

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ВИЩИЙ ДЕРЖАВНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД УКРАЇНИ
«УКРАЇНСЬКА МЕДИЧНА СТОМАТОЛОГІЧНА АКАДЕМІЯ»
КАФЕДРА АКУШЕРСТВА ТА ГІНЕКОЛОГІЇ №2

Затверджено:

на засіданні кафедри
акушерства і гінекології №2
протокол № 10 від 10 січня 2017 року
Завідувач кафедри
д.м.н., проф. _____ В.К. Ліхачов

**МЕТОДИЧНА РОЗРОБКА СЕМІНАРСЬКОГО ЗАНЯТТЯ
ДЛЯ ЛІКАРІВ-КУРСАНТІВ ПЕРЕДАТЕСТАЦІЙНОГО ЦИКЛУ
ЗА ФАХОМ «АКУШЕРСТВО І ГІНЕКОЛОГІЯ»**

Навчальна дисципліна	Акушерство та гінекологія
Тема:	Аномалії кісткового тазу (код курсу 4.1.2.)
Курс	Передатестаційний цикл
Факультет	Післядипломної освіти
Спеціальність	Акушерство і гінекологія

Полтава

I. Науково-методичне обґрунтування теми

Кінцевою метою усякої вагітності є народження здорової дитини. Захворювання та патологічні стани матері при вагітності та під час пологів, акушерські ускладнення, пов'язані з невідповідністю розмірів таза матері розмірам голівки плода можуть привести к важким ускладненням в пологах як для матері, так і для дитини.

II. Навчально-виховні цілі

Для формування умінь курсант повинні знати:

1. Поняття «таз з акушерської точки зору».
2. Поняття анатомічно та клінічно вузький таз.
3. Розміри нормального жіночого тазу.
4. Фактори ризику формування вузького тазу.
5. Клінічні прояви невідповідності розмірів тазу матері розмірам голівки плода.
6. Методи діагностики невідповідності розмірів тазу матері розмірам голівки плода.
7. Методи діагностики передбачуваної маси плода.
8. Ступені звуження тазу.

У результаті практичного заняття курсант повинен вміти:

1. Проведення зовнішнього акушерського обстеження.
2. Проведення внутрішнього піхвового дослідження.
3. Пельвіометрія.
4. Вимірювання діагональної кон'югати.
5. Визначення ознаки Вастена, Цангемейстера.
6. Моделювання біомеханізмів пологів при вузьких тазах.
7. Провести функціональну оцінку тазу в пологах.

III. Цілі розвитку особистості майбутнього фахівця

Використання етико-деонтологічних прийомів у процесі клінічного обстеження вагітних та виконанні лікарських маніпуляцій. Розвинути почуття відповідальності у лікарів за правильність дій на етапах обстеження та лікування вагітних. Формування у лікарів психологічної та фахової готовності до реальних умов професійної діяльності.

IV. Міждисциплінарна інтеграція:

Дисципліни	Знати	Вміти
<i>Попередні:</i>		
1. Анатомія	Анатомічна будова жіночого таза та голівки новонародженого. Розміри таза, площини таза, провідна вісь таза.	Вимірювати розміри тазу
2. Фізіологія	Фізіологія вагітності та пологів. Перебіг фізіологічної вагітності. Періоди пологів	Визначати термін вагітності. Визначати період пологів
<i>Наступні:</i>		
1. Неонатологія	Механізми розвитку різних ускладнень у новонародженого при клінічно чи анатомічно вузькому тазі.	Давати оцінку стану новонародженого.
2. Педіатрія	Віддалені наслідки ускладнень	

V. Зміст навчального матеріалу

Анатомічно вузький таз – це таз, в якому один з основних розмірів зменшений не менш як на 1-1,5 см. Проблема звуженого тазу в сучасному акушерстві актуальна, так як остання являється однією із причин материнської та перинатальної смертності. Частота звуженого тазу – 3,6-3,7%.

Причини походження звуженого тазу неоднорідні (вплив ендогенних і екзогенних факторів). Велике значення мають періоди життя дівчини: внутрішньоутробне, дитинства й період статевого розвитку. Причини вузького тазу: поліомієліт, туберкульоз, травми, рахіт, екзостози, пухлини кісткового апарату, спадковість, гормональні порушення (статеві гормони, андрогени).

Класифікація вузького тазу за формою звуження:

А. Форми, які порівняно часто зустрічаються.

1. Загальнорівномірнозвужений таз.
2. Поперечно звужений таз.
3. Плоский таз:
 - а) простий плоский таз;
 - б) плоскоррахітичний таз.
4. Загальнозвужений плоский таз.

Б. Форми, які рідко зустрічаються:

1. Косозміщений та косозвужений таз.
2. Асиміляційний таз.
3. Лійкоподібний таз.
4. Кіфотичний таз та інші різні форми.
5. Спнділолістетичний таз.
6. Остеомаліатичний таз.
7. Таз, звужений екзостозами та кістковими пухлинами.

Т.К.Степанковська та Б.М.Венцьковський (1994) наводять дещо іншу *класифікацію анатомічно вузького тазу за формою звуження:*

А. Форми вузького тазу, які порівняно часто зустрічаються:

1. Поперечнозвужений таз.
2. Плоский таз:
 - а) простий плоский таз;
 - б) плоскоррахітичний;
 - в) таз із зменшенням розмірів широкої частини його порожнини.
3. Загальнорівномірнозвужений таз.

Б. Форми, які рідко зустрічаються:

1. Косозміщений та косозвужений .
2. Таз, звужений екзостозами, кістковими пухлинами, внаслідок переломів тазу із зміщенням.
3. Інші форми вузького тазу.

