

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Иркутский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра акушерства и гинекологии с курсом гинекологии детей и подростков

**ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ РОДЫ
(УЗКИЙ ТАЗ, НЕПРАВИЛЬНЫЕ
ПОЛОЖЕНИЯ ПЛОДА, АНОМАЛИИ
СОКРАТИТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
МАТКИ)**

Учебное пособие

Иркутск
ИГМУ
2020

УДК 618.16-002(075.8)

ББК 57.15я73

Б 26

Рекомендовано ЦКМС ФГБОУ ВО ИГМУ Минздрава России в качестве учебного пособия для студентов, обучающихся по образовательным программам высшего образования – программам специалитета по специальностям Лечебное дело и Педиатрия (протокол № 1 от 28.10.2020.)

Авторы:

О. Е. Баряева – канд. мед. наук, доцент кафедры акушерства и гинекологии с курсом гинекологии детей и подростков ФГБОУ ВО ИГМУ Минздрава России

В. В. Флоренсов – д-р мед.наук, профессор, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии с курсом гинекологии детей и подростков ФГБОУ ВО ИГМУ Минздрава России

М. Ю. Ахметова - ассистент кафедры акушерства и гинекологии с курсом гинекологии детей и подростков ФГБОУ ВО ИГМУ Минздрава России

Рецензенты:

Н. В. Акудович – канд. мед. наук, доцент кафедры симуляционных технологий и экстренной медицинской помощи ФГБОУ ВО ИГМУ Минздрава России

Н.Л. Сверкунова – канд. мед. наук, заведующий акушерским отделением патологии беременности ОГБУЗ «Иркутский городской перинатальный центр», врач акушер-гинеколог высшей квалификационной категории

Б 26 Патологические роды (узкий таз, неправильные положения плода, аномалии сократительной деятельности матки) : учебное пособие / О.Е Баряева, В.В. Флоренсов, М.Ю. Ахметова; ФГБОУ ВО ИГМУ Минздрава России, Кафедра акушерства и гинекологии с курсом гинекологии детей и подростков. – Иркутск: ИГМУ, 2020. – 88 с.

В учебном пособии изложены вопросы эпидемиологии, этиологии, патогенеза, факторов риска, клинической картины, диагностики, врачебной тактики и профилактики при узких тазах, неправильных положениях плода, аномалиях сократительной деятельности матки.

Пособие предназначено для студентов, обучающихся по программам специалитета по специальностям «Лечебное дело» и «Педиатрия» при изучении дисциплины «Акушерство и гинекология».

УДК 618.16-002(075.8)

ББК 57.15я73

Б 26

©Баряева О. Е., Флоренсов В. В., Ахметова М. Ю., 2020

© ФГБОУ ВО ИГМУ Минздрава России, 2020

ОГЛАВЛЕНИЕ

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ.....	4
ГЛАВА 1. РОДЫ ПРИ НЕПРАВИЛЬНЫХ ПОЛОЖЕНИЯХ ПЛОДА.....	5
1.1 Определение	5
1.2 Эпидемиология.....	5
1.3 Коды по МКБ-10	5
1.4 Классификация.....	6
1.6 Этиология	7
1.7 Клиническая картина и диагностика.....	8
1.8 Течение беременности и родов.....	11
ГЛАВА 2. БЕРЕМЕННОСТЬ И РОДЫ ПРИ КРУПНОМ ПЛОДЕ.....	15
2.1 Определение	15
2.2 Код по МКБ-10	15
2.3 Эпидемиология.....	15
2.4 Этиология	15
2.5 Клиническая картина и диагностика.....	17
2.7 Течение беременности и родов.....	18
2.8 Тактика ведения родов	21
ГЛАВА 3. РОДЫ ПРИ УЗКОМ ТАЗЕ.....	23
3.1 Анатомически узкий таз.....	24
3.1.1 Эпидемиология.....	24
3.1.2 Код по МКБ-10	24
3.1.3 Классификация.....	24
3.1.4 Этиология	26
3.1.5 Клиническая картина и диагностика.....	28
3.1.6 Особенности диагностики и механизма родов при часто встречающихся форма узких тазов.....	34
3.1.7 Особенности течения и ведения беременности у женщин с анатомически узким тазом.....	43
3.2 Клинически узкий таз	48
3.2.1 Определение	48
3.2.2 Коды по МКБ-10	48
3.2.3 Этиология	48
3.2.4 Диагностика клинически узкого таза.....	48
3.2.5 Классификация клинически узкого таза.....	50
3.2.7 Течение и ведение родов при клинически узком тазе.....	51
3.3 Профилактика развития узкого таза и акушерских осложнений.....	52

