



Узкие тазы в акушерстве

Учебно-методическое пособие
для студентов лечебного
и педиатрического факультетов
и врачей-ординаторов

УЗКИЕ ТАЗЫ В АКУШЕРСТВЕ

Учебно-методическое пособие
для студентов лечебного и педиатрического факультетов
и врачей-ординаторов

Санкт-Петербург
Научные технологии
2025

Коллектив авторов:

Елена Александровна Чулкова – кандидат медицинских наук, заведующая кафедрой внутренних болезней с курсом онкологии, Московский Университет «Синергия», старший научный сотрудник ГБУЗ МО МОНИИАГ им ак. В.И. Краснополяского

Роль: ресурсы, создание черновика рукописи и ее редактирование;

Елена Владиславовна Тихомирова – кандидат медицинских наук, заведующая кафедрой сестринского дела, Московский Университет «Синергия»

Роль: ресурсы, создание черновика рукописи и ее редактирование;

Мария Анатольевна Орлюк – кандидат медицинских наук, заведующая кафедрой хирургических болезней, Московский Университет «Синергия»

Роль: ресурсы, создание черновика рукописи и ее редактирование;

Ирина Владиславовна Краснополяская – доктор медицинских наук, заведующая дневным стационаром ГБУЗ МО МОНИИАГ, профессор кафедры акушерства и гинекологии факультета усовершенствования врачей МОНИКИ им. Владимирского

Роль: ресурсы, концептуализация, редактирование рукописи;

Сергей Владимирович Анпилов – кандидат медицинских наук, доцент кафедры внутренних болезней с курсом онкологии медицинского факультета, Московский Университет «Синергия»

Роль: ресурсы, концептуализация;

Татьяна Дмитриевна Комова – кандидат медицинских наук, преподаватель кафедры хирургических болезней медицинского факультета, Московский Университет «Синергия»

Роль: ресурсы, создание черновика рукописи;

Татьяна Андреевна Орлюк, Первый Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова

Роль: ресурсы, создание черновика рукописи

Рецензент:

Марина Викторовна Киселева – доктор медицинских наук, профессор, заведующая отделением новых медицинских технологий ФГБУ «НМИЦ Радиологии» Минздрава РФ

УЗ4 Узкие тазы в акушерстве: учебно-методическое пособие для студентов лечебного и педиатрического факультетов и врачей-ординаторов / Е. А. Чулкова, Е. В. Тихомирова, М. А. Орлюк, И. В. Краснополяская и др. – СПб.: Наукоемкие технологии, 2025. – 46 с.

ISBN 978-5-00271-042-3

Цель данного учебно-методического пособия – овладение студентами знаний об этиологии, факторах риска, классификациях, характеристиках узких тазов в акушерстве, клинике, диагностике, особенностях ведения родов. Содержащаяся в методических указаниях информация необходима для освоения дисциплины «Акушерство и гинекология», успешной практической деятельности акушеров-гинекологов и врачей других специальностей.

Методические указания содержат теоретический материал, ситуационные задачи, тесты для контроля уровня знаний, список основной и дополнительной литературы.

Пособие предназначено для студентов медицинских ВУЗов и колледжей, а также преподавателей дисциплины акушерство и гинекология по направлению подготовки/специальности 31.05.01. Лечебное дело (специалитет) и 31.02.01. Лечебное дело (фельдшер).

ISBN 978-5-00271-042-3

© Чулкова Е. А., 2025

Оглавление

ВВЕДЕНИЕ	4
ТЕМА: «УЗКИЕ ТАЗЫ В АКУШЕРСТВЕ»	5
АНАТОМИЧЕСКИ УЗКИЙ ТАЗ	6
Классификация	6
Этиология	9
Клиническая картина и диагностика	9
Особенности диагностики и механизма родов при часто встречающихся формах	10
Особенности течения и ведения беременности и родов	15
КЛИНИЧЕСКИ УЗКИЙ ТАЗ	21
Этиология	21
Классификация	21
Течение и ведение родов	22
Профилактика развития узкого таза и акушерских осложнений	23
ТЕСТОВЫЙ КОНТРОЛЬ	24
СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ	34
РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА	45

ВВЕДЕНИЕ

Несмотря на значительное снижение частоты таких видов, как грубо деформированный таз и сужение его разной степени, проблема узкого таза не утратила своей актуальности. Значимость проблемы обусловлена процессом акселерации, возрастанием величины массо-ростового показателя среди населения, увеличением частоты смешанных формы узкого таза.

В современной акушерской практике редко встречаются грубые деформации таза и выраженные (III–IV) степени его сужения. На первый план выходят тазы с незначительным (I степень) сужением, а также так называемые «стертые» формы, которые сложно диагностировать стандартными методами акушерского исследования. Для «стертых» тазов характерно небольшое (до 10 мм) уменьшение одного или нескольких размеров малого таза, особенно в его полости.

Среди наиболее распространенных форм сужения – поперечносуженный таз, таз с уменьшением прямого размера широкой части полости, ассимилационный («длинный») и спондилолистетический таз. Плоские тазы встречаются реже.

Любое уменьшение размеров таза (как анатомическое, так и функциональное) способно увеличить продолжительность прохождения предлежащей части плода и повысить риск родового травматизма. При анатомическом сужении существует опасность несоответствия между тазом матери и головкой плода, что ведет к развитию клинически узкого таза. В связи с этим ведение родов у таких пациенток остается актуальной задачей, требующей от акушера-гинеколога высокого уровня профессионализма.

ТЕМА: «УЗКИЕ ТАЗЫ В АКУШЕРСТВЕ»

Цель занятия: овладеть знаниями по диагностике, клинике, особенностям течения и ведения беременностей и родов при анатомически и клинически узком тазе.

Требования к уровню усвоения материала: Студент должен знать: определение понятия «анатомически узкий таз», классификацию по форме и степени сужения таза, диагностику, особенности течения и ведения беременности и родов в зависимости от формы и степени сужения таза, биомеханизм родов при анатомически узком тазе, определение понятия «клинически узкий таз», причины клинического несоответствия, диагностику и врачебную тактику при клинически узком тазе, осложнения для матери и плода.

Студент должен уметь: поставить диагноз анатомически узкого таза на основании измерения наружных размеров таза с помощью тазомера, измерения диагональной конъюгаты, оценки признаков Вастена; провести диагностику форм сужения таза, определить степень сужения таза и дать развернутый диагноз в соответствии с принятой классификацией; уметь диагностировать клинически узкий таз в I и II периодах родов, прогнозировать течение родов при анатомически и клинически узком тазе, уметь выбрать правильную тактику родоразрешения.

Практические навыки: произвести акушерское обследование, расшифровать данные дополнительных методов исследования.

Определение.

Анатомически узким считается таз, у которого хотя бы один из основных размеров уменьшен на 1,5–2 см по сравнению с нормой. Ключевым критерием служит длина истинной конъюгаты: если она менее 11 см, это указывает на сужение.

Клинически (или функционально) узким называют таз, при котором возникает несоответствие между размерами плода и таза роженицы, независимо от абсолютных значений последнего.

АНАТОМИЧЕСКИ УЗКИЙ ТАЗ

Эпидемиология.

Анатомически узкий таз диагностируется у 2,6–23% женщин. Частота выявления клинически узкого таза составляет 1,3–1,7% от всех родов.

Кодировка по МКБ-10. Данное состояние классифицируется под следующими кодами:

- O33.0 – Деформация костей таза, приводящая к диспропорции.
- O33.1 – Равномерно суженный таз, приводящий к диспропорции.
- O33.2 – Сужение входа таза, приводящее к диспропорции.
- O33.3 – Сужение выхода таза, приводящее к диспропорции.
- O33.4 – Диспропорция смешанного генеза.

Классификация

Единой общепризнанной классификации анатомически узких тазов в настоящее время нет. Узкий таз обычно классифицируют по форме, степени сужения и частоте встречаемости.

Классификация узкого таза по форме Caldwell-Moloy (1933, 1934):

- ✓ Гинекоидный
- ✓ Антропоидный
- ✓ Андроидный
- ✓ Платипелоидный
- ✓ Смешанная форма

В отечественной акушерской практике применяется классификация, учитывающая форму и степень сужения (рис. 1).

По форме сужения выделяют часто и редко встречающиеся формы.

Часто встречающиеся формы (95,6% случаев):

- ✓ Поперечно-суженный (45,2%).
- ✓ Плоский, который подразделяется на:
Таз с уменьшением прямого диаметра широкой части полости (21,8%).
 - Простой плоский (13,6%).
 - Плоскорахитический (6,5%).
- ✓ Общеравномерносуженный (8,5%).

Редко встречающиеся формы (4,4% случаев):

- ✓ Кососмещенный и кососуженный.
- ✓ Таз, суженный экзостозами, костными опухолями, вследствие переломов со смещением.

✓ Другие формы (остеомалятический, кифотический, спондилолистетический).

✓ Таз, суженный due to опухолями яичников или матки, расположенными в полости малого таза.