З урахуванням особливостей будови за міжнародною класифікацією розрізняють:

1. Гінекоїдний (нормальний жіночий) таз.
2. Андроїдний (чоловічого типу) таз.
3. Антропоїдний або антропоїдний (притаманний ссавцям) із збільшенням прямого розміру і переважанням його над поперечним.

4. Платипелоїдний (плоский) таз при звуженні прямих розмірів з нормальними або навіть збільшеними поперечними розмірами.

Крім вказаних чотирьох розрізняють 14 варіантів змішаних форм тазу, що являють собою різні комбінації елементів “чистих” форм.

Класифікація вузького тазу за ступенем звуження прямого розміру входу в таз:

I ступінь – справжня кон'югата 9-11см

II ступінь – справжня кон'югата 7,5-9см

III ступінь – справжня кон'югата 6,5-7,5см

IV ступінь – справжня кон'югата менше 6,5см

Справжня кон'югата, дійсно, є основним розміром тазу. Та слід пам'ятати, що класифікація за ступенем її звуженості має тільки орієнтовне значення бо існують форми вузького тазу, значно звуженого в поперечному напрямку, з нормальною або навіть збільшеною істиною кон'югатою. Можливе також звуження прямого розміру входу в таз при нормальних прямих розмірах площин, що знаходяться нижче.

В останній час знижується відсоток анатомічно вузьких тазів і підвищення питомої ваги клінічно вузького тазу, стерті форми вузьких тазів (незначна ступінь звуження, крупний плід). Змінилися структури різноманітних форм вузького тазу: замість загальнозвуженого тазу-поперечнозвужений, таз зі змінням прямого діаметра широкої частини порожнини тазу, "довгий таз".

Рідко зустрічаються: карликовий, воронкоподібний, остеолмалаяційний, таз звужений пухлинами і екзостозами, кіфотичний, андрогенний, косозміщений, поліосміелітичний.

Характеристика вузьких тазів

Загальнорівномірнозвужений таз характеризується зменшенням на однакову величину (на 1,5-2см та більше) всіх розмірів тазу. Цей тип тазу спостерігається у жінок невеликого зросту, правильного складу тіла.

Виділяють наступні різновидності загальнорівномірнозвужених тазів:

1. Інфантильний таз. Спостерігаються у жінок при морфологічних та функціональних ознаках інфантилізму: недостатньому розвитку вторинних статевих ознак, порушенні менструальної функції та ін. Поряд із скороченням усіх розмірів таз зберігає деякі ознаки, відповідні дитячому віку: крижова кістка вузька і мало випукла, мис стоїть високо, лобковий кут гострий.

2. Таз чоловічого типу. Зустрічається у жінок високого зросту з ознаками інтерсексуальності: масивними кістками, оволосінням за чоловічим типом. По будові таз наближається до чоловічого: висока лійкоподібна форма порожнини тазу, гострий лобковий кут.

3. Карликовий таз. Зустрічається у жінок маленького зросту (120-145см), але пропорційної будови тіла.

Діагностика вузького тазу заснована на даних зовнішньої пельвіометрії та піхвового дослідження. Підтвердити діагноз можливо, використовуючи рентгенопельвіометрію та УЗД.

Поперечнозвужений таз характеризується зменшенням усіх поперечних розмірів тазу на 0,5-1см і більше в порівнянні з нормальним, без збільшення розміру справжньої кон'югати. Форма входу в малий таз округла або повздовжньо-овальна (в нормі – поперечно-овальна). Нерідко зустрічаються сплюснення крижової кістки, мала розвернутість крил клубової кістки, вузька лобкова дуга.

Розрізняють 3 ступені звуження такого тазу (Р.І.Колганова, 1978) за зменшенням поперечного діаметру площини входу в малий таз (в нормі він становить 13-13,5см):

I ступінь – 12,4-11,5см

II ступінь – 11,4-10,5см

III ступінь – менше 10,5см.

Діагностика поперечнозвуженого тазу загальноприйнятими клінічними методами дещо складна. Результати зовнішнього вимірювання основних розмірів тазу при поперечному його звуженні малоінформативні. Найбільшу діагностичну цінність має визначення поперечного розміру крижового ромбу (менше 10см) та поперечного розміру порожнини виходу із малого тазу (менше 10,5см).

Заключний діагноз даної форми тазу можливий тільки при використанні рентгенопельвіомерії.

Плоский таз характеризується скороченням прямих розмірів малого тазу при звичайній величині поперечних його розмірів.

1. Простий плоский таз характеризується зменшенням усіх прямих розмірів, за рахунок приближення усієї крижової кістки до лобкової дуги. Лобкова дуга широка, поперечний діаметр площини входу в малий таз звичайно збільшений. Будова тіла у таких жінок правильна, деформації кісток немає.

Діагностика даної форми тазу являє певні труднощі. При зовнішній пельвіомерії поперечні розміри тазу нормальні, а зовнішня кон'югата зменшена. При піхвовому дослідженні виявляються зменшення діагональної кон'югати і прямого розміру площини входу в малий таз. Заключний діагноз можна встановити при рентгенопельвіомерії.

2. Плоскоракітичний таз характеризується зменшенням прямого розміру площини входу в малий таз (справжньої кон'югати) і збільшенням прямих розмірів тих площин, що знаходяться нижче. Крижова кістка звичайно сплюснена, скорочена та розвернута навколо горизонтальної вісі так, що її основа наближається до симфізу, а верхівка разом з куприком спрямовані назад, мис куприка різко виступає наперед. Вхід в таз має ниркоподібну форму; лобкова дуга широка. Тож площина входу в таз виявляється сплющеною, а ті площини, що знаходяться нижче, відносно збільшені.

