**Государственное бюджетное образовательное**

**учреждение высшего профессионального образования**

**«Дагестанская государственная медицинская академия »**

**Министерства здравоохранения Российской Федерации**

**Кафедра акушерства и гинекологии**

**УТВЕРЖДАЮ**

**Заведующий кафедрой\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_Алиханова З.М \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**(подпись)**

**«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г.**

МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ СТУДЕНТАМ

ПО ТЕМЕ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ:

**УЗКИЙ ТАЗ.**

**Факультет стоматологический**

Курс III

**Авторы:**

**Алиханова З.М., Бегова С.В.**

Продолжительность занятия - 180 минут.

**Цель занятия:**ознакомить студентов с различными формами анатомически узкого таза, способами его диагностики и принципами ведения родов при нем, понятием клинически узкий таз, указать на важность правильного выбора способа родоразрешения для благоприятного исхода родов.

**Студент должен знать:** роль анатомически узкого таза в течение и исходе родов для матери и плода, значение наружного и внутреннего акушерского исследования в диагностике различных форм и степеней сужения таза, дополнительные методы исследования (УЗ пельвиометрия, рентгенопельвиометрия, кардиомониторинг, УЗ биометрия плода), принципы ведения родов и их осложнения при данной патологии.

**Студент должен уметь:** тщательно собрать анамнез, произвести наружный осмотр беременной, включая антропометрию, оценить данные наружного тазоизмерения и внутреннего акушерского исследования, результаты функциональной оценки состояния плода, вычислить предполагаемую массу плода и выбрать способ родоразрешения.

**Место занятия:** отделение патологии беременных, учебная комната.

**Оснащение:** акушерский фантом, костный таз, слайды и учебные таблица, тазомер, сантиметровая лента, партограмма.

**План организации занятия:**

Организационные вопросы. Обоснование темы - 10 мин.

Контроль исходного уровня знаний студентов - 35 мин.

Демонстрация слайдов и таблиц с рисунками строения и плоскостей таза. Определение опознавательных точек большого и малого таза и их размеров на скелетах женского таза. Обучение методике антропометрии и ее оценке для прогнозирования исхода родов с учетом показателей состояния плода. Демонстрация рожениц в I период родов для оценки характера родовой деятельности и во II периоде с целью определения признаков клинически узкого таза - 130 мин.

Подведение итогов занятия, домашнее задание- 5 мин.

**Содержание занятия**

Понятие узкого таза включает в себя анатомически и клинически узкий таз. К анатомически узким тазам относятся такие, у которых один или несколько наружных размеров уменьшены на 1,5-2 см. Клинически узким тазом называют все случаи несоответствия между головкой плода и тазом матери независимо от его размера.

Женский таз имеет особенности строения и отличается от мужского не только толщиной костей, но и его формой. В костном тазу различают "большой" и "малый" таз, четыре плоскости: вход, широкий и узкой части полости малого таза, выход, проводную ось таза.

Возможными причинами формирования анатомически узкого таза являются: нерациональное питание, частые острые и хронические заболевания в детстве и пубертатном возрасте, перенесенный рахит и заболевания позвоночника и суставов, травмы костей и сочленений таза, чрезмерные нагрузки и эмоциональные перегрузки в пре- и пубертатном возрасте и др.

Частота узкого таза колеблется от 1,04 до 7,7%, что объясняют отсутствием единой классификации узкого таза и разными диагностическими возможностями. В последние десятилетие в нашей стране анатомически узкий таз встречается примерно в 3,5% случаев.

В настоящее время для практических целей используют следующие классификации. Классификация узкого таза по форме и степени сужения. По форме таза: редко встречающиеся формы (косопоставленный, остеомалятический, кососуженный таз и др.) и часто встречающиеся формы (поперечносуженный, общеравномерносуженный и плоские тазы).

**Классификация, основанная на определении величины истинной конъюгаты (ИК), т.е. на степени сужения таза, является основной.**

Классификация Литцмана предусматривает четыре степени сужения (1 – до 9 см, 2 – до 7,5 см, 3 – до 5,5 см, 4 – менее 5,5 см).

Классификация Крассовского – три степени сужения (1 – от 11 см до 9,5 см, 2 - менее 9,5 до 6,5 см, 3 – менее 6,5 см). С практической точки зрения предпочтение следует отдать последней классификации.