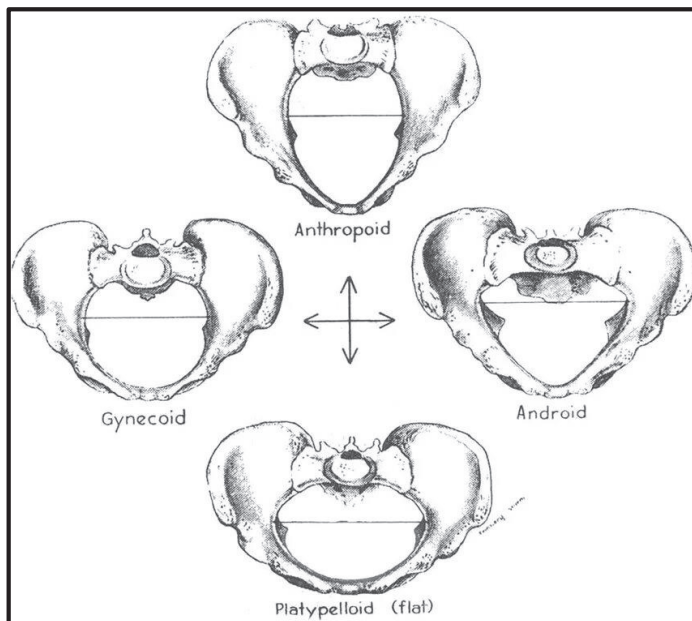


Рисунок 1. Классификация узкого таза по форме Caldwell-Moley

В последние десятилетия структура анатомически узких тазов изменилась: если ранее преобладал общеравномерносуженный тип, то сейчас чаще диагностируются поперечно-суженный таз и таз с уменьшением прямого размера широкой части полости. Использование методов лучевой диагностики позволило выявить такие формы, как ассимилированный («длинный») таз, являющийся следствием врожденной аномалии (сакрализация).

Классификация по степени сужения. Согласно классификации А. Ф. Пальмова, выделяют четыре степени сужения на основе длины истинной конъюгаты:

- I степень: 10,5–9,1 см (96,8% случаев).
- II степень: 9,0–7,6 см (3,18%).
- III степень: 7,5–6,6 см (0,02%).
- IV степень: менее 6,5 см (крайне редко).

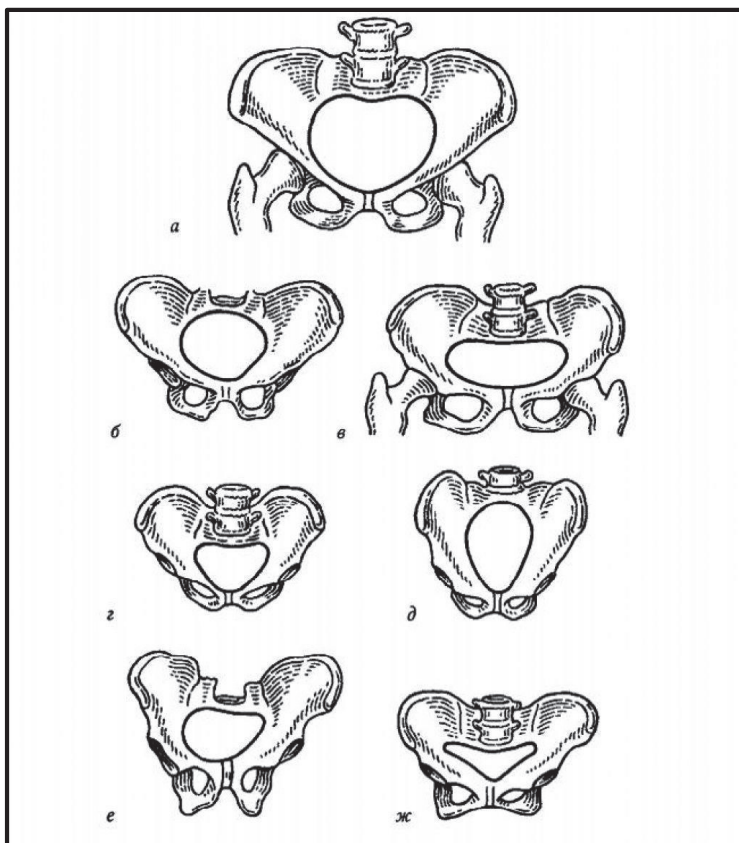


Рисунок 2. **а** – нормальный таз; **б** – общеравномерносуженный таз;
в – простой плоский таз; **г** – общесуженный плоский таз;
д – поперечносуженный таз; **е** – кососуженный таз;
ж – остеомалатический таз

А. Я. Крассовский предлагал выделять три степени:

- I: 11–9,5 см.
- II: менее 9,5–6,5 см.
- III: менее 6,5 см.

Для поперечно-суженных тазов степень определяют по поперечному размеру входа в малый таз:

- I степень: 12,5–11,5 см.
- II степень: 11,5–10,5 см.
- III степень: менее 10,5 см.

Этиология

Формирование узкого таза обусловлено множеством факторов, действующих в различные периоды жизни женщины:

- ✓ Недостаточное питание в детстве, перенесенный рахит, детский церебральный паралич, полиомиелит.
- ✓ Заболевания и повреждения костей таза (остеомалация, переломы, опухоли, туберкулез, врожденные аномалии).
- ✓ Деформации позвоночника (кифоз, сколиоз).
- ✓ Патологии нижних конечностей (заболевания тазобедренных суставов, атрофия).
- ✓ Травмы (в результате автомобильных аварий и пр.).

В пубертатном периоде формирование таза находится под влиянием половых гормонов: эстрогены стимулируют рост в поперечных размерах, а андрогены – в длину. Акселерация, значительные психоэмоциональные нагрузки, интенсивные занятия спортом, прием гормонов могут приводить к гипоестрогении и формированию поперечно-суженного таза. Определенную роль играют нарушения осанки и ношение тесной одежды.

Клиническая картина и диагностика

Диагностика требует комплексного подхода и включает:

1. Сбор анамнеза: выявление перенесенных в детстве заболеваний (рахит, дисплазия тазобедренных суставов), травм, особенностей течения пубертатного периода, гинекологического и акушерского анамнеза.
2. Объективное обследование:
 - Оценка роста, телосложения, пропорциональности тела.
 - Осмотр позвоночника, нижних конечностей, суставов.
 - Форма живота на поздних сроках.
 - Измерение угла наклона таза.
 - Оценка крестцового ромба (ромба Михаэлиса).
3. Наружная пельвиометрия: измерение основных размеров большого таза.
4. Определение индекса Соловьева: измерение окружности лучезапястного сустава для оценки толщины костей (норма 14,5–15 см).
5. Влагалищное исследование: оценка емкости таза, измерение диагональной конъюгаты, осмотр крестцовой впадины, седалищных остей, лонного угла.

6. Расчет истинной конъюгаты:

- По наружной конъюгате: минус 9 см.
- По диагональной конъюгате: минус 1,5–2,0 см (в зависимости от индекса Соловьева и высоты симфиза).

7. Методы лучевой диагностики:

- Рентгенопельвиметрия (проводится вне беременности или при доношенном сроке).
- Магнитно-резонансная томография (МРТ) – высокоинформативный и безопасный метод.
- Ультразвуковое исследование (УЗИ) – позволяет оценить истинную конъюгату и положение головки плода.

Особенности диагностики и механизма родов при часто встречающихся формах

Характеристика часто встречающихся форм таза

Общеравномернوسуженный таз – все размеры (прямые, поперечные, косые) уменьшены на одинаковую величину, чаще всего на 1,5–2,0 см. Общеравномерносуженный таз чистого типа наблюдается у женщин небольшого роста, правильного телосложения. Таз имеет правильную форму нормального хорошо развитого таза, но все размеры его уменьшены.

Наблюдаются следующие разновидности общеравномерносуженного таза:

а) Инфантильный – встречается у женщин при морфологических и функциональных признаках инфантилизма. Наряду с уменьшением всех размеров таз сохраняет некоторые признаки присущие детскому возрасту: крестец узок и малоизогнут, лобковый угол острый.

б) Таз мужского типа – у женщин высокого роста с признаками интерсексуальности. По строению таз приближается к мужскому: высокая, воронкообразная форма полости, острый лобковый угол.

в) Карликовый таз – крайняя степень сужения общеравномерносуженного таза. Встречается чрезвычайно редко у женщин маленького роста (120–145 см), но пропорционального телосложения.

Поперечносуженный таз – характеризуется уменьшением всех поперечных размеров малого таза на 1–2 см и более, при нормальных прямых размерах всех плоскостей малого таза.

Вход в малый таз имеет круглую или продольно-овальную форму.

Этот тип таза напоминает мужской.

Диагностика поперечносуженного таза общепринятыми клиническими методами и представляет определенные сложности. Результаты наружного

определения основных размеров таза при его поперечном сужении не всегда информативны.

Наибольшее диагностическое значение имеет определение поперечного размера крестцового ромба (менее 10 см) и поперечного размера плоскости выхода малого таза (менее 10,5 см), которые у женщин с поперечносуженным тазом уменьшены.

Поперечносуженный таз имеет и другие анатомические особенности:

- малую развернута из крыльев подвздошных костей,
- узкую лонную дугу.

При влагалищном исследовании отмечается сближение седалищных остей, острый лонный угол. Окончательный диагноз данной формы таза можно поставить только при R-пельвиометрии.

Женщины с поперечносуженным тазом часто имеют мужской тип телосложения.

Плоский таз – характеризуется укорочением прямых размеров при обычной величине поперечных и косых. Плоский таз возникает в результате смещения крестцовой кости вперед, к лонному сочленению.

Различают две формы плоского таза:

а) Простой плоский таз – характеризуется выдвиганием крестца в таз без изменения формы и кривизны крестца, что приводит к уменьшению всех прямых размеров, вход в малый таз имеет отчётливую форму овала, расположенного длинником поперёк.

Причина образования простого плоского таза не выяснена, у женщин с этим видом узкого таза – телосложение правильное.

б) Плоско-рахитический таз – резко отличается по своему строению от нормального таза. Он является следствием заболевания детей рахитом. При этом заболевании окостенение широких хрящевых прослоек, разделяющих кости таза, замедляется, они значительно утолщаются. Давление позвоночника на таз и натяжение мышечно-связочного аппарата приводит к деформации таза.