При діагностиці даної форми тазу слід звертати увагу на ознаки перенесеного в дитинстві рахіту ("квадратна голова", викривлення ніг та ін.), зменшення вертикального розміру крижового ромбу та зміну його форми (надкрижова ямка розміщується нижче, а верхній кут ромбу Міхаеліса стає тупим). Крила клубових кісток розвернуті, і *d.spinaum* та *d.cristarum* звичайно майже рівні (в нормі різниця між ними становить близько 3см), зменшена зовнішня кон'югата. При піхвовому дослідженні мис досягається, куприкова кістка сплюснена, іноді визначається хибний мис, що утворюється внаслідок окостеніння хряща між I та II крижовими хребцями. Заключний діагноз можна встановити при рентгенопельвіомерії.

3. Таз із зменшенням прямого розміру широкої частини порожнини малого тазу характеризується сплюсненням крижової кістки аж до відсутності її кривизни, збільшенням її довжини, зменшенням прямого розміру (менше 12,5см) широкої частини порожнини тазу, відсутністю різниці між прямими розмірами площини входу в малий таз, широкої та вузької частини його порожнини. Інші розміри звичайно нормальні або збільшені. В залежності від величини прямого розміру широкої частини порожнини малого тазу розрізняють два ступені його звуження:

I ступень – 12,4-11,5см;

II ступень – менше 11,5см.

Дану форму тазу деякі автори розглядають як стерту форму плоскоракітичного тазу.

Найбільш інформативними для діагностики цієї форми тазу є лобково-крижовий розмір – це відстань від середини лобкового симфізу до місця зчленування між II та III крижовими хребцями. При нормальних розмірах широкої частини порожнини тазу він становить 21,8см. Величина його менша ніж 20,5см говорить про наявність вузького тазу, а менша 19,3см дозволяє припустити наявність вираженого зменшення прямого розміру широкої частини порожнини тазу (менше 11,5см). Заключний діагноз ґрунтується на даних рентгенопельвіомерії.

Загальнозвужений плоский таз. В ньому зменшенні всі розміри, але прямі розміри скорочені більше, ніж поперечні. Зустрічається при поєднанні інфантилізму та рахіту перенесеного в дитинстві.

Косозміщений (асиметричний) частіше спостерігається у жінок після вивихів кульшових суглобів або неправильного зростання переломів стегна, коли основне навантаження при ходьбі припадає на здорову ногу, а центр опору зміщується до

здорового суглоба . Ділянка тазу, яка відповідає здоровому суглобу, вдавлюється всередину, половина тазу на стороні здорової ноги стає більш вузькою. Така форма деформації тазу зустрічається також при рахіті, гоніті, сколіозі.

Кіфотичний таз характеризується звуженням розмірів в напрямі до виходу, від чого таз набуває лійкоподібної форми. Виникає і результаті перенесеного в дитинстві туберкульозного спондиліту.

Спонділолістетичний таз – утворюється при зісковзанні V поперекового хребця з основи крижової кістки, внаслідок чого він виступає над поверхнею I крижового хребця і перешкоджає опусканню передлеглої частини плоду.

Остеомалятичний таз утворюється внаслідок пом'якшення кісток та декальцинації кісткової тканини. Таз при цьому може набувати різної форми. Зустрічається надзвичайно рідко.

Асиміляційний таз (довгий) – при збільшенні крижової кістки через зростання з V поперековим хребцем. Характеризується зменшенням прямих розмірів порожнини тазу.

Лійкоподібний таз характеризується звуженням порожнини виходу тазу, внаслідок порушення розвитку кісток при ендокринних розладах. Крижова кістка подовжена, лобкова дуга вузька, поперечний розмір виходу може бути значно звужений.

Особливості біомеханізму пологів при поперечнозвуженому тазі

Для механізму пологів характерне вставлення голівки прямим розміром у вхід малого тазу. При даному вставленні часто виникає необхідність проведення диференційної діагностики з тяжкою патологією, наприклад, з високим прямим стоянням стрілоподібного шва при інших формах звуження тазу. При поперечнозвуженому тазі розташування голівки прямим розміром у вході в малий таз є пристосувальним моментом, в той же час як при інших формах звуження воно є ознакою невідповідності розмірів тазу матері і голівки плоду. При поперечному звуженні тазу, коли потилиця плоду повернена до симфізу, голівка значно згинається, проходить через усі площини тазу без ротації і народжується як при передньому виді потиличного передлежання. Нерідко при високому прямому стоянні голівки, особливо, коли потилиця плода повернена назад, з'являються ознаки клінічної невідповідності, що є показанням до кесарського розтину.

Виявлення високого прямого стояння голівки плода в пологах повинно наводити лікарів на думку про наявність поперечнозвуженого тазу.

Характерною особливістю біомеханізму пологів при поперечнозвуженому тазі без збільшення прямого розміру площини входу в малий таз, є косе асинклітичне вставлення голівки, коли голівка вставляється передньою тім'яною кісткою і стрілоподібний шов зміщується назад (асинклітизм Негеле).

Особливості біомеханізму пологів при загальнорівномірнорозвуженому тазі

Характерна особливість механізму пологів при загальнорівномірнорозвуженому тазі полягає в тому, що голівка, довго пристосовуючись до зменшених розмірів тазу для полегшення вставлення, максимально згинається. Внаслідок цього вона опускається в порожнину тазу найменшим розміром – *dist. suboccipitoparietalis*, що відповідає відстані від середини сагітального шва між двома тім'ячками до підпотиличної ямки (він менший малого косоного розміру). Стрілоподібний шов знаходиться в одному із косих розмірів, які при такій формі звуження виявляються найдовшими. При такому згинанні мале тім'ячко знаходиться близько до провідної точки, і чим ближче наближається до неї, тим більша невідповідність між головою і тазом.