ГЛАВА 4. АНОМАЛИИ СОКРАТИТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МАТКИ	54
4.1 Определение	54
4.2 Эпидемиология.....	54
4.3 Коды МКБ-10	54
4.4 Классификация.....	55
4.5 Этиология и патогенез.....	55
4.6 Основные виды нарушений сократительной деятельности матки	58
4.6.1 Патологический подготовительный (прелиминарный) период	58
4.6.2 Слабость родовой деятельности	60
4.6.3 Стремительные роды	67
4.6.4 Дискоординация родовой деятельности	70
4.7 Профилактика аномалий сократительной деятельности матки	75
ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ	76
СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ.....	80
ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ	84
СПИСОК РЕКОМЕНДУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ.....	87

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АДСМ	аномалии сократительной деятельности матки
АМФ	аденозинмонофосфат
ВДМ	высота дна матки
ГСД	гестационный сахарный диабет
ДФ	диабетическая фетопатия
ДСДМ	дискоординация сократительной деятельности матки
ЗРП	задержка развития плода
ИЦН	истмикоцервикальная недостаточность
ИМТ	индекс массы тела
КС	кесарево сечение
КТ	компьютерная томография
КТГ	кардиотокография
ПГТТ	пероральный глюкозотолерантный тест
ПН	плацентарная недостаточность
ППП	патологический прелиминарный период
СРД	слабость родовой деятельности
УЗИ	ультразвуковое исследование
ЦНС	центральная нервная система
МОМО-синдром	макроцефалия, колобомы сетчатки, задержка умственного развития, нистагм, задержка остеогенеза
АВСД-синдром	макросомия, дефекты иннервации кишечника, фатальная дисфункция кишечника у новорожденных

ГЛАВА 1. РОДЫ ПРИ НЕПРАВИЛЬНЫХ ПОЛОЖЕНИЯХ ПЛОДА

1.1 Определение

Неправильное положение плода – это клиническая ситуация, при которой ось плода пересекает ось матки под каким-либо углом.

1.2 Эпидемиология

Неправильное положение плода обнаруживают с частотой 1:200-1:350 родов (0,3-0,7%) при доношенной беременности, причем у многорожавших (начиная с 4-ых родов) - в 10 раз чаще, чем у первородящих. При сроке гестации менее 32 нед неправильные (патологические) положения плода в матке отмечаются в 6 раз чаще, чем при доношенной беременности и достигают 2%. Перинатальная смертность при неустойчивом или поперечном положении плода (за исключением пороков развития плода и глубокой недоношенности) варьирует от 3,9 до 24%, материнская смертность - до 10%. Материнская смертность обусловлена восходящим инфицированием при преждевременном излитии вод, кровотечением при аномальном расположении плаценты, осложнениями оперативных пособий и разрывом матки. Перинатальные потери при отсутствии пороков развития и хромосомных аномалий обусловлены острой гипоксией плода при выпадении пуповины и родовой травмой. Выпадение петель пуповины происходит в 20 раз чаще, чем при продольном положении и головном предлежании плода.

1.3 Коды по МКБ-10

О32.0 Неустойчивое положение плода, требующее представления медицинской помощи матери

О32.2 Поперечное или косое положение плода, требующее предоставления медицинской помощи матери

О32.6 Комбинированное предлежание плода, требующее предоставления медицинской помощи матери

О32.8 Другие формы неправильного предлежания плода, требующие предоставления медицинской помощи матери

О32.9 Неправильное предлежание плода, требующее предоставления

медицинской помощи матери, неуточненное

1.4 Классификация

К неправильным положениям плода относят поперечные и косые положения, а также неустойчивое положение плода. Поперечным положением (*situs transversus*) называют такое расположение плода, при котором ось его туловища пересекает ось матки под прямым углом, а крупные части плода расположены выше гребней подвздошных костей (рис.1).

