

Л.Н. Васильева, к.м.н.

Клинически узкий таз

Республика Беларусь, Белорусский государственный медицинский университет, кафедра акушерства и гинекологии

Излагаются классификация, диагностика, врачебная тактика, современные подходы к родоразрешению при клинически узком тазе.

Ключевые слова: клинически узкий таз, роды при узком тазе

Клинически (функционально) узким называют таз, размеры которого не обеспечивают прохождение через них данного плода. Несмотря на снижение частоты анатомически узкого таза (особенно выраженных степеней), частота клинически узкого таза остается относительно стабильной и составляет 1,3-1,7%.

Причинами образования клинически узкого таза могут быть следующие сочетания: анатомическое сужение таза небольшой степени и крупный плод, нормальные размеры таза и крупный плод, неблагоприятные предлежания и вставления головки плода (задний вид затылочного предлежания, передне-теменное, лобное, лицевое, высокое прямое стояние стреловидного шва, асинклитические вставления, разгибание головки при тазовом предлежании) при небольших степенях сужения таза или нормальных его размерах

Общеизвестно, что крупным является плод, если его масса равна или превышает 4000 г. Плод массой 5000 г и более называют ги-гантским. При тазовых предлежаниях плод является 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 анато-мически узким тазом.

Диагностика клинически узкого таза. Диагноз клинически узкого таза ставится только в родах при хорошей родовой деятельности, после отхождения око-лоплодных вод, при открытии маточного зева не менее 6-7 см по совокупности признаков, позволяющих выявить степень диспропорции таза и головки плода.

Признаками, указывающими на возможное формирование клинически узкого таза, будут отсутствие прижатия головки ко входу в малый таз с началом родовой деятельности, несвоевременное излитие околоплодных вод, нарушение сократительной деятельности матки, беспокойное поведение роженицы, затяжное течение родов.

Основными признаками клинически узкого таза являются: выраженная конфигурация головки плода и раннее образование родовой опухоли; наличие болезненных безрезультатных схваток; нарушение синхронизации процессов открытия шейки матки и продвижения плода; появление потуг при высоко стоящей головке; отсутствие или реже замедление продвижения головки плода при полном раскрытии шейки матки; отек и свисание шейки матки; отечность наружных половых органов; затруднение или прекращение самопроизвольного мочеиспускания; высокое расположение контракционного кольца, что связано с перерастяжением нижнего сегмента матки; болезненность при пальпации нижнего сегмента матки; появление признаков острой гипоксии плода.

Соотношение размеров головки плода и таза матери можно определить приемом Вастена и признаком Цангемейстера. Прием Вастена выполняют следующим образом. Акушер кончиками пальцев производит движение от лонного сочленения вверх по направлению к головке, прижатой ко входу в таз, определяя таким образом соотношение размеров головки плода с тазом матери. При соответствии размеров головки плода и таза матери пальцы акушера определяют, что передняя поверхность симфиза стоит выше, чем передняя поверхность прижатой головки - признак Вастена отрицательный. Если пальцы акушера определяют, что передняя поверхность симфиза совпадает с уровнем передней поверхности головки, это указывает на относительное несоответствие размеров головки плода и таза – признак Вастена вровень. Если пальцы акушера определяют, что передняя поверхность головки выступает над симфизом, то это свидетельствует, что признак Вастена положительный и размеры головки плода и таза матери не соответствуют друг другу. Для оценки признака Цангемейстера тазомером измеряют *Con. externa*, затем передняя бранша тазомера перемещается на наиболее выступающую часть головки плода (вторая бранша тазомера остается

там же). Если полученный размер меньше величины *Con. externa*, то признак Цангемейстера считают отрицательным; если больше, то это свидетельствует о несоответствии размеров головки плода и таза матери (признак Цангемейстера положительный). Если полученные размеры равны, то это указывает на относительное несоответствие размеров головки плода и таза матери.

Наличие положительных симптомов Вастена и Цангемейстера является 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 — они должны заканчиваться кесаревым сечением.

Классификация клинически узкого таза. По классификации Р.И.Калгановой (1965г.) выделяется 3 степени несоответствия между тазом роженицы и головкой плода: относительное, значительное, абсолютное. W. Hannah (1987г.) предложил различать две степени клинического несоответствия - относительное и абсолютное. Тактика ведения родов при относительном и абсолютном клиническом несоответствии будет различной. В то же время в клинической практике сложно разграничить значительное и абсолютное несоответствие из-за совпадения признаков, а тактика ведения родов в этих случаях одинакова. Таким образом, целесообразно выделять две степени клинического несоответствия: относительное и абсолютное.