Сильне згинання голівки зберігає і в порожнині таза. Ротація голівки правильна (потилицею до лона), але значно повільніша. Будучи з усіх боків стиснутою в напрямі малого косоного і поперечного розмірів, голівка витягується у вигляді клину з родовою пухлиною в області малого тім'ячка і набирає вираженої доліхоцефалічної форми. Родова пухлина іноді буває така велика, що досягає тазового дна, тоді як сама голівка стоїть ще у верхній частині порожнини тазу. Це слід взяти до уваги, приступаючи до дослідження. Підійшовши до виходу тазу стрілоподібним швом у прямому його розмірі, голівка

починає розгинатися, і далі механізм родів відбувається, як при нормальному тазі, але можливий глибокий розрив промежини (підпотилична ямка не щільно підходить до лобкової дуги, а лише частково доторкується до неї внаслідок загострення лобкового кута, тому голівка стрімко рухається до промежини, перерозтягує її і спричиняє розрив.

Проте всі етапи механізму родів і загальна тривалість родового акту при загальнорівномірнозвуженому тазі довші і потребують для свого завершення тривалої енергійної родової діяльності.

Особливості біомеханізму пологів при плоскоряхітичному тазі

При плоскоряхітичному тазі голівка довго пристосовується до зменшеного прямого розміру входу в малий таз, робить невеличке (велике тім'ячко розташовується нижче малого) розгинання, завдяки якому у зменшений розмір тазу встановлюється найменший розмір голівки – малий поперечний (8 см). Стрілоподібний шов стоїть у поперечному розмірі тазу. Виступаючий у порожнину тазу мис затримує задню тім'яну кістку. В результаті у вході в таз встановлюється передня тім'яна кістка, утворюється передній асинклітизм (Негелівський).

У такому положенні голівка залишається довгий час у вході в таз, бо вона не може швидко подолати опір з боку звуженого розміру входу в малий таз. Починається конфігурація голівки і її опущення. Задня тім'яна кістка, зісковзнувши з мису, значно заходить за передню. Поперечний діаметр голівки зменшується доти, поки вона не буде спроможна подолати вузьке місце (прямий розмір входу).

Подолавши опір мису, голівка опускається в порожнину таза з його задовільним просторовим відношенням. Стрілоподібний шов поступово переходить у синклітичне вставлення. Подальший біомеханізм пологів проходить за типом нормального, як при потиличному передлежанні. Зігнання плода відбувається дуже швидко, внаслідок збільшених при плоскоряхітичному тазі розмірів виходу.

Можливе низьке поперечне стояння стрілоподібного шва при надмірній родовій діяльності (голівка не встигає розвернутися), що диктує необхідність діставання голівки за допомогою вакуум-екстрактора або накладання атипових щипців. При бурхливій пологовій діяльності, якщо не буде надана своєчасна допомога, може статися внутрішньочерепний крововилив у плода і розрив промежини у матері внаслідок швидкого прорізування голівки через вульварне кільце. На тім'яній кістці, яка передлежала звичайно розташовується виражена родова пухлина, а на протилежній нерідко спостерігається вдавлення внаслідок притиснення до мису.

У рідших випадках при плоскоряхітичному тазі у вхід тазу вступає задня тім'яна кістка, стріловидний шов наближається до лобка – заднє плечико впирається в мис; передня тім'яна кістка затримується лобком, створюється задній асинклітизм (Літумановський), при якому роди здебільшого неможливі.

Особливості біомеханізму пологів при простому плоскому тазі

При даній формі тазу крижова кістка наближена до симфізу, тому зменшені всі прямі розміри малого тазу. При пологах відмічаються такі особливості:

1. Голівка вступає до входу в таз стрілоподібним швом в поперечному розмірі.
2. Відбувається помірне розгинання голівки (мале та велике тім'ячко розташовані на одному рівні).
3. Спостерігається асинклітичне вставлення голівки (передньотім'яне, задньотім'яне). Більш сприятливий для пологів передній асинклітизм.

Часто через всі площини малого тазу голівка проходить стрілоподібним швом у поперечному розмірі (середнє та низьке поперечне стояння голівки).

При достатній пологовій діяльності і невеликих розмірах плоду голівка згинається, робить внутрішній поворот і пологи закінчуються, як при передньому виді потиличного передлежання. В протилежному випадку, коли внутрішній поворот голівки не відбувається, показане оперативне родорозрішення.

Ведення пологів при звужених тазах

Перебіг, прогноз і терапія пологів при вузькому тазі залежать як від форми, так і від ступеня звуження таза. При пологах слід враховувати розміри голівки плоду, характер пологової діяльності, особливості вставлення і конфігурабельність голівки.

Анатомічно вузький таз рідко є показанням до планового кесарського розтину. Він необхідний лише при звуженні тазу III-IV ступеня, при екзостозах або кісткових пухлинах в малому тазі, значних деформаціях тазу, які перешкоджають проходженню плоду, при розривах лобкового симфізу в минулих пологах або інших пошкодженнях тазу, при наявності сечостатевих та кишковостатевих нориць та ін.

При звуженні тазу I та II ступеня плановий кесарський розтин виконують у випадках поєднання вузького тазу з переносимим або крупним плодом, тазовим передлежанням його, аномаліями розвитку статевих органів, неправильному положенні плоду, непліддям, мертвонародженнями в анамнезі та іншою акушерською і екстрагенітальною патологією.