Плоско-рахитический таз характеризуется следующими признаками: крылья подвздошных костей слаборазвиты, плоские, развернуты, в соответствие с этим d.Spinaeum приближается к d.Cristarum, и даже может превышать ее, крестцовый мыс глубоко выступает в плоскость входа в малый таз, прямой размер плоскости входа в малый таз (истинная конъюгата) уменьшен, плоскость входа приобретает форму почки или «карточного» сердца, крестец уплощен и отогнут кзади вокруг оси, проходящей в поперечнике пояснично-крестцового сочленения, вследствие чего размеры выхода из малого таза увеличены. Иногда определяется второй, «ложный» мыс, который образуется, по-види-

мому, в результате задержки окостенения межпозвоночного хряща между первым и вторым крестцовыми позвонками, неокостеневший хрящ в виде диска выступает своим передним краем в полость таза.

Практическое значение «ложного» мыса заключается в том, что иногда он располагается ближе к лонному сочленению, чем истинный мыс.

Общесуженный плоский таз – таз, совмещающий в себе признаки общеравномерносуженного и простого плоского тазов. У большинства женщин с таким тазом можно обнаружить общее недоразвитие и следы перенесенного в детстве рахита.

Сужение таза может быть выражено очень резко, причем наиболее сильно укороченным оказывается прямой размер входа в малый таз.

Строение полости малого таза может быть различным, в зависимости от доминирующих изменений, характерных для общеравномерносуженного или для плоского таз. Поэтому полость малого таза, суженная в плоскости входа, в одних случаях – остается суженной на всем протяжении, вплоть до выхода, при этом сохраняется изогнутость крестца (превалируют признаки общеравномерносуженного таза). В других случаях – полость малого таза постепенно расширяется по направлению к выходу, благодаря сгибанию кзади упрощенного крестца (превалируют признаки плоско-рахитической таза).

Особенности различных форм узкого таза суммированы в таблицах, где представлены данные наружного осмотра, пельвиометрии, влагалищного исследования и лучевой диагностики.

БИОМЕХАНИЗМ РОДОВ:

При поперечно-суженном тазе часто наблюдается косое асинклитическое вставление головки. Роды возможны через естественные пути только при переднем виде предлежания; задний вид обычно приводит к клиническому несоответствию (рис. 3).

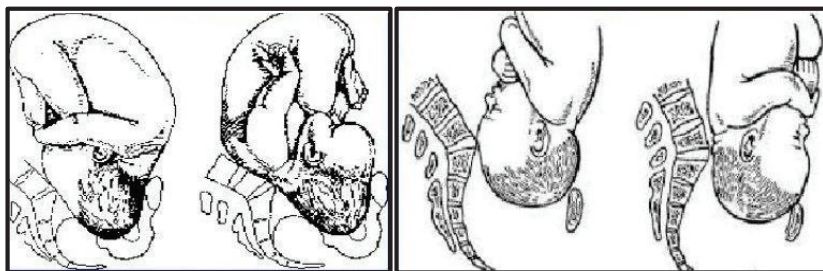


Рисунок 3. Головка устанавливается стреловидным швом
в прямом размере входа в малый таз – высокое прямое стояние головки

– Высокое прямое стояние головки, что является благоприятным для данной формы таза.

– При заднем виде затылочного предлежания и высоком прямом стоянии головки, нередко, имеются признаки клинического несоответствия, что является показанием к кесареву сечению.

– Неблагоприятным является асинклитическое вставление головки плода при расположении стреловидного шва в одном из косых размеров таза, при котором, как правило, имеются признаки клинического несоответствия.

При простом плоском тазе головка долго остается подвижной над входом, вставляется асинклитически. Прогноз благоприятен при переднем асинклитизме (рис. 4).

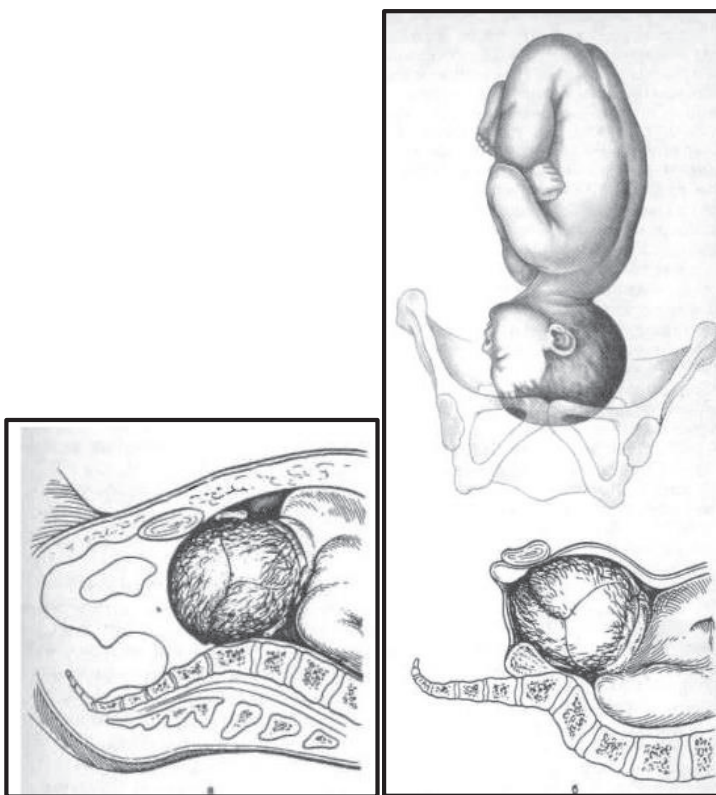


Рисунок 4. Механизм родов при плоском тазе. Разгибание головки при входе в малый таз: **а** – асинклитическое вставление головки (переднетеменное), **б** – асинклитическое вставление головки (заднетеменное)

– Длительное стояние головки стреловидным швом в поперечном размере плоскости входа в малый таз.

– Небольшое разгибание головки во входе в таз, так что над размером входа в малый таз оказывается малый поперечный размер головки (8 см).

– При хорошей родовой деятельности головка плода опускается в малый таз стреловидным швом в поперечном размере – низкое поперечное стояние головки.

– Внутренний поворот головки может произойти на тазовом дне, или при бурной родовой деятельности головка плода может не совершить внутреннего поворота и ее рождение происходит стреловидным швом в поперечном размере, что является травматичным для матери и плода.

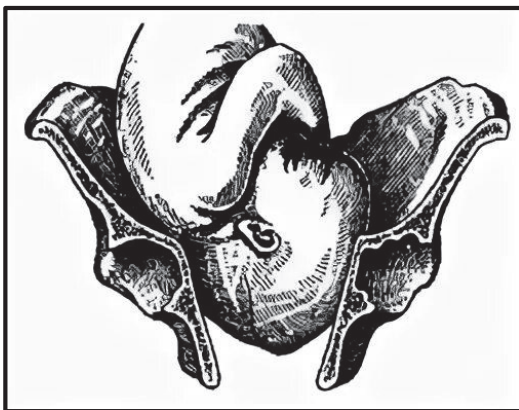
- При тазе с уменьшенным прямым размером широкой части возможны асинклитическое вставление и осложнения при заднем виде.

- При плоскорахитическом тазе характерно длительное стояние головки в поперечном размере, асинклитическое вставление и «штурмовой» характер второго периода.

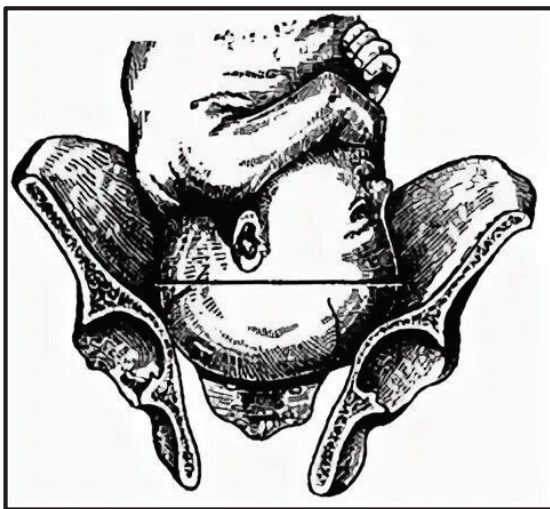
Асинклитическое вставление головки. Более благоприятным является передний асинклитизм. При хорошей родовой деятельности задняя теменная кость соскальзывает с мыса и далее роды протекают по типу «штурмовых».

– При заднем асинклитизме развивается клиника функционально узкого таза и дальнейшее консервативное ведение родов не представляется возможным.

- При общеравномерносуженном тазе головка вставляется в состоянии сильного сгибания, продвижение ее замедлено, высок риск травматизма матери и плода (рис. 5).



а.



б.

Рисунок 5. **а** – благоприятное положение – максимальное сгибание головки при переходе из широкой части в узкую, **б** – неблагоприятное положение

- Сгибание головки во входе в таз, так что плод опускается в полость малого таза размером головки меньшим, чем малый косой.
- Максимальное сгибание головки при переходе из широкой части в узкую.
- Долихоцефалическая форма головки (сильная конфигурация головки).
- Отсутствие полноценной точки фиксации из-за острого угла лонного сочленения, вследствие чего – перерастяжение и травмы промежности.

Особенности течения и ведения беременности и родов

Беременность у женщин с анатомически узким тазом чаще осложняется угрозой преждевременных родов, преждевременным излитием вод, выпадением петель пуповины, гипоксией плода. Характерны высокое стояние дна матки, выраженная одышка, более высокая частота неправильных положений и разгибательных предлежаний плода.

Тактика ведения:

1. Дородовая госпитализация в 38 недель для оценки соотношения размеров таза и плода, выбора метода родоразрешения.
2. Прогнозирование исходов родов на основе точной оценки формы и степени сужения таза и расчета предполагаемой массы плода (ПМП) по формулам (Якубовой, Жордания, Ланковица, Джонсона) или данным УЗИ.