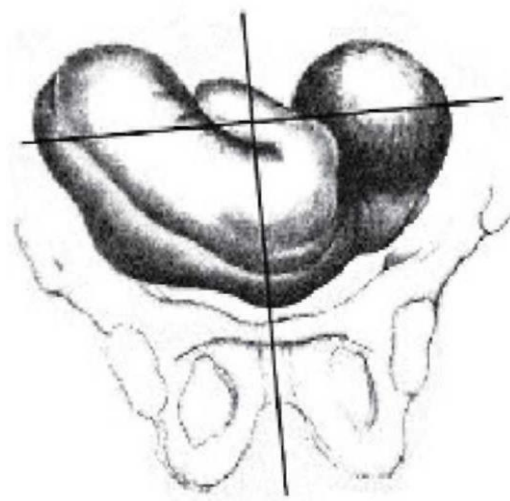


Рисунок 1. Поперечное положение плода. Первая позиция, передний вид¹

Косым положением (*situs obliquus*) называют такое положение плода, при которой ось его туловища пересекает ось матки под острым углом, а нижерасположенная крупная часть плода размещена в одной из подвздошных впадин большого таза (рис. 2). Косое положение считают переходным состоянием: в конце периода гестации и во время родов оно превращается в продольное либо в поперечное. Косое положение, как правило, нестабильно, является временным вариантом, и часто называется *неустойчивым*. Положение плода может охарактеризовано как неустойчивое, если плодные оболочки

¹ Акушерство: национальное руководство / ред. Г. М. Савельева, Г. Т. Сухих, В. Н. Серов, В. Е. Радзинский. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАРМедиа, 2015. - 1088 с.

интактны, околоплодные воды целы, отмечается повышенная двигательная активность и подвижность плода в полости матки, приводящая к частой смене положения и предлежания.

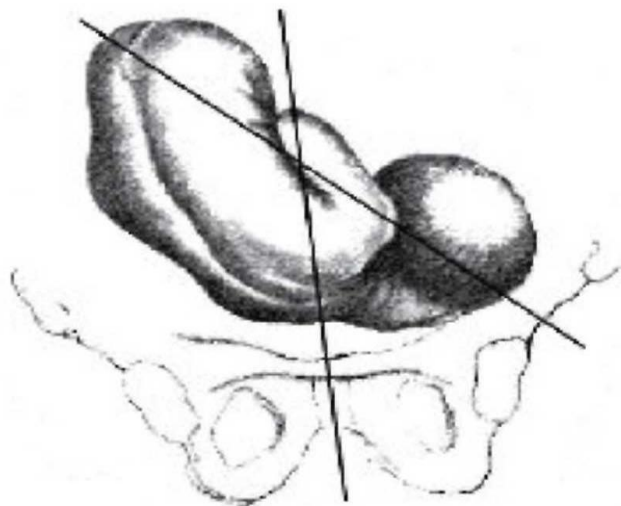


Рисунок 2. Косое положение плода. Первая позиция, передний вид¹.

Определение позиции при неправильных положениях

Позицию плода при неправильных положениях определяют по головке: если она расположена слева от срединной линии тела беременной – первая позиция, если справа – вторая. Вид, как и при продольном положении плода, определяют по спинке: если она обращена кпереди – передний вид, кзади – задний. Имеет значение расположение спинки плода по отношению ко дну матки и входу в малый таз.

1.6 Этиология

Причины возникновения поперечного или косого положения плода разнообразны. К ним относятся:

- чрезмерная или ограниченная подвижность плода:
 - недоношенная беременность;
 - многоводие;
 - маловодие;
 - синдром задержки роста плода;
 - дряблость мышц передней брюшной стенки;
 - крупный плод;

- многоплодие;
- миома матки;
- повышенный тонус матки при угрозе прерывания беременности;
- подвижность плода.
- препятствия вставлению головки:
 - предлежание или низкое расположение плаценты;
 - анатомически узкий таз, в том числе за счет наличия в полости малого таза опухолей матки и придатков;
 - узлы миомы в области нижнего сегмента матки;
 - аномалии развития матки (двурогая, седловидная матка, перегородка в ней);
 - пороки развития плода (гидроцефалия, анэнцефалия, синдром каудальной регрессии и др.).

1.7 Клиническая картина и диагностика

Поперечное и косое положение плода возможно установить на основании данных наружного акушерского исследования (методы наружного акушерского исследования Леопольда-Левицкого) и влагалищного исследования. Однако эти методы диагностики не всегда являются определяющими и достоверными (например, при многоплодии, многоводии). Наиболее информативным методом диагностики неправильного положения плода является ультразвуковое исследование (УЗИ).