При звуженні тазу I ступеня звичайно спочатку пологи ведуть через природні пологові шляхи.

Беручи до уваги особливості перебігу пологів у жінок із звуженим тазом, в першому періоді роділля повинна знаходитись на ліжковому режимі, щоб уникнути раннього вилиття навколоплодових вод.

Роділлю покладуть на бік позиції, щоб полегшити вступ голівки в таз малим косим розміром.

Лікар повинен стежити за загальним станом роділлі, пульсом, артеріальним тиском, випорожненням сечового міхура і прямої кишки, за характером родової діяльності, станом родових шляхів. З метою підтримання її фізичних сил, роділлі призначають висококалорійну і вітамінну їжу: сметану, гарячий м'ясний бульйон, шоколад, солодкий міцний чай або каву, фруктові соки, лимон та інше. Проводиться психотерапія.

Ведення пологів включає функціональну оцінку тазу, моніторне спостереження, ведення партограми, профілактику кровотечі в пологах, використання розтину промежини. Пологи слід вести активно-вичікувально. При появі ознак клінічно вузького тазу або інших ускладнень (дистрес плода) показане родорозрішення шляхом кесарського розтину.

При веденні пологів із загальнорівномірнозвуженим тазом слід передбачити можливі ускладнення протягом родового акту. Якщо протягом 3-4 годин голівка залишається рухомою або притиснутою до входу в таз, не спостерігається поступального руху плода, незважаючи на достатню родову діяльність і повне розкриття маткового вічка, з'являються зміни серцебиття плоду, то для врятування життя матері і плоду показаний кесарський розтин.

Ускладнення можуть наступати і в період зігнання плоду: перерозтягнення нижнього сегменту матки, защемлення м'яких тканин та інше. В цих випадках потрібне активне втручання, характер якого залежить від особливостей випадку і акушерських умов. Вибираючи спосіб втручання, потрібно виходити з основного принципу акушерства – зберегти життя і здоров'я не тільки матері, але і плоду.

У II періоді пологів при вузькому тазі народження дитини може ускладнитися дистоцією плечиків (shoulder dystocia – утруднене виведення плечиків, вколочення плечиків), коли після народження голівки переднє плечико затримується за симфізом. Внаслідок цього подальше переміщення плоду по родовим шляхам матері зупиняється. Заднє плечико в цей час або щільно стиснуте в крижовій впадині, або знаходиться за промонторіумом.

Незважаючи на те, що голівка плода народилась і плід робить спробу вдихнути, його грудна клітка сильно здавлена стінками родового каналу і легені не можуть розправитись. Плацентарний кровообіг порушується внаслідок зміни об'єму матки, а інколи через стискання пуповини. Плід швидко може загинути від асфіксії.

Частота затrudненого виведення плечиків (ЗВП) по даним різних авторів становить від 0,5 до 0,8% усіх пологів.

Причиною ЗВП може бути складності при повороті плечиків із поперечного в прямий розмір виходу тазу. Одним із найбільш значних факторів, що сприяють ЗВП, є маса плоду 4000г і більше.

Для корекції ЗВП запропоновані декілька методів. При виникненні цієї патології показана адекватна анестезія і достатня серединно-латеральна епізіотомія.

Голівку плоду захоплюють двома руками за праву і ліву скронево-щічну ділянки і обережно тягнуть донизу, поки під лоно не підійде переднє плечико на межі своєї верхньої і середньої третини. Потім голівку піднімають наперед і звільняють заднє плечико. Подальшу тракцію плоду здійснюють згідно провідної вісі тазу.

Для виведення плечиків помірно тиснуть на дно матки донизу і в надлобковій ділянці, що спричиняє входження переднього плечика під лоно. Тиск над лоном слід здійснювати в напрямку назад і латерально в один чи інший бік живота матері. При цьому біакроміальний розмір плечиків переходить в один із косих розмірів тазу, що і сприяє проходженню плечового поясу. Для виведення переднього плечика інколи вводять два пальця в пахову впадину плода.

Якщо заднє плечико ще не опустилося в крижову впадину, то необхідно також захопити голівку плоду і робити тракції вгору (наперед) і що латеральніше середньої лінії, просуваючи переднє плечико наперед і даючи можливість опуститися задньому. Після цього переходять до допомоги, що описана вище, тобто до виведення переднього плечика, а потім – заднього.

Можливо використовувати прийом R. Kirch, при якому після зміщення плечиків вгору рукою, введеною в піхву, переднє або заднє плечико повертають на 45° натискуванням пальців, просуваючи по задній поверхні найбільш доступне плечико. При ротаційних маневрах використовують також помірний тиск в ділянці дна матки (метод Кристелера), але не як самостійну допомогу, а як допоміжний момент.

Широко вживаються ротаційні прийоми, обгрунтовані С. Woods. Їх принцип полягає в тому, що при переводі заднього плечика наперед воно народжується, а переднє переходить в крижову впадину і в подальшому його вилучення не викликає особливих труднощів. Існує декілька модифікацій цього методу. Двома або більше пальцями, введеними в піхву з боку грудей плоду, натискають на передню поверхню заднього плечика, внаслідок чого здійснюється поворот плоду на 180° у напрямку спинки.

Цей прийом можна проводити, вводючи пальці зі сторони спинки плоду, виконуючи поворот у напрямку його грудей. У цьому випадку можливе введення пальців ззаду в пахову западину заднього плечика, здійснюючи при цьому поворот на 180°. Одночасно слід робити тракції по провідній вісі тазу. Ротація повинна бути дуже обережною через небезпеку травмування плечового сплетіння.