3. Планирование родов:

- I степень сужения + средние размеры плода (до 3600 г): возможны роды через естественные пути с функциональной оценкой таза в родах.
- II степень сужения: плановое кесарево сечение. Естественные роды возможны лишь в исключительных случаях (небольшой плод, хорошая готовность родовых путей).
- III–IV степень сужения: абсолютное показание к плановому кесареву сечению.

Роды при анатомически узком тазе сопряжены с высоким риском осложнений: аномалий родовой деятельности, гипоксии и травмы плода, разрывов матки и мягких тканей, кровотечений.

Ведение родов прежде всего зависит от степени сужения таза, размеров плода и их клинического соответствия.

При 1 и 2 степени сужения при средних размерах плода при хорошей родовой деятельности и достаточной способности головки плода к конфигурации, возможны роды через естественные родовые пути. При 3 и 4 степени сужения роды живым доношенным плодом невозможны.

Наиболее частые осложнения в родах при анатомически узком тазе:

- ✓ преждевременное и раннее излитие околоплодных вод;
- ✓ аномалии родовой деятельности;
- ✓ замедленное продвижение предлежащей части плода – сдавление мягких тканей с возможным развитием в дальнейшем мочеполовых, шеечно-вагинальных и кишечно-половых свищей;
- ✓ перерастяжение нижнего сегмента матки, что может привести к разрыву матки;
- ✓ повреждение лона, крестцово-подвздошных и крестцово-копчиковых сочленений;
- ✓ разрывы мягких родовых путей;
- ✓ гипоксия и асфиксия плода, внутричерепные кровоизлияния, кефалогематомы, иногда вдавления и трещины костей черепа;
- ✓ мертворождение, высокая частота ранней детской смертности;
- ✓ частота послеродовых заболеваний при анатомически узких тазах значительно выше, чем при нормальном тазе.

Вопрос о том, будет ли данный анатомически узкий таз нормальным в функциональном отношении, решается только во время родов.

Выделяют основные факторы, определяющие исход родов при узком тазе:

- общее состояние роженицы;
- интенсивность родовых сил;

- состояние и размеры плода;
- состояние родовых путей;
- степень соответствия объема головки плода и таза роженицы.

Функциональной оценке таза должна предшествовать его анатомическая оценка, с учетом величины плода, общепринятыми методами и, при необходимости, с использованием специальных методов исследования (компьютерное моделирование, рентгеноцефалопельвиометрия).

Ведение родов включает:

- ✓ Непрерывный кардиомониторинг (КТГ).
- ✓ Ведение партограммы.
- ✓ Оценку продвижения и вставления головки.
- ✓ Своевременную диагностику и коррекцию осложнений.
- ✓ При затяжных родах и признаках несоответствия – экстренное кесарево сечение.

Анатомически узкий таз редко является показанием к плановому кесареву сечению, оно необходимо лишь при сужении таза 3 и 4 степени, при экзостозах или костных опухолях в малом тазу, при значительных деформациях таза в результате перенесённой травмы, препятствующих прохождению плода, при разрывах лобкового симфиза в предыдущих родах или других повреждениях таза, при наличии мочеполовых или кишечно-половых свищей и др.

При сужении таза 1 и 2 степени плановое кесарево сечения производят в случае сочетания узкого таза с переношенным или крупным плодом, тазовым предлежанием плода, аномалиями развития половых органов, неправильным положением плода, бесплодием, мертворождением в анамнезе и другой акушерской и экстрагенитальной патологией.

При сужении таза 1 степени обычно начинают вести роды через естественные родовые пути. Ведение родов включает: функциональную оценку таза, при возможности, мониторинг, наблюдение, проведение профилактики внутриутробной гипоксии плода и кровотечения в родах, использование рассечения промежности (эпизиотомия). Роды следует вести активно-выжидательно.

Несмотря на то, что головка плода отличается способностью к конфигурации, анатомическое соответствие размеров таза и головки плода имеет весьма большое значение для течения и ведения родов. Распознавание степени соответствия головки плода ко входу в малый таз становится возможным после отхождения околоплодных вод и раскрытия шейки матки не менее 7 см.

Для этого распознавания предложено несколько методов. Наиболее легко выполнимым является метод, предложенный русским акушером

В. А. Вастеном. Он основан на определении степени выстояния, «нависания» головки над лоном.

Технически метод Вастена выполняется следующим образом.

Роженица лежит на спине с выпрямленными ногами. Мочевой пузырь перед исследованием должен быть опорожнен. Врач кладет ладонь на переднюю поверхность лонной дуги. Производя скользящие движения и слегка надавливая на подлежащие ткани по направлению к головке. Если пальцы, выйдя за пределы верхнего края лона, соскальзывают с него вглубь, где прощупывается наиболее выступающая часть головки, то это значит, что объем головки меньше, чем окружность входа в таз, и, следовательно, несоответствия между ними нет: признак Вастена отрицательный.

Если пальцы, выйдя за пределы верхнего края лона, непосредственно переходят на находящуюся на том же уровне наиболее выступающую часть головки, то это значит, что между головкой и тазом имеется небольшое несоответствие: признак Вастена слабо положительный или ровный.

Если пальцы, выйдя за пределы верхнего края лона, встречают препятствие со стороны «нависающей» над входом в малый таз головки и при дальнейшем продвижении по направлению к наиболее выпуклой части передней ее поверхности приподнимаются вверх причем между лонным сочленением и головкой явно ощущается углубление, то это означает, что между головкой и тазом имеется значительное несоответствие: признак Вастена положительный (рис. 6).

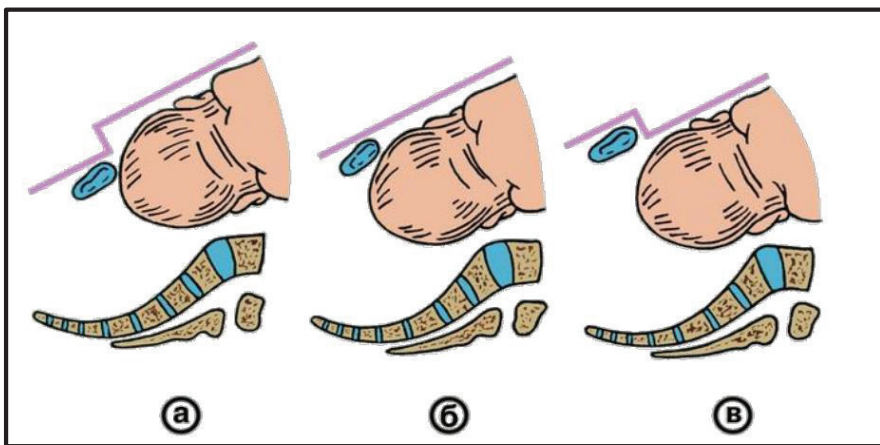


Рисунок 6. а – отрицательный, б – ровный, в – положительный

При отрицательном признаке Вастена роды можно вести консервативно через естественные родовые пути.

При слабо положительном – прогноз выявляется в процессе родов. Если родовая деятельность достаточно интенсивная, головка хорошо конфигурируется, роды могут закончиться консервативно.

При положительном признаке Вастена, из-за значительного несоответствия между головкой плода и тазом, роды заканчивают операцией кесарево сечение.

Цангеймстер предложил определять наличие и степень возвышения передней поверхности головки над симфизом путем измерения тазомером в положении роженицы на боку. Сначала измеряют наружную конъюгату, затем переднюю пуговку тазомера перемещают на наиболее выступающую точку предлежащей головки, задняя пуговка остается на месте. При соответствии размеров головки плода и таза наружная конъюгата на 3–4 см длиннее, чем размер от головки до надкрестцовой ямки. Если последний размер больше наружной конъюгаты, значит размер головки не соответствует размеру таза. Одинаковая величина обоих размеров свидетельствует о наличии резкого несоответствия, при котором прогноз для консервативного течения родов – сомнительный (рис. 7).

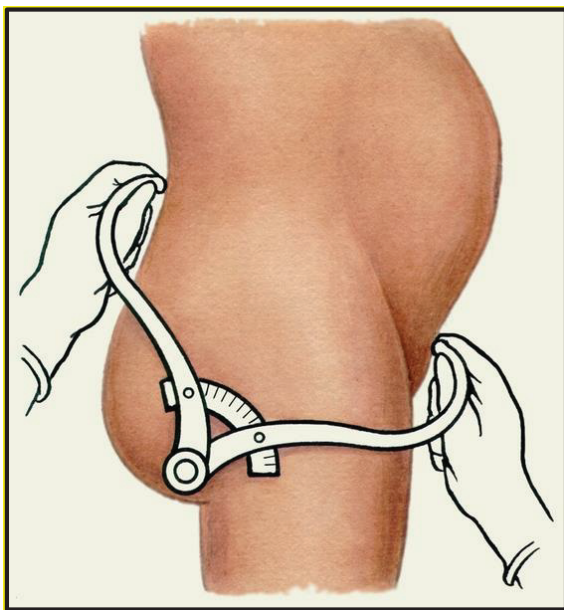


Рисунок 7. Симптом Цангеймстера

Функциональное несоответствие размеров таза и плода встречается в 0,5–1,7% всех родов.

При несоответствии таза роженицы и головки плода опасными признаками являются: длительное стояние головки в одной плоскости, отечность шейки матки и наружных половых органов, задержка мочеиспускания и появление крови в моче, растяжение нижнего сегмента, повышение температуры тела и учащение пульса. Шейка матки при открытии близком к полному не смещается за головку плода, часто отекает и пассивно свисает во влагалище, что создает ложное впечатление о неполном раскрытии.

Показания к плановому кесареву сечению:

- Анатомически узкий таз II–III степени, деформации таза, экзостозы.
- Сочетание I степени сужения с другой акушерской патологией (крупный плод, тазовое предлежание, перенашивание, преэклампсия и др.).