За рубежом широко используют классификация Колдуэлла и Молой, основанную на данных рентгенологического исследования. В данной классификации выделены 4 основные формы таза: гинекоидный, андроидный, антропоидный и платипеллоидный и 14 "смешанных" форм (по форме переднего и заднего сегмента малого таза); кроме формы учитывают размеры таза, по которым тазы подразделяют на малые, большие и средние. Среди узких тазов, в настоящее время, наиболее часто встречается поперечносуженный таз, на втором месте – простой плоский таз, реже встречаются общеравномерносуженный и плоскорахитические тазы. В современных условиях преобладают "стертые" формы узкого таза, т.е. первой и реже второй степени сужения

Традиционные способы диагностики анатомических изменений костного таза включают в себя тщательный сбор анамнеза и традиционные измерения (антропометрию, измерение индекса Соловьева, ромба Михаэлиса, наружное и внутреннее акушерское исследование) и дают представление о форме и степени сужения таза, дополнительные методы исследования: УЗИ и рентгенопельвиометрия, позволяют определить истинные размеры малого таза с ошибкой в 2 мм. Для определения предполагаемой массы плода используют формулы Ланковица, Жорданиа, Джонсона, данные УЗ биометрии плода.

**Для вычисления истинной конъюгаты используют 4 способа: по диагональной и наружной конъюгате, вертикальному размеру ромба Михаэлиса и размеру Франка.** Диагностику узкого таза проводят в женской консультации, уточнение диагноза - в стационаре, с этой целью беременную госпитализируют за 2 недели до срока родов.

Наиболее часто встречающаяся форма узкого таза - поперечносуженный таз классифицируют по поперечному размеру входа малого таза (по Р.И. Калгановой) на 3 степени сужения: от 12,4 до11,5 см - I степень; от 11,4 до 10,5 см - II степень сужения; менее 10,5 см – третья степень сужения.

**Примерные наружные разремы часто встречающихся форм узкого таза**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Форма таза | D.sp. | D.cr. | D.tr. | C. ext | C.diag. |
| Поперечносуженный | 23 | 26 | 29 | 20 | 13 |
| Простой плоский | 26 | 29 | 31 | 18 | 11 |
| Равномерносуженный | 24 | 26 | 28 | 18 | 11 |
| Плоскорахитический | 26 | 26 | 31 | 18 | 11 |

Особенности строения узкого таза определяют особенности биомеханизма родов для каждой формы таза, особенности вставления головки (асинклитическое вставление головки, высокое прямое стояние и низкое поперечное стояние стреловидного шва). Так, для поперечносуженного таза характерно асинклитическое вставление головки в один из косых размеров плоскости входа малого таза, а при увеличенных прямых размерах таза головка вставляется стреловидным швом в прямой размер входа в малый таз, что называют высоким прямым стоянием головки. Далее головка сгибается и проходит все плоскости таза без ротации и рождается в переднем виде затылочного предлежания. Для простого плоского таза или таза Девентера характерны следующие особенности биомеханизма родов: длительное стояние головки стреловидным швом в поперечном размере входа малого таза в состоянии умеренного разгибания, стреловидный шов может располагаться асинклитически. Чаще наблюдается передний асинклитизм (Негеле), реже – задний (Лицмана). В полости малого таза из-за уменьшенных прямых размеров его плоскостей ротация головки не происходит и возникает низкое поперечное стояние стреловидного шва. При общеравномерносуженном тазе происходит сильное сгибание головки плода (асинклитизм Редерера), что является особенностью биомеханизма родов для данной формы узкого таза. При плоскорахитическом тазе отмечают длительное стояние головки стреловидным швом в поперечном размере входа малого таза и вставление в состоянии умеренного разгибания и асинклитизма.

Течение родов при узком тазе может осложняться несвоевременным излитием околоплодных вод, выпадением пуповины и мелких частей плода, клиническим несоответствием головки плода и таза матери (клинически или функционально узкий таз), затяжным течением родов, внутриутробной гипоксией и травмой плода, инфекцией и т.д. Рациональное ведение родов при узком тазе до сих пор относят к наиболее трудным разделам акушерства. Тактика ведения родов при узком тазе зависит от степени сужения, формы таза, предполагаемой массы плода, сопутствующей акушерской и экстрагенитальной патологии. Принцип ведения родов при узком тазе - активно-выжидательный: под кардиомониторным наблюдением за состоянием плода и сократительной деятельностью матки, с функциональной оценкой таза, с адекватным поэтапным обезболиванием, применением спазмолитических средств, профилактикой гипоксии плода, введением цервипроста, препидил-геля в цервикальный канал при отсутствии готовности родовых путей к родам. При анатомическом сужении таза 2 степени и более, а также при сочетании 1 степени сужения таза и крупных размеров плода, тазового предлежания плода, гидроцефалии и др. патологии беременной производят кесарево сечение в плановом порядке. Акушерские щипцы при узком тазе считают травматичным способом родоразрешения как для матери, так и для плода.