При затrudненні у виведенні плечового поясу з успіхом здійснюють захват, згинання і виведення задньої ручки у зв'язку з достатньою місткістю крижової впадини. Якщо переднє плечико при цьому не звільняється, то поворотом на 180° його переводять в заднє і витягують.

Із способів, що дозволяють зменшити біакроміальний розмір плечового поясу, виділяють перелом передньої або задньої ключиці. Як метод корекції ЗВП цей спосіб не має великого числа прихильників, але застосовується на живому плоді, якщо інші методи виявилися невдалими. Надавлювання на ключицю в цьому випадку повинно здійснюватись зі сторони грудини плоду, щоб запобігти пошкодженню плеври.

Приведенні маніпуляції можливо доповнювати методами, що розширюють таз матері. Особливої уваги заслуговує максимальне згинання тазово-стегнових суглобів роділлі. Даний метод є найменш травматичним і в той же час дуже ефективним. При цьому спостерігається випрямлення крижів відносно поперекового відділу хребта, зміщення симфізу вгору приблизно на 8 см, зменшення кута нахилу тазу.

При плоскоракітичному тазі для полегшення проходження голівкою звуженого входу в таз можна надати роділлі “вісячого” положення за Вальхером. Воно збільшує прямий розмір входу в таз майже на 0,5см.

Надмірний консерватизм при проведенні пологів при звуженому тазі, особливо при обтяженому акушерському анамнезі, може привести до важких ускладнень (ендометрит, розрив матки, міхурово-піхвові нориці, внутрішньоутробна загибель плоду) і до вимушеної плодоруйнуючої операції. Дуже важливо при розумному і уважному консервативно-вичікувальному методі не пропустити моменту для кесарського розтину.

Клінічно вузьким тазом називають усі випадки функціональної невідповідності між голівкою плода та тазом матері незалежно від їх розмірів.

Шифр: МКХ-10-О65

О65 Утруднені пологи внаслідок аномалії таза у матері

О65.0 Утруднені пологи внаслідок деформації таза

О65.1 Утруднені пологи внаслідок загальнорівномірнозвуженого таза

О65.2 Утруднені пологи внаслідок звуження входу до таза

О65.3 Утруднені пологи внаслідок звуження виходу та середнього діаметра таза

О65.4 Утруднені пологи внаслідок невідповідності розмірів таза і плода
неуточнені

О65.5 Утруднені пологи внаслідок аномалії органів таза у матері

О65.8 Утруднені пологи внаслідок інших аномалій таза у матері

О65.9 Утруднені пологи внаслідок аномалії таза у матері неуточнені

Анатомічно вузький таз є головною причиною виникнення в пологах клінічно (функціонально) вузького таза.

Клінічно вузький таз зустрічається в 0,5-1,7% усіх пологів, частота його залишається такою ж, як і в попередні роки, і це можна пояснити збільшенням розмірів плодів.

До групи клінічно вузького таза слід відносити всі випадки невідповідності між голівкою плода і таза матері, незалежно від розмірів останнього.

Ознаками клінічно вузького таза є:

- неправильне вставлення голівки;
- недостатня конфігурабельність голівки;
- наявність ознак Вастена (Цангемейстера);
- симптоми притиснення сечового міхура;
- відсутність поступальних рухів голівки, особливо при повному відкритті шийки матки і енергійній пологовій діяльності;
- симптоми загрозуючого розриву матки.

Дуже важливі для діагностики диспропорції таза матері і голівки плоду дві клінічні ознаки: недостатність прогресування розкриття шийки матки і повільне просування голівки плоду. При клінічній невідповідності шийка матки при повному розкритті не зміщується за голівку плода, а часто набрякає і пасивно звисає в піхву, що створює помилкову уяву про неповне її відкриття.

Найбільш ранньою і достовірною ознакою клінічно вузького таза є особливості механізму вставлення голівки, які слід розглядати як один з пристосувальних факторів для подолання голівкою перепон зі сторони таза роділлі.

Якщо голівка опустилася в таз, питання про невідповідність відпадає. Якщо вона не вступила в порожнину таза, то звертають увагу на ознаку Вастена або на ступінь нависання голівки над лоном. Ця ознака є показовою після вилиття вод, коли голівка стоїть вже щільно у вході в таз.

Акушер кінчиками пальців робить рух від лобка вгору в напрямку голівки. При відповідності голівки з тазом остання стоїть нижче краю симфізу (ознака Вастена негативна) – пологи можливі; якщо голівка стоїть на одному рівні з симфізом (врівень), це вказує на відносну невідповідність, яка може бути подолана при достатній конфігурації голівки і гарній родовій діяльності. При невідповідності розмірів тазу з розмірами голівки, коли остання виступає над симфізом (ознака Вастена позитивна), прогноз пологів сумнівний.

Разом з тим, наявність чи відсутність ознаки Вастена залежить від особливостей вставлення голівки. При задньому асинклітизмі ознака Вастена обов'язково буде позитивною. При передньому асинклітизмі, навпаки, ознака Вастена буде відсутня, навіть при значній невідповідності між тазом роділлі і голівкою плода. Із сказаного зрозуміло, що ознаки Вастена “позитивна” чи “врівень” слід розцінювати як один з проявів клінічно вузького тазу. Однак відсутність ознаки Вастена не є доказом сприятливих співвідношень між тазом роділлі і голівкою плода.

Класифікація клінічно вузького тазу в залежності від ступеню невідповідності між тазом роділлі і голівкою плода (Р.І.Калганова, 1965) передбачає три ступеня невідповідності, які характеризуються такими ознаками:

I ступінь невідповідності (відносна невідповідність):

- особливості вставлення голівки і механізм пологів, властиві для даної форми звуження тазу;
- достатня конфігурація голівки.