Показания к экстренному кесареву сечению:

- Отсутствие родовой деятельности после излития вод.
- Аномалии родовой деятельности.
- Клиническое несоответствие.

Вакуум-экстракция и акушерские щипцы применяются крайне осторожно, только при отсутствии признаков клинического несоответствия и нахождении головки на тазовом дне.

КЛИНИЧЕСКИ УЗКИЙ ТАЗ

Определение.

Клинически узкий таз – это состояние, при котором возникает несоответствие между головкой плода и тазом матери, независимо от размеров последнего.

Признаки клинически узкого таза:

- степень выраженности конфигурации головки;
- наличие признаков Вастена-Цангеймейстера;
- симптомы прижатия мочевого пузыря;
- отсутствие продвижения головки, особенно при полном раскрытии шейки матки и энергичной родовой деятельности;
- симптомы угрожающего разрыва матки.

Кодировка по МКБ-10.

Коды рубрики О65 («Затрудненные роды вследствие аномалии таза у матери»).

Этиология

Основные причины:

- ✓ Анатомически узкий таз.
- ✓ Крупный плод.
- ✓ Неправильные предлежания и вставления головки (разгибательные, асинклитические, задний вид).
- ✓ Гидроцефалия плода.

Диагностика.

Диагностика сложна и основывается на выявлении признаков несоответствия в родах:

- ✓ Нарушение сократительной деятельности матки.
- ✓ Отсутствие продвижения головки при полном раскрытии.
- ✓ Выраженная конфигурация головки, большая родовая опухоль.
- ✓ Болезненные, непродуктивные схватки.
- ✓ Положительный признак Вастена (передняя поверхность головки находится выше плоскости симфиза).
- ✓ Симптомы прижатия мочевого пузыря, гипоксия плода.

Классификация

Калганова Р. И. (1965 г.) предложила КЛАССИФИКАЦИЮ клинически узкого таза в зависимости от степени несоответствия.

I степень несоответствия (относительная):

- особенности вставления головки и механизм родов, свойственные имеющейся форме сужения;
- хорошая конфигурация головки;
- признак Вастена – положительный.

Возможно завершение родов через естественные пути при хорошей родовой деятельности.

II степень (значительное несоответствие):

- особенности вставления головки и механизм родов, свойственные имеющейся форме сужения;
- резко выраженная конфигурация головки;
- длительное стояние головки в одной плоскости;
- симптом прижатия мочевого пузыря (затрудненное мочеиспускание, примесь крови в моче);
- признак Вастена вровень.

III степень (абсолютное несоответствие):

- особенности вставления головки и механизм родов, свойственные имеющейся форме сужения, однако часто возникает механизм вставления головки несвойственный данной форме анатомически узкого таза, – выраженная конфигурация головки;
- признак Вастена – положительный;
- выраженное прижатие мочевого пузыря;
- преждевременное появление произвольных безрезультатных потуг;
- отсутствие поступательного движения головки при полном раскрытии шейки матки и энергичной родовой деятельности;
- симптомы угрожающего разрыва матки.

II и III степени: Самостоятельное завершение родов невозможно. Показано экстренное кесарево сечение.

При наличии III несоответствия следует немедленно закончить роды путем операции кесарево сечение.

Течение и ведение родов

Роды при клинически узком тазе часто осложняются несвоевременным излитием вод, аномалиями родовой деятельности, гипоксией плода, травмами матери (разрывы матки, симфиза, свищи).

Особое внимание следует обращать на характер родовой деятельности, так как даже при небольших степенях несоответствия кроме особенностей вставления головки, ее конфигурабельности, необходима эффективная сократительная деятельность матки (при клинически узком тазе часто наблюдаются

аномалии родовой деятельности в виде первичной или вторичной слабости родовой деятельности, дискоординированное сокращение и преждевременное появление потуг при высоко стоящей головке).

При слабости родовой деятельности, возникшей при клиническом несоответствии таза и головки плода, введение утеротоников противопоказано из-за опасности разрыва матки и травмировании плода. Функциональная оценка таза основана на выжидательной тактике. В большинстве случаев вопрос о степени несоответствия и выборе метода родоразрешения может быть решен в 1 периоде родов (при раскрытии шейки матки 6–7 см).

При ведении родов у женщин с узким тазом через естественные родовые пути в целях снижения травматизма матери и плода показано рассечение промежности (более целесообразна срединно-латеральная эпизиотомия). Такие операции, как вакуум-экстракция, акушерские щипцы, не применяются при узком тазе в силу их травматичности как для матери, так и для плода. При внутриутробной гибели плода производят плодоразрушающие операции (исключение – абсолютно узкий таз, 4 степень сужения таза).

В послеродовом периоде часты гипотонические кровотечения, анемия, гнойно-септические осложнения. Родовой травматизм новорожденных наблюдается в 27% случаев.

Профилактика развития узкого таза и акушерских осложнений

Профилактика должна начинаться в детском и подростковом возрасте:

- Рациональное питание, адекватные физические нагрузки, соблюдение гигиены труда и отдыха.
- Своевременное выявление и лечение гормональных нарушений.

Во время беременности:

- Включение женщин с узким тазом в группу высокого риска.
- Тщательное обследование для уточнения формы и степени сужения.
- Контроль за весом и рационом для профилактики крупного плода.
- Своевременная дородовая госпитализация в стационар третьего уровня для планирования родоразрешения.

ТЕСТОВЫЙ КОНТРОЛЬ

Часть 1. Тесты с одним правильным ответом.

1. Какой из перечисленных размеров является наиболее важным для оценки прямого размера входа в малый таз?

- а) *Distantia spinarum*
- б) *Distantia cristarum*
- в) *Conjugata externa*
- г) *Conjugata diagonalis*
- д) *Conjugata vera*

2. Анатомически узким тазом считается таз, у которого хотя бы один из основных размеров уменьшен по сравнению с нормой на:

- а) 0,5 см
- б) 1,0 см
- в) 1,5 см
- г) 2,0 см
- д) 2,5 см

3. Какой из приведенных признаков НЕ является типичным для «вставления» головки при общеравномерносуженном тазе?

- а) Разгибательное вставление
- б) Асинклитическое вставление
- в) Длительное стояние головки в одной плоскости
- г) Высокое прямое стояние стреловидного шва

4. Какой метод является «золотым стандартом» для диагностики анатомически узкого таза и определения его формы?

- а) Наружная пельвиометрия
- б) Измерение индекса Соловьева
- в) Рентгенопельвиометрия
- г) Ультразвуковая пельвиометрия
- д) Вагинальное исследование

5. При какой форме узкого таза наиболее часто наблюдается высокое прямое стояние стреловидного шва?

- а) Простой плоский таз
- б) Плоскорахитический таз

- в) Поперечносуженный таз
- г) Общеравномерносуженный таз

6. Симптом Вастена «вровень» характеризуется тем, что:

- а) Передняя поверхность головки находится выше лобкового симфиза.
- б) Передняя поверхность головки находится ниже лобкового симфиза.
- в) Передняя поверхность головки находится на одном уровне с лобковым симфизом.
- г) Головка не достигает линии, соединяющей верхний край лобка и мыс.

7. Какой размер таза является критическим для диагноза «абсолютно узкий таз»?

- а) $Conjugata\ vera < 7,0\text{ см}$
- б) $Conjugata\ vera < 8,0\text{ см}$
- в) $Conjugata\ vera < 9,0\text{ см}$
- г) $Conjugata\ vera < 10,0\text{ см}$

8. Для какой формы таза характерно значительное увеличение поперечного размера выхода при нормальных прямых размерах?

- а) Андроидный таз
- б) Гинекоидный таз
- в) Плоскорахитический таз
- г) Простой плоский таз

9. Какой клинический прием позволяет оценить соответствие между головкой плода и тазом матери?

- а) Прием Леопольда
- б) Прием Вастена
- в) Прием Цангемейстера
- г) Прием Кристеллера

10. Признак Вастена положителен, если:

- а) Головка пальпируется выше лобкового симфиза
- б) Головка пальпируется ниже лобкового симфиза
- в) Головка не пальпируется над лобковым симфизом
- г) Головка баллотирует над входом в малый таз

11. Какой из размеров характеризует емкость таза в широкой части полости?
- а) Прямой размер входа
 - б) Поперечный размер входа
 - в) Прямой размер широкой части
 - г) Поперечный размер узкой части
12. Удлинение крестца, его узкость и уплощение являются характерными признаками для:
- а) Общеравномерносуженного таза
 - б) Поперечносуженного таза
 - в) Плоскорахитического таза
 - г) Простого плоского таза
13. Что такое «истинная конъюгата» (*Conjugata vera*)?
- а) Расстояние между верхним краем лобкового симфиза и мысом.
 - б) Расстояние между нижним краем лобкового симфиза и мысом.
 - в) Расстояние между наиболее отдаленными точками подвздошных гребней.
 - г) Расстояние между передневерхними остями подвздошных костей.
14. Как рассчитывается истинная конъюгата по данным наружной пельвиометрии (по формуле Жордания)?
- а) 25 см – Индекс Соловьева
 - б) 20 см – Индекс Соловьева
 - в) Разница между наружной и диагональной конъюгатой
 - г) 9 см – (Индекс Соловьева – 1,5 см)
15. Основной механизм родов при простом плоском тазе направлен на:
- а) Увеличение сгибания головки
 - б) Увеличение разгибания головки
 - в) Максимальную ротацию в полости таза
 - г) Асинклитическое вставление
16. Что такое «асинклитическое вставление» головки?
- а) Вставление, при котором стреловидный шов расположен строго по проводной оси таза.
 - б) Вставление, при котором стреловидный шов расположен эксцентрично, а одна из теменных костей опускается первой.