Основные признаки неправильного положения плода при наружном акушерском и влагалищном исследованиях (рис. 3, 4):

- 1) поперечное положение: поперечно-овальная форма (шаровидная) живота беременной, низкое стояние дна матки, чем при продольном положении, крупная предлежащая часть (головка, тазовый конец) отсутствует, ко входу в малый таз предлежат мелкие части плода (плечо, ручка); при влагалищном исследовании крупная предлежащая часть плода также не определяется; сердцебиение плода лучше прослушивается в области пупка;
- 2) косое положение: косо-овальная форма живота беременной, низкое

стояние дна матки, чем при продольном положении, а окружность живота больше нормы. Крупная предлежащая часть (головка плода или его ягодицы) находятся ниже уровня гребня подвздошной кости, в одной из подвздошных ямок большого таза; при влагалищном исследовании крупная предлежащая часть плода не определяется; сердцебиение плода лучше прослушивается в области пупка.

Особенности диагностики: влагалищное исследование производят очень осторожно, так как вскрытие плодных оболочек и излитие вод при неполном раскрытии маточного зева значительно ухудшает прогноз для женщины и плода. При отсутствии плодного пузыря и раскрытии маточного зева на 4 см и больше прощупывают плечо или ручку плода, петлю пуповины, иногда пальпируются ребра, позвоночник плода, лопатка, ключица. По направлению подмышечной впадины можно определить сторону тела матери, к которой обращено плечико и головка плода, а, следовательно, позицию.

Основной метод диагностики неправильного положения плода является УЗИ.

При проведении ультразвукового исследования необходимо исключить причины, которые могли бы привести к неправильному положению плода: тяжелые пороки развития плода или аномальное расположение плаценты.

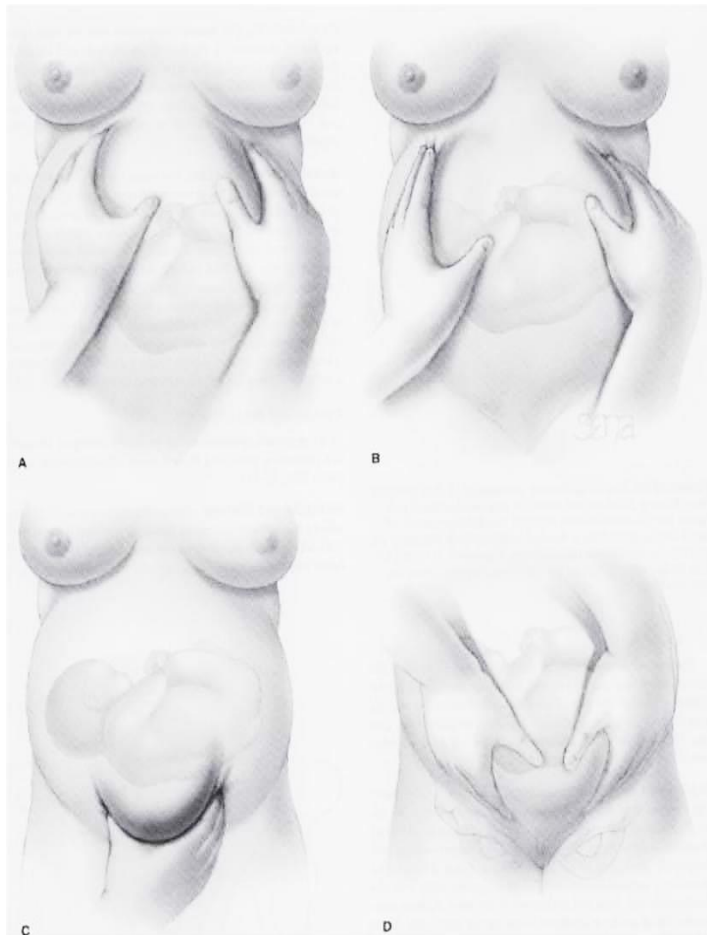


Рисунок 3. Пальпация плода в матке (приемы Леопольда) при поперечном положении плода в матке¹

При выпадении из половой щели ручки диагноз поперечного положения не вызывает сомнений!