Ці моменти при наявності енергійної родової діяльності сприяють подоланню голівкою перепон з боку тазу і сприятливому закінченню пологів. Тривалість родового акту дещо більша звичайної.

II ступінь невідповідності (значна невідповідність між тазом роділлі і голівкою плода):

- особливості вставлення голівки і механізм пологів, властиві даній формі звуження тазу;
- різко виражена конфігурація голівки;
- довге стояння голівки в одній площині тазу;
- симптоми здавлення сечового міхура (затруднене сечовипускання, домішки крові в сечі);
- наявність ознаки Вастену “врівень”.

Довге стояння голівки в одній площині і велика тривалість пологів створюють певну загрозу здоров'ю жінки і сприяють високій перинатальній смертності. Вичікувальну тактику при проведенні пологів за наявності II ступеню невідповідності не завжди можливо вважати доцільною. Поєднання другого ступеню невідповідності з анатомічним звуженням тазу, з немолодим віком породіллі, обтяженим акушерським анамнезом (мертвонародження, тривале непліддя), а також з іншими ускладненнями в пологах повинно послужити обґрунтуванням для абдомінального розродження.

III ступінь невідповідності (різко виражена або абсолютна невідповідність):

- особливості вставлення голівки, властиві даній формі звуження тазу, однак часто виникає механізм вставлення голівки, невластивий для цієї форми анатомічно вузького тазу;
- виражена конфігурація голівки або відсутність її конфігураційної здатності, особливо у переношеного плода;
- позитивна ознака Вастена;
- виражені симптоми здавлення сечового міхура;
- передчасна поява мимовільних безрезультативних потуг;
- відсутність поступальних рухів голівки при повному відкритті шийки матки та енергійній родовій діяльності;

- симптоми загрожуючого розриву матки.

При III ступеню невідповідності між тазом роділлі і голівкою плода пологи через природні родові шляхи живим плодом неможливі. Єдиним доцільним методом їх проведення пологів у такому випадку є кесарський розтин.

Для виявлення невідповідності між тазом роділлі і голівкою плода і для встановлення ступеня диспропорції необхідно проводити функціональну оцінку тазу в пологах. Функціональній оцінці тазу повинно передувати його анатомічна оцінка і визначення величини плода загальноприйнятими методами. У випадку відсутності явних ознак диспропорції основним принципом проведення пологів при клінічно вузькому тазі є більш-менш тривале очікування. Ознаки клінічно вузького тазу слід розглядати і як тести функціональної діагностики.

Не мають прогностичного значення:

- визначення невідповідності розмірів голівки плода і таза матері до початку пологів на основі зросту матері, розміру її ступні;
- проведення клінічної або рентгенологічної пельвеометрії, в тому числі і комп'ютерної томопельвіометрії;
- високе стояння голівки плода перед пологами;
- індекс Солов'йова, ромб Міхаеліса, зовнішнє і внутрішнє акушерське дослідження;
- УЗД.

Не існує надійного способу для точного прогнозування до пологів невідповідності розмірів таза матері та голівки плода. Самі пологи при головному передлежанні плода є найкращим тестом на таку відповідність. Цей діагноз виставляється лише у пологах.

Фактори ризику виникнення клінічно вузького таза:

- анатомічно вузький таз;
- великий плід;
- розгинальні передлежання голівки плода;
- переношена вагітність;
- гідроцефалія у плода;
- пухлини і вади розвитку плода;
- пухлини і вади розвитку таза матері;
- - пухлини органів малого таза.

За наявності чинників ризику виникнення клінічно вузького таза особлива увага у пологах приділяється веденню партограми.

Умови діагностики клінічно вузького таза:

- розкриття шийки матки більше 8 см;
- відсутність плідного міхура;
- випорожнений сечовий міхур;
- нормальна скоротлива діяльність матки.

Діагностичні ознаки клінічно вузького таза:

- відсутність поступального руху голівки при повному розкритті шийки матки та нормальній пологовій діяльності;
- симптом Вастена врівень або позитивний (розмір Цангеймєстера більше, ніж кон'югата екстерна);
- недостатнє прилягання шийки матки до передлеглої голівки плода;
- високе розташування контракційного кільця;
- поява потуг при високому розташуванні голівки плода;
- набряк шийки матки з можливим поширенням на піхву і зовнішні статеві органи;

- симптоми здавлення сечового міхура
За наявності двох чи більше ознак встановлюється діагноз клінічно вузького таза.

Акушерська тактика

Діагноз клінічно вузького таза є показанням до негайного розродження шляхом операції кесаревого розтину

За умови загибелі плода розродження проводиться шляхом плородоруйнівної операції (краніотомія без краніоклазії).

Акушерські щипці та вакуум-екстракція плода при клінічно вузькому тазі протипоказані.

VI. План та організаційна структура семінарського заняття

№ п/п	Основні елементи семінарського заняття, їхні функції та зміст	Тип семінару. Матеріали методичного забезпечення	Розподіл часу
1. 2. 3. 4.	Підготовчий етап 1. Організаційні заходи. 2. Визначення актуальності теми. 3. Визначення навчальних цілей. 4. Забезпечення позитивної мотивації.	Навчально-методичне обґрунтування теми та цілей заняття.	5 хв.
2.	Основний етап 2. Аналіз та узагальнення теоретичного матеріалу за планом: 1. «Таз з акушерської точки зору» 2. Анатомічно та клінічно вузький таз 3. Клінічні прояви невідповідності розмірів тазу матері розмірам голівки плода. 4. Методи діагностики невідповідності розмірів тазу матері розмірам голівки плоду 5. Методи діагностики передбачуваної маси плода 6. . Ступені звуження тазу	Проблемний семінар. Мультимедійний супровід.	75 хв.
1. 2. 3.	Заключний етап 1. Підбиття підсумків, загальні висновки 2. Відповіді на можливі запитання. 3. Завдання до наступного семінару.	Перелік навчальної літератури. План теми наступного семінару. Матеріали самоконтролю.	10 хв.