Относительное несоответствие имеет следующие признаки: особенности вставления и механизм родов свойственны имеющейся форме сужения таза, хорошая конфигурация головки, признаки Вастена и Цангемейстера отрицательные. Необходимо отметить, что роды у женщин с нормальным тазом и крупным плодом имеют особенности, свойственные родам при общеравномерносуженном тазе.

Абсолютное несоответствие имеет следующие признаки: особенности вставления и механизм родов свойственны имеющейся форме сужения таза, однако возникает резко выраженная конфигурация головки; длительное стояние

головки в одной плоскости или отсутствие ее продвижения; отек и свисание шейки матки; отечность наружных половых органов; симптомы прижатия мочевого пузыря; аномалии родовой деятельности (слабость, дискоординация, преждевременные потуги); высокое расположение контракционного кольца; болезненность при пальпации нижнего сегмента матки, симптомы угрожающего разрыва матки; признак Вастена вровень или положительный; признак Цангемейстера положительный.

Ведение родов при клинически узком тазе. У беременных с анатомически узким тазом (I степень), а также при нормальных размерах таза, но, заднем виде затылочного предлежания, крупном плоде роды следует вести с функциональной оценкой таза, то есть в процессе родов необходимо следить за возможным появлением признаков клинически узкого таза, чтобы своевременно решить вопрос об оперативном родоразрешении. При выраженном заднем асинклитизме, передне-теменном, лобном вставлении, высоком прямом стоянии стреловидного шва (за исключением возникновения данного состояния при поперечносуженном тазе), разгибании головки при тазовом предлежании роды необходимо закончить путем операции кесарево сечение.

При выявлении относительного клинического несоответствия роды допустимо вести консервативно через естественные родовые пути под тщательным мониторингом контролем за состоянием плода, характером родовой деятельности, динамикой раскрытия шейки матки, вставлением и продвижением предлежащей части плода.

При выявлении абсолютного клинического несоответствия необходимо экстренное кесарево сечение.

Нецелесообразно проведение функциональной оценки таза во втором периоде родов в течение 2 часов у первородящих и 1 часа у повторнородящих женщин, так как неоправданно длительная выжидательная тактика ухудшает прогноз для ребенка. Следует учитывать, что для решения вопроса о срочном абдоминальном родоразрешении при клинически узком тазе достаточно 2-4 признака абсолютного несоответствия в разных их сочетаниях.

Литература

1. Акушерство: учеб. пособие для студентов учреждений, обеспечивающих получение высш. мед. образования / Г. И. Герасимович. Минск: Беларусь, 2004. 815с.: ил.
2. Акушерство: учебник / Г. М. Савельева [и др.]; под ред. Г. М. Савельевой. М.: Медицина, 2000.
3. Волобуев, А. И. Применение цифровой рентгенодиагностической установки в акушерской клинике / А. И. Волобуев [и др.] //Акуш. и гинекол. 1989. № 11. С. 15–17.
4. Галина, Т. В. Диагностика и тактика ведения родов у женщин с поперечносуженным тазом: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Т. В. Галина. М., 1987. 26 с.
5. Калганова, Р. И. Узкий таз в современном акушерстве / Р. И. Калганова. М., 1965. 179 с.
6. Кулаков, В. И. Магнитно-резонансная пельвиметрия в акушерстве / В. И. Кулаков [и др.] //Акушерство и гинекология. 2001. № 4. С. 19–25.
7. Малиновский, М. С. Оперативное акушерство / М. С. Малиновский. М., 1987. 543 с.
8. Руководство к практическим занятиям по акушерству: учеб. пособие / под ред. В. Е. Радзинского. М.: Медицинское информационное агентство, 2004. 576 с.: ил.
9. Чернуха, Е. А. Родовой блок / Е. А. Чернуха. М.: Триада-Х, 1999.
10. Чернуха, Е. А. Прогнозирование исхода родов для плода у женщин с анатомически узким тазом / Е. А. Чернуха [и др.] //Акуш. и гин. 1991. № 10. С. 23–26.
11. Чернуха, Е. А. Анатомически и клинически узкий таз / Е. А. Чернуха, А. И. Волобуев, Т. К. Пучко. М.: Триада-Х, 2005. 256 с.
12. Coates, K. W. Physiologic evaluation of the pelvic floor / K. W. Coates //Obstet. Gynecol.
13. Clin. North. Amer. 1998. Vol. 24, № 4. P. 815–824.

14. Cunningham, F. G. The normal pelvis. In: Williams obstetrics / F. G. Cunningham [et al.]. 21-th ed. Norwalk (CT): Appleton & Lange. 2001.
15. Danforth, D. N. Clinical pelvimetry//Gynecology and obstetrics / D. N. Danforth; ed. A. B. Gerbie a.J.J.Sciarra. 1983. Vol. 2. P. 51.