


Рис. 9. Индекс Соловьевыа

Данное измерение необходимо для определения толщины костей таза, так как при наружном измерении довольно тяжело учесть толщину костного кольца таза. Средняя длина окружности лучезапястного сустава составляет 14 см, но если же данный размер больше, то можно судить о том, что кости таза массивные, а полость таза меньше предполагаемой (Рис. 9).

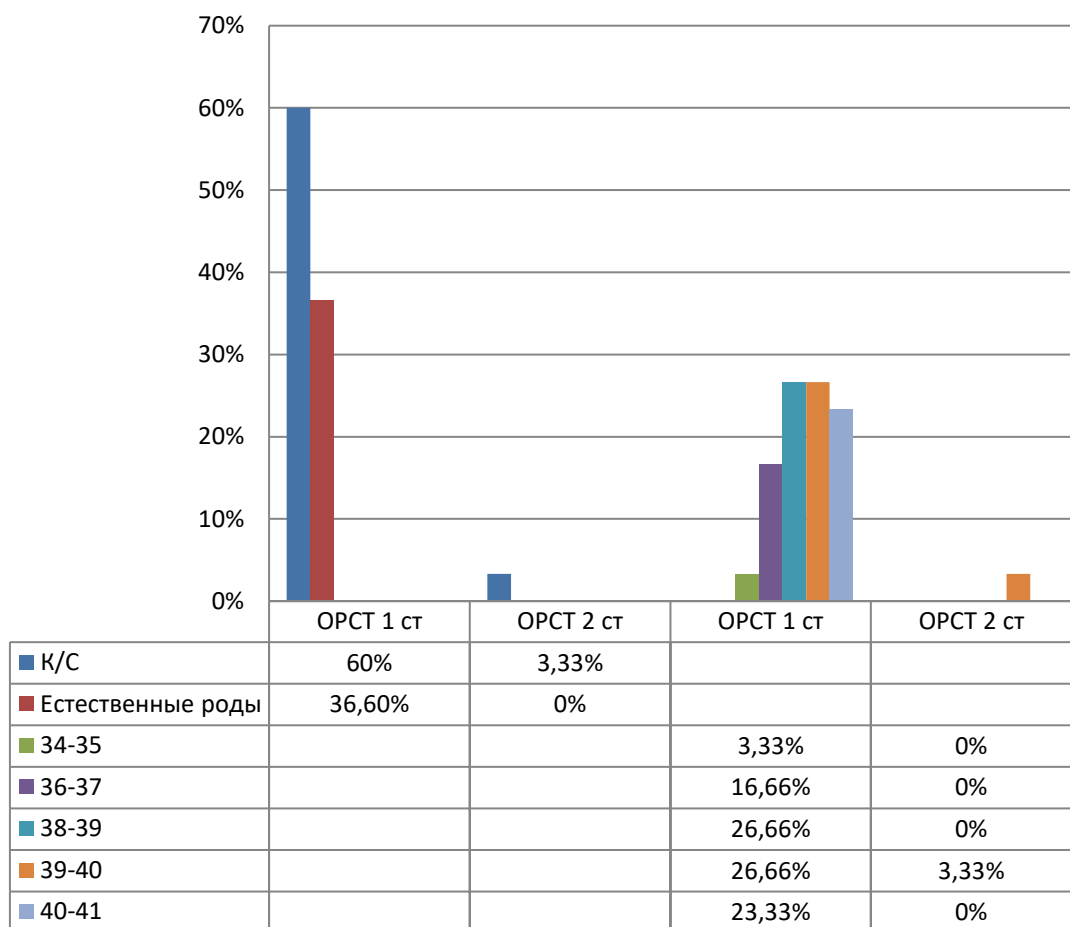


Рис. 10. Сравнительная характеристика исходов родов при сужении таза

Одним из важным моментом и целью данного исследования было выявить на каком сроке и при какой степени в большинстве роды заканчивают оперативно. Эти данные вынесены на Рис.10. На гистограмме показано, что кесаревым сечением на данный момент заканчивают 60% родов при ОРСТ 1 ст, тогда на естественные роды приходится всего 36,60%, возможно данные показатели связаны с возникновением осложнений в родах.

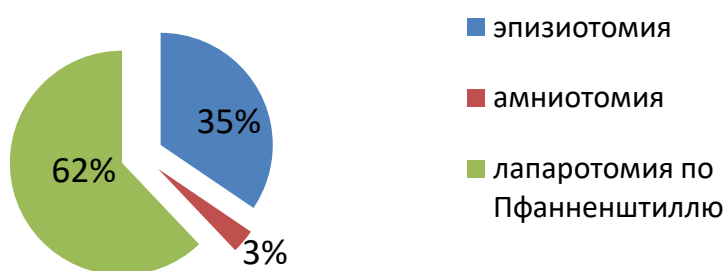


Рис.11. Оказание акушерского пособия в родах

Как мы уже выяснили, в большинстве случаев все же роды заканчивают оперативно, но тем женщинам, которые рожают через естественные родовые пути оказывается акушерское пособие, которое заключается в снижении риска травматизма матери (Рис.11). Проведение в родах эпизиотомии, которая составляет 35% дает возможность помочь ребенку при рождении не травмироваться и предотвращаем разрывы промежности матери.