- в) Вставление головки в разгибательном положении.
- г) Вставление головки в согнутом положении.

17. Клиноподобное вставление головки (асинклитизм) наиболее благоприятно для:

- а) Увеличения скорости родов.
- б) Прохождения головки через суженный прямой размер входа.
- в) Прохождения головки через суженный поперечный размер входа.
- г) Прохождения плечевого пояса.

18. Какой из перечисленных симптомов НЕ характерен для клинически узкого таза?

- а) Преждевременное излитие околоплодных вод.
- б) Полная соразмерность головки плода и таза матери.
- в) Выраженная конфигурация головки и образование родовой опухоли
- г) Положительный признак Вастена.

19. Признаком угрозы разрыва матки в родах при узком тазе является:

- а) Симптом «прилипшей» головки.
- б) Симптом «полотенца» (ребер).
- в) Высокое стояние контракционного кольца.
- г) Все перечисленные.

20. Какой вид родоразрешения является методом выбора при доношенной беременности и анатомически узком тазе I степени с благоприятными другими факторами?

- а) Плановое кесарево сечение.
- б) Роды через естественные родовые пути с функциональной оценкой таза.
- в) Вакуум-экстракция плода.
- г) Наложение акушерских щипцов.

21. Что понимают под «функциональной оценкой таза» в родах?

- а) Проведение рентгенопельвиометрии.
- б) Оценку соответствия размеров головки плода и таза матери по динамике родовой деятельности и продвижению головки.
- в) Измерение наружных размеров таза.
- г) Определение индекса Соловьева.

22. При какой степени анатомического сужения таза роды через естественные родовые пути ВОЗМОЖНЫ?

- а) Только I степень
- б) I и II степень
- в) I, II и III степень
- г) Только II степень

23. Какой из размеров является наиболее информативным для диагностики поперечносуженного таза?

- а) Уменьшение *distantia spinarum*
- б) Уменьшение *distantia cristarum*
- в) Уменьшение *conjugata externa*
- г) Увеличение индекса Соловьева

24. Признак «Ball» («баллотирование головки над входом в малый таз») характерен для:

- а) Начала первого периода родов при нормальном тазе.
- б) Клинически узкого таза.
- в) Физиологических родов в периоде изгнания.
- г) Всех перечисленных ситуаций.

25. Основная причина формирования клинически узкого таза – это:

- а) Неправильная форма таза.
- б) Абсолютное несоответствие между размерами головки плода и таза матери.
- в) Неправильные вставления головки при нормальных размерах таза.
- г) Все перечисленные верно.

26. Какой из вариантов является абсолютным показанием к плановому кесареву сечению при узком тазе?

- а) Анатомически узкий таз I степени.
- б) Анатомически узкий таз II степени в сочетании с крупным плодом.
- в) Анатомически узкий таз III степени.
- г) Анатомически узкий таз II степени при недоношенной беременности.

27. Что такое «индекс Соловьева»?

- а) Окружность лучезапястного сустава
- б) Длина бедренной кости

- в) Окружность талии
- г) Окружность голеностопного сустава

28. Большой индекс Соловьева (>15 см) указывает на:

- а) Массивность костей таза и возможное сужение его емкости
- б) Хрупкость костей таза и возможное увеличение его емкости
- в) Нормальное строение таза
- г) Наличие рахита в анамнезе

29. При какой форме узкого таза наиболее часто наблюдается задний вид?

- а) Гинекоидный
- б) Андроидный
- в) Антропоидный
- г) Платипелоидный

30. Основным прогностический критерий благоприятного исхода родов через естественные родовые пути при анатомически узком тазе – это:

- а) Хорошая конфигурационная способность головки плода.
- б) Эффективная родовая деятельность.
- в) Отсутствие признаков несоответствия (отрицательная функциональная оценка таза).
- г) Все перечисленные.

31. Какие два размера являются обязательными для измерения при наружной пельвиометрии для оценки поперечных размеров таза?

- а) *Distantia spinarum*
- б) *Distantia cristarum*
- в) *Conjugata externa*
- г) *Conjugata diagonalis*

32. Какие два признака являются достоверными эхографическими (УЗИ) критериями несоответствия между головкой плода и тазом матери?

- а) Отсутствие прижатия головки ко входу в малый таз после 37 недель.
- б) Наличие выраженной конфигурации головки.
- в) Большая родовая опухоль.
- г) Отсутствие продвижения головки при полном раскрытии шейки матки и хорошей родовой деятельности.

33. Выберите два основных механизма компенсации при родах в общеравномерносуженном тазе:

- а) Резкое разгибание головки.
- б) Резкое сгибание головки.
- в) Выраженная конфигурация головки (долихоцефалия).
- г) Асинклитическое вставление.

34. Какие два осложнения наиболее характерны для периода изгнания при клинически узком тазе?

- а) Слабость потуг
- б) Вторичная слабость родовой деятельности
- в) Острая гипоксия плода
- г) Угроза разрыва матки

35. Для какой формы анатомически узкого таза характерны два следующих признака: уменьшение всех размеров и сохранение нормальных пропорций между ними?

- а) Общеравномерносуженный таз
- б) Плоскорахитический таз
- в) Простой плоский таз
- г) Поперечносуженный таз

36. Какие два фактора, помимо размеров таза, являются решающими для постановки диагноза «Клинически узкий таз»?

- а) Размеры и конфигурация головки плода.
- б) Цвет околоплодных вод.
- в) Характер и эффективность родовой деятельности.
- г) Рост матери.

37. Какие два вида асинклитизма различают?

- а) Передний (вставление передней теменной кости).
- б) Задний (вставление задней теменной кости).
- в) Левосторонний.
- г) Правосторонний.

38. Выберите два абсолютных показания к кесареву сечению в родах при узком тазе:

- а) Положительный симптом Вастена.
- б) Сочетание анатомически узкого таза II степени и крупного плода.

- в) Анатомически узкий таз III степени.
- г) Появление признаков несоответствия (клинически узкий таз) в первом периоде родов.

39. Какие два исследования являются наиболее информативными для определения тактики ведения родов при подозрении на анатомически узкий таз?

- а) Измерение индекса Соловьева
- б) Рентгенопельвиометрия
- в) Ультразвуковая пельвиометрия и фетометрия
- г) Амниоскопия

40. Какие два осложнения в послеродовом периоде чаще встречаются у женщин с узким тазом?

- а) Субинволюция матки
- б) Послеродовые кровотечения
- в) Гематометы
- г) Послеродовые инфекции

41. Для какой формы таза характерны два следующих признака: уменьшение прямого размера входа и увеличение всех остальных прямых размеров?

- а) Общеравномерносуженный таз
- б) Плоскорахитический таз
- в) Простой плоский таз
- г) Андроидный таз

42. Какие два из перечисленных признаков характерны для заднего асинклизма (Негеле)?

- а) Вставляется передняя теменная кость
- б) Вставляется задняя теменная кость
- в) Стреловидный шов ближе к крестцу
- г) Стреловидный шов ближе к лону

43. Выберите два основных отличия простого плоского таза от плоскорахитического:

- а) В простом плоском тазе укорочена только истинная конъюгата.
- б) В плоскорахитическом тазе крестцовая кость деформирована и удлинена.
- в) В простом плоском тазе все прямые размеры увеличены.
- г) В плоскорахитическом тазе поперечные размеры уменьшены.

44. Какие два состояния в анамнезе матери могут привести к формированию анатомически узкого таза?

- а) Рахит в детстве
- б) Травмы костей таза
- в) Артериальная гипертензия
- г) Сахарный диабет

45. Какие два из перечисленных признаков являются УЗ-маркерами клинически узкого таза в родах?

- а) Отсутствие поступательного движения головки при полном раскрытии.
- б) Выраженная конфигурация головки (индекс сферичности $< 0,8$).
- в) Наличие кальцинатов в плаценте.
- г) Маловодие.

ОТВЕТЫ

Часть 1.

- 1. г) *Conjugata diagonalis*
- 2. в) 1,5 см
- 3. а) Разгибательное вставление
- 4. в) Рентгенопельвиометрия
- 5. б) Плоскорахитический таз
- 6. в) Передняя поверхность головки находится на одном уровне с лобковым симфизом.
- 7. б) *Conjugata vera* $< 8,0$ см
- 8. в) Плоскорахитический таз
- 9. б) Прием Вастена
- 10. а) Головка пальпируется выше лобкового симфиза
- 11. в) Прямой размер широкой части
- 12. в) Плоскорахитический таз
- 13. а) Расстояние между верхним краем лобкового симфиза и мысом
- 14. г) 9 см – (Индекс Соловьева – 1,5 см)
- 15. г) Асинклитическое вставление
- 16. б) Вставление, при котором стреловидный шов расположен экцентрично, а одна из теменных костей опускается первой.
- 17. б) Прохождения головки через суженный прямой размер входа
- 18. б) Полная соразмерность головки плода и таза матери
- 19. г) Все перечисленные

20. б) Роды через естественные родовые пути с функциональной оценкой таза.

21. б) Оценку соответствия размеров головки плода и таза матери по динамике родовой деятельности и продвижению головки.

22. б) I и II степень

23. б) Уменьшение *distantia cristarum*

24. б) Клинически узкого таза

25. г) Все перечисленные верно

26. в) Анатомически узкий таз III степени

27. а) Окружность лучезапястного сустава

28. а) Массивность костей таза и возможное сужение его емкости

29. б) Андроидный

30. г) Все перечисленные

31. а) *Distantia spinarum*, б) *Distantia cristarum*

32. а) Отсутствие прижатия головки ко входу в малый таз после 37 недель; г) Отсутствие продвижения головки при полном раскрытии шейки матки и хорошей родовой деятельности.

33. в) Выраженная конфигурация головки (долихоцефалия), г) Асинклитическое вставление.