Анатомически узкий таз является основной причиной возникновения в родах клинически, или функционально, узкого таза. Клинически узким тазом называют все случаи несоответствия между головкой плода и тазом матери, независимо от его размеров. Причинами его возникновения могут быть анатомически узкий таз, крупный плод, разгибательные вставления головки плода, переношенная беременность, гидроцефалия у плода, опухоли и пороки развития плода, таза матери, опухоли матки и т.д. Признаки клинически узкого таза возможно диагностировать при открытии шейки матки более 7-8 см, отсутствии плодного пузыря, опорожненном мочевом пузыре и нормальной сократительной деятельности матки. Функциональная оценка таза включает в себя признак Вастена и Цангемейстера, длительность стояния головки плода в одной плоскости, высоту стояния контракционного кольца, симптомы прижатия мочевого пузыря, состояние шейки матки (наличие отека, который может распространяться на влагалище и наружные половые органы), конфигурацию головки и размеры родовой опухоли. Для клинически узкого таза характерна непроизвольная потужная деятельность и появление симптомов угрожающего разрыва матки. Клиническая картина родов зависит от степени несоответствия и наличия осложнений. Кесарево сечение производят при выявлении признаков клинически узкого таза и угрожающего разрыва матки.

Профилактические мероприятия включают в себя своевременное распознавание аномалий костного таза, крупного плода, особенностей вставления головки и анамалий родовой деятельности, своевременную дородовую госпитализацию для выбора способа родоразрешения и подготовки к родам

**Контрольные вопросы:**

1. Определение понятия анатомически и клинически узкого таза.

2. Указать причины формирования узкого таза.

3. Классификация анатомически узких тазов.

4. Указать способы диагностики анатомически узкого таза.

5. Особенности строения и биомеханизма родов при плоских тазах.

6. Особенности строения и биомеханизма родов при поперечносуженном тазе.

7. Особенности строения и биомеханизма родов при общесуженных тазах.

8. Осложнения родов при аномалиях костного таза.

9. Сформулировать принципы ведения родов при узком тазе.

10. Указать причины возникновения и клинические симптомы функционально узкого таза.

**Задача № 1.**

В родильный дом поступила беременная 25 лет. Беременность - вторая, первая беременность закончилась рождением мертвого плода массой 3800,0 с кровоизлиянием в мозг.

Рост женщины 160 см, наружные размеры таза: 26-28-30-17 см, индекс Соловьева - 16 см, размеры ромба Михаэлиса: вертикальный - 9 см, горизонтальный - 10 см, окружность живота 110 см, высота стояния дна матки - 41 см.

Диагноз? План ведения родов?

**Задача № 2.**

Первородящая 23 лет поступила в родильный дом с регулярной родовой деятельностью, положение плода продольное, предлежание головное. Наружные размеры таза: 26-29-31-20, окружность живота - 96 см, высота дна матки - 38 см.

При динамическом наблюдении через 10 час от начала родовой деятельности проявились непроизвольные потуги. Роженица жалуется на постоянные резкие боли в области нижнего сегмента матки, самостоятельно не мочится, признак Вастена вровень. При влагалищном исследовании обнаружено: открытие шейки матки 8 см, плодного пузыря нет, головка плода прижата ко входу в малый таз. Определяются глазницы плода, корень носа, лоб, угол большого родничка.

Диагноз? Тактика ведения родов?

**ЛИТЕРАТУРА**

**Основная литература:**

1. Акушерство /Под ред. Г.М.Савельевой – М., 2001.
2. Айламазян Э.К. «Акушерство». 1997г.;
3. Акушерство и гинекология. Клинические рекомендации /Ред. В.И.Кулаков.- М., ГОЭТАР-Медиа, 2006. 540 с.
4. Акушерство. Практикум./ Под ред В.Е.Радзинского. М., 2002.
5. Серов В.Н., Маркин С.А. Критические состояния в акушерстве.М., Мед издат., 2003, 704с.
6. Акушерство. Часть I и II . Учебно-методическое пособие для студентов/ Под ред. Рудаковой Е.Б.(Утверждено УМО) Омск 2005.

**Дополнительная литература:**

1. Абрамченко В.В. Акушерские операции. СПб. ООО «Нордмедиздат» - 2005. 640с.
2. Абрамченко В,В. Классическое акушерство –СПб.: «Элби-СПб»- 2007. 808с.
3. Акушерство: Национальное руководство./ Под ред. Э.К.Айламазяна, В.И.Кулакова, В.Е.Радзинского, Г.М.Савельевой – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007 – 1200с.
4. Серов В.И. Акушерство: Учебник. М.: Медпресс.-2010.