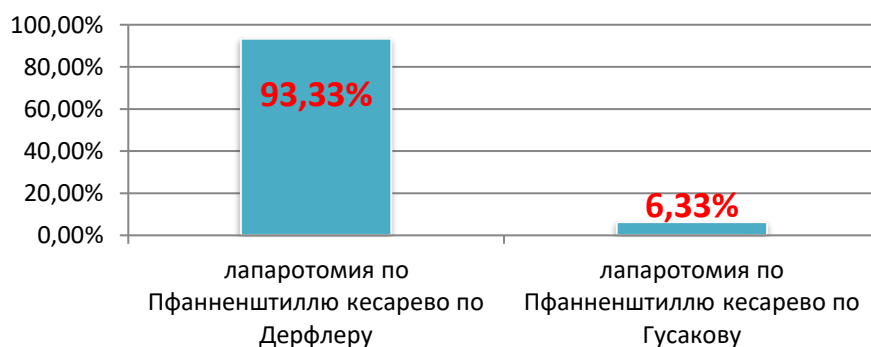


Рис. 12. Частота проведения кесарева сечения

Так вышло, что анализируя выбранную группу женщин, было отмечено, что в основном в 93,33% случаев роды заканчиваются операцией кесарево сечение по Дерфлеру, которое несколько травматично еже ли кесарево сечение по Гусакову, данные операции различаются лишь путем раскрытия матки. По Гусакову это происходит следующим образом, матку разрезают в нижнем сегменте ее части, затем делается небольшой разрез и далее он растягивается двумя пальцами до 12 см, данное раскрытик матки дает возможность избежать кровотечения. По Дерфлеру же после разреза в нижнем сегменте матки делают небольшой разрез на стенке матки аккуратно рассекается ножницами, что позволяет контролировать длину разреза, а также его направление.

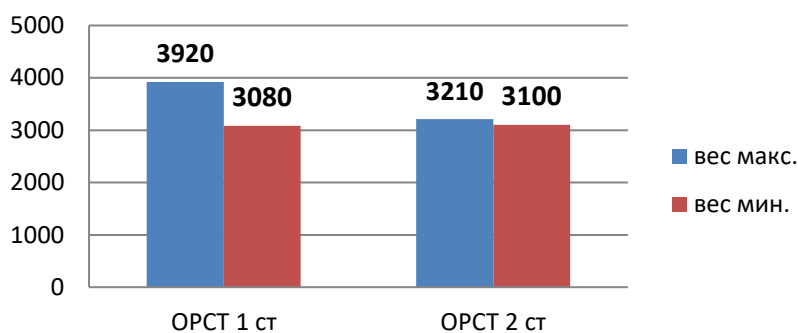


Рис. 13. Вес новорожденного при различной степени сужения таза

По полученным данным нельзя сказать, что у исследуемой группы женщин рождались дети с низкой массой тела. Наоборот, дети были крупные как при ОРСТ – 1 ст., так и при ОРСТ – 2 ст., (Рис.13) [11].

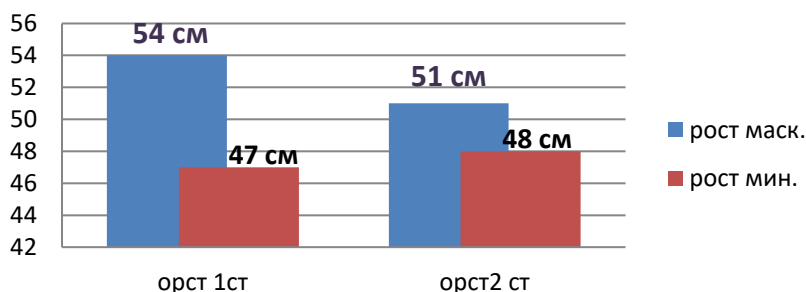


Рис. 14. Рост новорожденного при различной степени сужения таза

На гистограмме схематично изображен рост новорожденных (Рис. 14). Говоря о данном исследовании, следует отметить, что рост детей в целом нельзя считать малым, практически все дети были рождены доношенными и отклонений в их развитии не наблюдалось.