34. в) Острая гипоксия плода; г) Угроза разрыва матки.

35. а) Общеравномерносуженный таз

36. а) Размеры и конфигурация головки плода, в) Характер и эффективность родовой деятельности.

37. а) Передний (вставление передней теменной кости), б) Задний (вставление задней теменной кости).

38. в) Анатомически узкий таз III степени, г) Появление признаков несоответствия (клинически узкий таз) в первом периоде родов.

39. б) Рентгенопельвиометрия; в) Ультразвуковая пельвиометрия и фетометрия.

40. а) Субинволюция матки; г) Послеродовые инфекции.

41. б) Плоскорихитический таз

42. б) Вставляется задняя теменная кость, в) Стреловидный шов ближе к крестцу.

43. а) В простом плоском тазе укорочена только истинная конъюгата, б) В плоскорихитическом тазе крестцовая кость деформирована и удлинена.

44. а) Рахит в детстве; б) Травмы костей таза.

45. а) Отсутствие поступательного движения головки при полном раскрытии; б) Выраженная конфигурация головки (индекс сферичности $< 0,8$).

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Задача 1.

Первобеременная, 22 года. Поступила в родильный дом со схватками через 10–12 минут. Срок беременности 39 недель. Данные обследования:

Наружная пельвиометрия: D.spinarum 24 см, D.cristarum 27 см, D.trochanterica 30 см, C.externa 19 см. Индекс Соловьева 14 см.

Влагалищное исследование: Шейка матки сглажена, раскрытие 4 см. Плодный пузырь цел. Головка прижата ко входу в малый таз. Мыс недостижим. Conjugata diagonalis 11,5 см.

УЗИ: Плод в головном предлежании. БПР 94 мм, ЛЗР 115 мм. Предполагаемая масса плода 3500 г. Плацента в дне, без особенностей. Воды чистые.

КТГ: Базальный ритм 140 уд/мин, вариабельность нормальная, акцелерации есть.

Вопросы:

Поставьте диагноз.

Обоснуйте диагноз, рассчитав истинную конъюгату.

Какова тактика ведения родов?

Задача 2.

Повторно беременная, 30 лет. В анамнезе – рахит в детстве. Первые роды 5 лет назад закончились экстренным кесаревым сечением по поводу клинически узкого таза. Сейчас срок беременности 38 недель. Данные обследования:

Наружная пельвиометрия: C.externa 17 см. Индекс Соловьева 16 см.

Влагалищное исследование: Мыс достижим, Conjugata diagonalis 9,5 см.

УЗИ: Плод в головном предлежании. БПР 98 мм. Предполагаемая масса плода 3800 г. Тазовое предлежание исключено.

Вопросы:

Поставьте диагноз.

Обоснуйте диагноз, рассчитав истинную конъюгату.

Какова тактика ведения данной беременной?

Задача 3.

Роженица, 25 лет, первобеременная. Поступила с регулярной родовой деятельностью. Раскрытие шейки матки 6 см. Воды излились 2 часа назад. Данные в динамике:

Влагалищное исследование через 4 часа после излития вод: Раскрытие полное. Головка находится в узкой части полости малого таза, стреловидный

шов в прямом размере, малый родничок слева кпереди. Конфигурация головки резко выражена, родовая опухоль большая.

КТГ: Базальный ритм 150-160 уд/мин, вариабельность снижена, акцелерации единичные, децелерации поздние, вариабельные.

Признак Вастена: «Положительный» (головка над лоном).

Вопросы:

Какой диагноз выставляется в данной ситуации?

Назовите признаки, на которых основан ваш диагноз.

Каковы ваши дальнейшие действия?

Задача 4.

Беременная, 19 лет, первобеременная. Срок 40 недель. При постановке на учет наружные размеры таза в норме. При дообследовании выявлено: УЗИ – плод в головном предлежании, БПР 102 мм, предполагаемая масса 4200 г. Окружность живота превышает окружность головки на 50 мм. Влагалищное исследование: Мыс недостижим, *Conjugata diagonalis* 12 см.

Вопросы:

Сформулируйте диагноз.

Оцените потенциальные риски в родах.

Определите тактику родоразрешения.

Задача 5.

Роженица, 32 года, вторые роды. Первые роды – срочные, самостоятельные, родился мальчик 3600 г. Сейчас срок 40 недель. Раскрытие шейки матки 8 см. Воды целы. Влагалищное исследование: Головка прижата ко входу, стреловидный шов в поперечном размере, большой родничок обращен кпереди и вправо, малый родничок кзади и влево. Пальпируется ушко.

КТГ: Базальный ритм 145 уд/мин, вариабельность нормальная.

Наружная пельвиометрия: *D.cristarum* 25 см.

Вопросы:

Какое вставление головки имеет место?

С какой формой таза может быть связано такое вставление?

Какова дальнейшая тактика?

Задача 6.

Первобеременная, 24 года. Родовая деятельность в течение 12 часов. Раскрытие шейки матки 9 см. Воды излились 6 часов назад. Проводилась родостимуляция окситоцином без эффекта. Данные:

Влагалищное исследование: Головка в широкой части полости малого таза, стреловидный шов в поперечном размере. Кости черепа плотные, швы не конфигурируются. Отмечается отек шейки матки и наружных половых органов.

КТГ: Базальный ритм 170 уд/мин, вариабельность отсутствует, децелерации поздние.

Состояние роженицы: Беспокойна, жалуется на боли, симптом «поло-тенца» положительный.

Вопросы:

Поставьте диагноз.

Обоснуйте диагноз.

Неотложная тактика.

Задача 7.

Беременная, 28 лет, рост 155 см, телосложение гиперстеническое. Срок беременности 37 недель. Данные:

Наружная пельвиометрия: D.spinorum 22 см, D.cristarum 24 см, C.externa 18 см. Индекс Соловьева 17 см.

УЗИ: Плод в головном предлежании. БПР 92 мм. Предполагаемая масса плода 3400 г.

Влагалищное исследование: Мыс недостижим.

Вопросы:

Оцените размеры таза. Рассчитайте истинную конъюгату.

Ваш диагноз и его обоснование.

Тактика ведения.

Задача 8.

Роженица, 20 лет. Первый период родов длится 14 часов. Раскрытие полное. Потуги в течение 1,5 часов. Головка на тазовом дне. Данные:

Влагалищное исследование в потуге: Стреловидный шов в прямом раз-мере, большой родничок обращен к симфизу. Над лоном определяется значи-тельная часть головки (признак Вастена «положительный»).

Состояние плода по КТГ: Базальный ритм 100–110 уд/мин, децелерации пролонгированные.

Вопросы:

Какой акушерской ситуации соответствует описание?

Каков механизм родов при этой ситуации и почему он нарушен?

Ваши действия.

Задача 9.

Беременная, 26 лет. Срок 39 недель. При проведении УЗИ выявлено: головка плода длительное время остается подвижной над входом в малый таз, «симптом баллотирования». БПР 96 мм. Наружная пельвиометрия: Все размеры уменьшены на 1,5–2 см от нормы. Индекс Соловьева 15 см.

Вопросы:

О чем свидетельствует УЗ-признак «баллотирования головки» в доношенном сроке?

Поставьте диагноз.

Какое дообследование необходимо для уточнения тактики?

Задача 10.

Роженица, 30 лет, вторые роды. Раскрытие шейки матки 5 см. Воды излились самостоятельно. Через 2 часа: Раскрытие осталось 5 см, схватки ослабли. Проводится терапия спазмолитиками и окситоцином. Еще через 4 часа: Раскрытие 6 см. Головка прижата ко входу. На КТГ – умеренная тахикардия у плода до 160 уд/мин.

Анамнез: Первые роды были тяжелыми, с наложением акушерских щипцов, ребенок родился в асфиксии, масса 3900 г.

Вопросы:

Какой вид вставления головки можно заподозрить?

Дифференциальный диагноз (с чем можно спутать?).

Тактика ведения.

Задача 11.

Первобеременная, 18 лет. В родах. Раскрытие 8 см. Влагалищное исследование: Стреловидный шов в одном из косых размеров, передняя теменная кость стоит ниже задней, малый родничок пальпируется хорошо, большой – плохо.

Наружная пельвиометрия: C.externa 18 см.

Вопросы:

Какой вид асинклитизма имеет место?

Является ли это состояние физиологическим или патологическим в данной ситуации?

Какой это может быть таз?

Задача 12.

Беременная, 35 лет. Рост 150 см. В анамнезе перелом костей таза в 20 лет. Срок беременности 38 недель. УЗИ: Плод в головном предлежании, масса

3200 г. Рентгенопельвиометрия (по показаниям): Выявлено уменьшение прямого размера выхода таза до 8 см. Все остальные размеры в норме.

Вопросы:

Поставьте диагноз.

Какие риски для плода и матери в периоде изгнания?

Тактика родоразрешения.

Задача 13.

Роженица, 22 года. Раскрытие шейки матки полное. Потуги 1 час. Головка врезалась в половую щель. Признак Вастена «вровень». При вагинальном исследовании – стреловидный шов в прямом размере, большой родничок обращен кзади. Продвижения головки в потугах нет.

Вопросы:

Опишите механизм родов, который должен был произойти.

Почему продвижения нет?

Какое акушерское пособие возможно и целесообразно?

Задача 14.

Беременная, 40 лет. Сопутствующий диагноз: деформирующий остеоартроз, сколиоз II степени. Срок 36 недель. Жалуется на боли в тазобедренных суставах при ходьбе. Наружная пельвиометрия: Асимметрия всех размеров. D.spinatum: справа 23 см, слева 25 см.

Вопросы:

О какой форме узкого таза можно думать?

Какое обследование является ключевым?

Какова вероятная тактика родоразрешения?

Задача 15.