VII. Методичне забезпечення

Місце проведення - навчальна кімната, відділення патології вагітних, пологова зала, кабінет функціональної діагностики.

Обладнання: устаткування та інструментарій відділення патології вагітних (акушерський стетоскоп, тазомір, сантиметрова стрічка), кабінету функціональної діагностики (апарат УЗД, кардіотокограф), результати різних методів дослідження стану плаценти і плода (гормональні, КТГ, УЗД), демонстраційні таблиці, відеофільми або мультимедіа.

ПЕРЕЛІК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Клинические рекомендации. Акушерство и гинекология / Под ред. В.И. Кулакова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005. – 512 с.
2. Наказ МОЗ України № 782 від 29. 12. 2005 Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги. – Київ, 2005. – 44 с.(клінічно вузький таз).
3. Наказ МОЗ України № 899 від 27. 12. 2006. Про затвердження клінічного протоколу з акушерської допомоги „Тазове передлежання плода”. – Київ, 2006. – 12 с.
4. Наказ МОЗ України від 29.12.2003 № 620 «Про організацію надання акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги в Україні».
5. Наказ МОЗ України від 15.07.2011 № 417 «Методичні рекомендації щодо організації надання амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги».
6. Лихачов В.К. Оперативное акушерство с фантомным курсом: Руководство для врачей.-М.: Медицинское информационное агентство, 2014.-497 с.
7. Лихачов В.К. Неотложное акушерство с неотложными состояниями: Руководство для врачей.- М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2010.-720 с.
8. Акушерство /Э.К. Айламазян и др./Под ред. Э.К. Айламазяна.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 1200с.
9. Назарова І.Б. Невідкладні стани в акушерстві. Навч. посібник. - 2-е вид. - К.: Медицина, 2008. - 104 с.

Контрольні запитання

1. В чому заключається актуальність звуженого таза в сучасному акушерстві.
2. Частота вузького тазу.
3. Причини звужених тазів.
4. Класифікація звужених тазів згідно форми.
5. Класифікація звужених тазів згідно ступені.
6. Класифікація поперекового вузького тазу.
7. Що таке клінічно вузький таз?
8. Причини клінічно вузького тазу.
9. Класифікація клінічно вузького тазу.
10. Діагностика звуженого таза.
11. Діагностика клінічно звуженого таза.
12. Особливості біомеханізму та клінічного перебігу пологів при звужених тазах.
13. Ускладнення пологів при звужених тазах.
14. В чому полягає профілактика звуженого таза.

Типові ситуаційні задачі для оцінки кінцевого рівня знань

1. Юна вагітна 16 років, термін вагітності 34 тижні, положення плода поздовжнє, головне передлежання. Палить з 14 років, на протязі вагітності не припиняла тютюнопаління. Загроза переривання вагітності в 15 та 22 тижні вагітності. При огляді в жіночій консультації запідозрена плацентарна недостатність.

Які методи дослідження потрібно призначити для оцінки стану плаценти?

Визначення рівня гормонів плаценти (етрогенів, прогестерону, плацентарного лактогену);
ультразвукове сканування плаценти, доплерометричне дослідження кровообігу плаценти.

2. Вагітна 24 років, термін вагітності 36 тижнів. Обтяжений перебіг вагітності: загроза переривання в 16 тижнів, залізодефіцитна анемія I ступеня, прееклампсія середнього ступеня важкості. При обстеженні стану плода встановлено: відставання показників фотометрії на 3 тижні, БПП - 6 балів, реверсний кровоток в артерії пуповини на доплерограмі.

Який діагноз? Яка тактика ведення вагітності?

Вагітність 36 тижнів. ЗРП II ступеня. Кесарів розтин.

3. Роділля 36 років народжує вперше, пологова діяльність триває 5 годин. Пологи термінові, на 40-41 тижні. Перейми тривалістю 35-40 с. через 5 хв. Відійшли навколоплідні води з наявністю густого меконію. КТГ - базальна частота 98 уд/хв., монотонна крива, пізні децелерації до 30 уд/хв. При піхвовому дослідженні: шийка матки згладжена, відкриття шийки матки 6см.

Який діагноз? Визначте план ведення пологів.

Вагітність 40-41 тиждень, пологи I, період пологів I, дистрес плода. Кесарів розтин.

4. Вагітна 28 років в термін 37 тижнів. Наглядається в жіночій консультації. Під час чергового обстеження встановлено: патологічна оцінка БПП (6 балів), сповільнений діастолічний кровоплин в артеріях пуповини.

Яка тактика ведення вагітної?

Госпіталізація вагітної до пологового будинку у відділення патології вагітних, повторні обстеження БПП.

Методичну розробку практичного заняття підготував к.мед.н ас. кафедри акушерства і гінекології № 2 Тарановська О. О.

07.11.2016

Прорецензував професор В.К.Ліхачов

Методична розробка обговорена та затверджена на засіданні кафедри акушерства і гінекології №2, протокол № 10 від 10 січня 2017 року

Методична розробка переглянута і доповнена „_____” _____ 201__р.