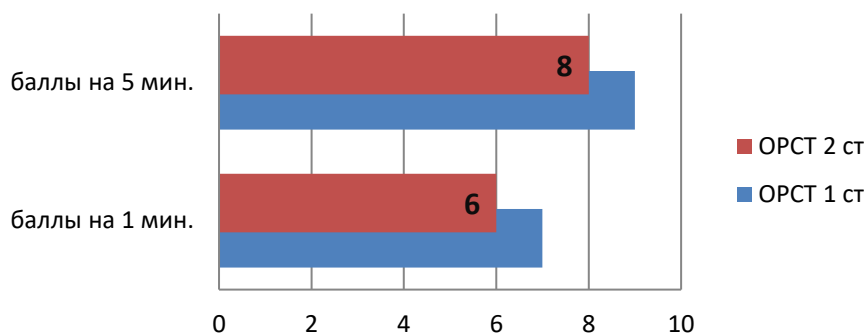


Рис. 15. Оценка новорожденного по шкале Апгар

На представленных выше рисунках (Рис.15) показано состояние ребенка на 1-5 минутах после рождения. Такие данные говорят о том, что ребенок не пострадал в родах.

По результатам проведенного исследования можно сделать следующие выводы:

1. Гинекологические заболевания, аборт, а также выкидыши оказывают влияние на дальнейшее течение беременности родов.
2. Не всегда при ОПСТ – 1ст., роды заканчиваются оперативным вмешательством.
3. Ребенок после рождения имеет хорошие баллы по шкале Апгар, что говорит о том, что роды были в срок и в родах ребенок не пострадал.
4. Частота оказания акушерского пособия все же остается лапаротомия по Пфанненштилю кесарево сечение по Дерфлеру.

Статистические данные различных авторов колеблются и весьма различаются. По данным различных авторов, узкий таз встречается в 15 - 20%, когда по другим авторам эти данные от 5 до 64%. Интересно, что эти

показатели колеблются в связи с различным пониманием врачей гинекологов понятия узкого таза [0].

По итогам проведенного исследования выявлено, что тенденции к снижению частоты возникновения клинического узкого таза нет. На 2017 год на базе перинатального центра имени Святителя Иоасафа было зафиксировано 243 женщины с узким тазом, что составляет 53,7% от общего числа родов. На 2018 год эти данные немного изменились и составляют 220 женщин, что в процентном соотношении имеет 52,7%.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

На протяжении исследования отмечалась актуальность данного вида патологии, которая заключается в появлении препятствия продвижению головки плода по родовому каналу. Это основная причина, по которой узкий таз выделяют как один из самых сложных разделов в акушерстве. В группу риска по данной патологии следует относить женщин, в анамнезе которых имеются нарушения менструальной функции, заболевания либо травмы костной системы, а также стрессы в пубертатном возрасте.

У повторнородящих женщин следует обращать внимания на то, как протекали предыдущие роды (затяжные роды, перинатальные потери доношенных новорожденных при получении травмы в родах). В свою очередь, при сборе анамнеза врач обращает внимание на рост женщины, который меньше 160 см., индекс Соловьева менее 16 см. Данный контингент пациенток госпитализируют в специализированный стационар за 1,5 – 2 недели до предполагаемой даты родов для уточнения диагноза и метода родоразрешения.

Исходя из проведенного исследования, которое показало, что анатомически узкий таз обнаруживается в основном в возрасте женщин 26-30 лет, и в частности это ОРСТ 1 ст., в этом случае роды могут протекать через естественные родовые пути, если не наблюдается никаких отклонений от физиологических родов.

При выявлении женщин с ОРСТ 2 ст., решается вопрос о проведении абдоминального родоразрешения. В свою очередь, при выявлении у женщины с 3-4 степенью сужения таза, известно, что благоприятный исход родов невозможен.

Выводы:

1. Преобладание «стертых» форм таза, а также изменение структуры анатомически узкого таза, все также поддерживает частоту данной патологии на высоком уровне и составляет примерно 60%.
2. На возникновение узкого таза могут повлиять следующие факторы: заболевания и травмы костной системы, чрезмерные психические и физические нагрузки в детском возрасте, высокий инфекционный индекс.
3. Комплексная оценка акушерского и соматического анамнеза, данных антропометрии, данных внутреннего и наружного исследования дает возможность выделить группу беременных с подозрениями на какие – либо анатомические изменения в костном тазу.
4. Выбор рациональной тактики родоразрешения в зависимости от размеров, степени сужения, а также формы.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ И ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Сидорова И. С., Шевченко Т. К., Михайленко Е. Т. и др. //Актуальные вопросы акушерской патологии//; Под ред. И. С. Сидоровой, Т. К. Шевченко. - Т.: Из-во имени ИбнСины, 1991.- 184с.
2. Белоглазова С.Е. Проблема узкого таза в современном акушерстве / С.Е Белоглазова, О.И Захарова // Акуш. и гин. – 1985. - №10. – С.3-6.
3. Горемыкина Е.В, Частота и исходы родов у женщин с функционально узким тазом в условиях крупного промышленного центра: дис. на соискание ученой ст. канд. мед. наук: 14.00.01.- Уральская гос. академия, Казань, 2006 г – С 49.
4. Калганова Р.И. Узкий таз в современном акушерстве / Р. И. Калганова. – М.: Медицина, 1965. – 179 с.
5. Крассовский, Антон Яковлевич (1821-1898). Оперативное акушерство / [Соч.] акад. А.Я. Крассовского. - 2-е изд. - Санкт-Петербург : тип. М-ва пут. сообщ. (А. Бенке), 1879. - [4], VIII, 379 с.: ил.; 27. С 3-го изд. загл.: Оперативное акушерство со включением учения о неправильностях женского таза.
6. Радзинский В.Е., Руководство к практическим занятиям по акушерству [Электронный ресурс]: учебное пособие / Под ред. В.Е. Радзинского - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 656 с.
7. Радзинский В.Е., Акушерство [Электронный ресурс]: учебник /под ред. В. Е. Радзинского. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 920 с.
8. Радзинский В.Е., Акушерство [Электронный ресурс]: учебник для акушерских отделений средних специальных медицинских учебных заведений / Под ред. В.Е. Радзинского - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008.
9. Чернуха Е.А. Анатомически и клинически узкий таз/ Чернуха Е.А. // Акушерство и гинекология. – 1991. - №4. – С. 67-73

10. Чернуха Е. А. Формы таза в современной акушерской клинике / Е.А. Чернуха, Е.Н. Моисеева, А. И Волобуев, З.В. Новикова // Акуш. и гин. 1985. - №10. – С. 45- 48.
11. Черепнина А. Л. Ведение беременности и родов при крупном плоде / А. Л. Черепнина, О. Б. Панина, Л. Н. Олешкевич // Вопросы гинекологии, акушерства, перинатологии. – 2005. Т.4. – С. 7-9.
12. Чернуха Е. А. Родовой блок / Е. А. Чернуха. – М.: Триада – Х.1999. – 534с.
13. [Электронный ресурс] - Режим доступа: belokb.belzdrav.ru/branch/perinatal-centre/obstetric-observational-branch-1/
14. [Электронный ресурс] - Режим доступа: [medical-enc.ru/ akusherstvo/|chastota-uzkogo-taza](http://medical-enc.ru/akusherstvo/chastota-uzkogo-taza)

ПРИЛОЖЕНИЕ

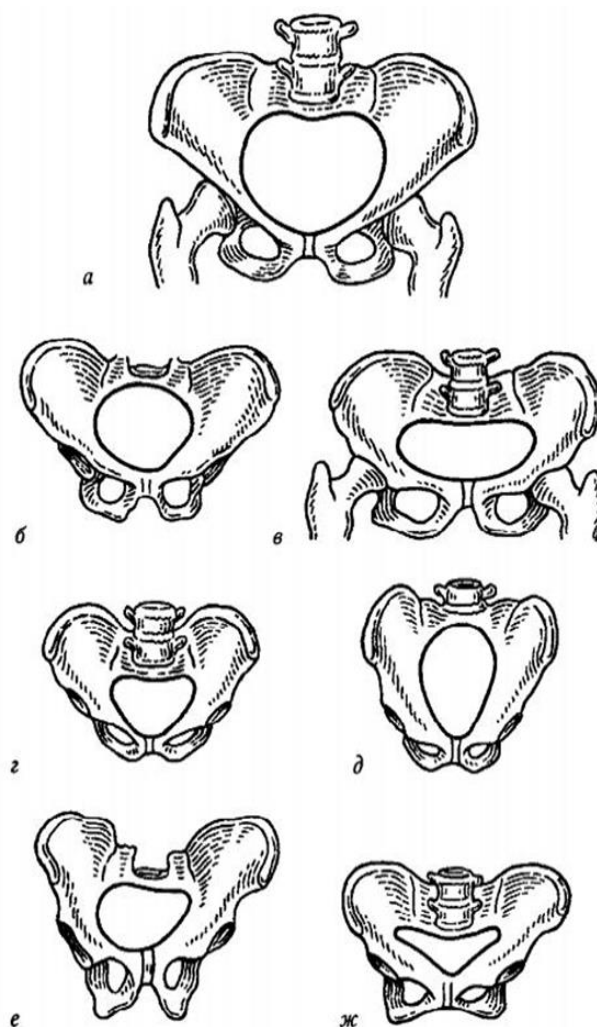


Рис. 71. Различные формы таза:

a – нормальный; *б* – общеравномерносуженный; *в* – простой плоский; *г* – общесуженный плоский; *д* – поперечносуженный; *е* – кососуженный; *ж* – остеомалатический

Рис.1 Различные формы таза