Роженица, 25 лет. Вторые роды. Раскрытие 10 см. Воды излились 5 часов назад. Проводится родостимуляция. Головка в узкой части полости таза. На КТГ появляются глубокие поздние децелерации. Температура тела у роженицы 37,8° С, лейкоциты в крови $16 \times 10^9/\text{л}$.

Вопросы:

Поставьте диагноз (основной и осложнения).

С чем связано нарушение состояния плода?

Неотложная тактика.

Задача 16.

Первобеременная, 20 лет. В течение 10 часов в родах. Раскрытие 9 см. Влагалищно: головка прижата ко входу, стреловидный шов в поперечном размере. Контракционное кольцо расположено на 4 поперечных пальца выше лона, матка болезненна при пальпации. Моча выделяется с трудом, примесь крови.

Вопросы:

О каком грозном осложнении идет речь?

Назовите диагностические критерии.

Ваши неотложные действия.

Задача 17.

Беременная, 29 лет. Срок 41 неделя. УЗИ: Головное предлежание, масса плода 4000 г, толщина плаценты 45 мм, кальцинаты, маловодие (ИАЖ 5 см). Наружная пельвиометрия: В норме. Индекс Соловьева 14 см.

Вопросы:

Оцените ситуацию. Есть ли риск развития функционально узкого таза?

Обоснуйте ответ.

Тактика ведения.

Задача 18.

Роженица, 27 лет. Раскрытие полное. Потуги 2 часа. Головка на тазовом дне. При каждой потуге из половой щели показывается большая родовая опухоль, которая уходит после потуги. Признак Вастена малодостоверен из-за конфигурации.

Вопросы:

Ваш диагноз?

Какое дообследование необходимо провести срочно для оценки состояния плода?

Возможно ли в данной ситуации наложение вакуум-экстрактора? Почему?

Задача 19.

Беременная, 31 год. В анамнезе – полиомиелит, перенесенный в детстве, с последующей атрофией мышц правой ноги и деформацией таза. Срок 37–38 недель.

Вопросы:

Какой вид узкого таза наиболее вероятен?

Какое инструментальное исследование позволит точно оценить форму и размеры таза?

Тактика родоразрешения.

Задача 20.

Роженица, 23 года. Первые роды. Раскрытие 10 см. Потуги начались 30 минут назад. Влагалищное исследование: Головка в узкой части таза, стреловидный шов в левом косом размере, малый родничок слева кпереди. Конфигурация головки умеренная. КТГ: Базальный ритм 130 уд/мин, акцелерации в ответ на схватки.

Вопросы:

Оцените биомеханизм родов. Является ли он нормальным?

Каков прогноз для самопроизвольных родов?

Какова тактика ведения второго периода родов?

ОТВЕТЫ

Задача 1.

1. Беременность 39 недель. Анатомически узкий таз I степени. Роды в первом периоде.

2. Истинная конъюгата = $9 - (14 - 15)/2 \approx 8.5$ -9 см (I степень сужения). Головка прижата, конъюгата диагональная нормальная.

3. Тактика: Функциональная оценка таза в родах. Возможны самостоятельные роды под тщательным мониторингом.

Задача 2.

1. Беременность 38 недель. Анатомически узкий таз III степени. Рубец на матке.

2. Истинная конъюгата = $9.5 - 1.5 = 8.0$ см (погрешность), но с учетом индекса Соловьева (16 см) – расчетная конъюгата < 8 см. Анамнез рахита и КС в анамнезе.

3. Тактика: Плановое кесарево сечение.

Задача 3.

1. Клинически узкий таз.

2. Обоснование: Отсутствие прогресса (головка в узкой части при полном раскрытии) + положительный признак Вастена + признаки гипоксии плода на КТГ.

3. Тактика: Экстренное кесарево сечение.

Задача 4.

1. Беременность 40 недель. Крупный плод (4200 г). Угроза формирования клинически узкого таза.

2. Риски: Дистоция плечиков, слабость родовой деятельности, острая гипоксия плода.

3. Тактика: Плановое кесарево сечение (из-за сочетания крупного плода и потенциального несоответствия).

Задача 5.

1. Задний вид (передний асинклитизм).

2. Поперечносуженный таз (уменьшение D.cristarum).

3. Тактика: Выжидательная тактика, мониторинг КТГ. Возможна самокоррекция в передний вид.

Задача 6.

1. Клинически узкий таз. Угроза разрыва матки. Вторичная слабость родовой деятельности. Острая гипоксия плода.

2. Обоснование: Отсутствие эффекта от родостимуляции, отек тканей, неконфигурируемая головка, симптом «полотенца», патологическая КТГ.

3. Тактика: Немедленное прекращение родостимуляции. Экстренное кесарево сечение.

Задача 7.

1. Наружные размеры уменьшены. Истинная конъюгата $\approx 18 - 8 - (17 - 15)/2 \approx 9.5$? Более точно: $9 - (17 - 15) = 7.5$ см.

2. Анатомически узкий таз III степени (общеравномерносуженный).

3. Обоснование: Уменьшение всех наружных размеров, малый рост, индекс Соловьева 17 см, расчетная $C.vera < 8$ см.

4. Тактика: Плановое кесарево сечение.

Задача 8.

1. Высокое прямое стояние головки.

2. Нарушен биомеханизм родов: головка не совершила внутренний поворот и встала в прямом размере выхода таза.

3. Тактика: Экстренное кесарево сечение (признак Вастена положительный + страдание плода).

Задача 9.

1. УЗ-признак свидетельствует о возможном несоответствии между головкой плода и тазом матери.

2. Анатомически узкий таз (общеравномерносуженный).

3. Дообследование: Рентгенопельвиометрия для точного определения размеров и формы таза.

Задача 10.

1. Задний вид (задний асинклитизм) или простой плоский таз.

2. Дифференциальный диагноз: Слабость родовой деятельности.

3. Тактика: При отсутствии прогресса в течение 4 часов на фоне окситоцина – выставление диагноза «клинически узкий таз» и кесарево сечение.

Задача 11.

1. Передний асинклитизм (вставление по Нигеле).
2. В данном случае – физиологическая компенсация для прохождения головки.
3. Простой плоский таз.

Задача 12.

1. Анатомически узкий таз (сужение выхода).
2. Риски: Затруднение рождения головки, глубокие разрывы промежности, травма плода.
3. Тактика: Плановое кесарево сечение.

Задача 13.

1. Должен был произойти внутренний поворот головки затылком к симфизу (передний вид).
2. Продвижения нет из-за несоответствия (клинически узкий таз) – головка встала в прямом размере.
3. Кесарево сечение. Акушерские щипцы/вакуум-экстракция противопоказаны.

Задача 14.

1. Кососуженный таз.
2. Ключевое обследование: Рентгенопельвиометрия.
3. Тактика: Плановое кесарево сечение.

Задача 15.

1. Клинически узкий таз. Хориоамнионит. Острая гипоксия плода.
2. Связано с внутриутробной инфекцией и сдавлением головки.
3. Тактика: Срочное кесарево сечение + антибактериальная терапия.

Задача 16.

1. Угрожающий разрыв матки.
2. Критерии: Высокое стояние контракционного кольца, болезненность матки, затрудненное мочеиспускание с гематурией.
3. Тактика: Немедленное кесарево сечение.

Задача 17.

1. Высокий риск развития клинически узкого таза.
2. Обоснование: Крупный плод, перенашивание, маловодие (отсутствие «подушки»), признаки старения плаценты.
3. Тактика: Плановое кесарево сечение.

Задача 18.

1. Клинически узкий таз (головка прижата к выходу, но не проходит).
2. Срочная КТГ для оценки состояния плода.
3. Наложение вакуум-экстрактора противопоказано, так как отсутствует полное соответствие (головка не прошла все плоскости таза). Показано кесарево сечение.

Задача 19.

1. Кососуженный таз.
2. Рентгенопельвиометрия.
3. Тактика: Плановое кесарево сечение.

Задача 20.

1. Нормальный биомеханизм родов при переднем виде затылочного предлежания (1 момент – сгибание, 2 момент – внутренний поворот).
2. Прогноз благоприятный для самопроизвольных родов.
3. Тактика: Выжидательная тактика, контроль за продвижением головки и состоянием плода по КТГ

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

1. Савельева Г. М. Акушерство: учебник / Савельева Г. М., Шалина Р. И., Сичинава Л. Г., Панина О. Б., Курцер М. А. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 576с.
2. Радзинский В. Е. Гинекология. Руководство к практическим занятиям: учебное пособие. – 3-е изд., перераб. и доп. 2020. – 552 с.
3. Капительный В. А. Акушерство и гинекология. Практические навыки и умения с фантомным курсом: учеб. пособие / В. А. Капительный, М. В. Бершвили, А. В. Мурашко; под ред. А. И. Ищенко. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 392 с.
4. «Акушерство. Национальное руководство», под ред. В. Н. Серова, Г. Т. Сухих, М. А. Курцера, В. Е. Радзинского, издательство «ГЭОТАР-Медиа», 2025. – 1048с.

Учебное издание

Чулкова Елена Александровна
Тихомирова Елена Владиславовна
Орлюк Мария Анатольевна
Краснопольская Ирина Владиславовна
Анпилогов Сергей Владимирович
Комова Татьяна Дмитриевна
Орлюк Татьяна Андреевна

Узкие тазы в акушерстве

Учебно-методическое пособие

Издательство «Наукоемкие технологии»
ООО «Корпорация «Интел Групп»
<https://publishing.intelgr.com>
E-mail: publishing@intelgr.com
Тел.: +7 (812) 945-50-63
Интернет-магазин издательства
<https://shop.intelgr.com/>

Подписано в печать 10.11.2025.

Формат 60×84/16

Объем 2,375 п.л.

Тираж 500 экз.

ISBN 978-5-00271-042-3



9 785002 710423 >