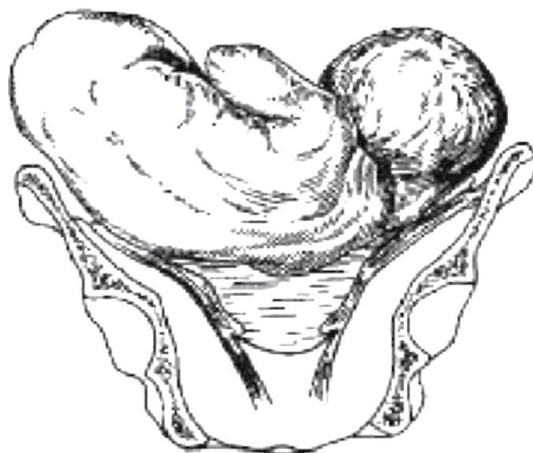


Рисунок 4. Поперечное положение плода. I позиция, передний вид; период раскрытия, плодный пузырь цел¹

1.8 Течение беременности и родов

К особенностям течения беременности при неправильных положениях плода следует отнести: дородовое излитие околоплодных вод, преждевременные роды, выпадение мелких частей плода и пуповины, длительный безводный промежуток, хориоамнионит (инфицирование полости матки) и внутриутробную гипоксию плода.

Роды при неправильных положениях плода сопровождаются рядом серьезных и опасных для жизни матери и плода осложнений: раннее излитие вод, выпадение мелких частей плода, возникновение запущенного поперечного положения плода, разрыв матки, кровотечение из половых путей при аномалиях расположения плаценты, смерть матери и плода.

Эти осложнения возникают в связи с тем, что в случае отсутствия крупной предлежащей части, отсутствует и пояс соприкосновения ее к нижнему сегменту матки и разделение околоплодных вод на передние и задние. В результате чего возникает чрезмерное напряжение нижнего полюса плодного яйца. Вместе со стремительным излитием вод следуют петли пуповины и/или ручки плода, происходит дальнейшее опускание плода в родовый канал, плечико его вклинивается во вход в малый таз, плод теряет подвижность, формируется *запущенное поперечное положение*.

При запущенном поперечном положении плода большая часть его находится в полости растянутого нижнего маточного сегмента и шейки матки. В случае продолжающейся родовой деятельности возникает высокий риск разрыва матки (рис. 5).

В случае выпадения пуповины при поперечном положении плода заправить ее не удастся по причине отсутствия пояса соприкосновения. В этой ситуации возникает острой гипоксии плода, чаще всего приводящая к его гибели.



Рисунок 5. Запущенное поперечное положение плода, выпадение правой ручки, перерастяжение матки, угрожающий разрыв матки¹

Возникающие осложнения течения беременности и родов при неправильных положениях плода являются причинами кровотечения, разлитого перитонита или сепсиса, и как результат – выполнение органоуносящих операций (экстирпация матки) и гибель пациентки и плода.

Роды при поперечном положении плода через естественные родовые пути невозможны!

В исключительных случаях роды при поперечном положении плода заканчиваются самопроизвольно путем самоизворота (*evolutio foetus spontanea*), или рождения плода сдвоенным туловищем (*partus conduplicatio corporis*). Подобный исход родов возможен как исключение при сильных схватках, глубоко недоношенном (масса плода менее 800 г) или мертвом мацерированном плоде.

Механизм самоизворота следующий: головка плода задерживается выше пограничной линии таза, в полость таза вколачивается одно плечико; шейка плода резко растягивается и из половой щели рождается плечико, за ним,

соскальзывая мимо головки, туловище, таз и ножки плода и, наконец, головка. При родах сдвоенным туловищем первым рождается плечико, затем туловище и головка, вдавленная в живот, а далее таз плода и ножки.

Ведение беременности и родов при неправильных положениях плода

Наблюдение беременных осуществляется в женских консультациях, особенно тщательно после 32 недель беременности в связи с риском развития осложнений. Основная цель дородового наблюдения – своевременное предупреждение и устранение осложнений.

До 36 недель беременности для исправления неправильного положения плода и при отсутствии противопоказаний (рубец на матке, угрожающие преждевременные роды, миома матки, предлежание и низкое расположение плаценты, соматическая патология беременной и др.) рекомендуется проведение корригирующей гимнастики.

Корригирующая гимнастика

Корригирующая гимнастика проводится при сроке беременности 29-36 недель под непосредственным наблюдением врача женской консультации и включает комплекс специальных упражнений, способствующих повороту плода в головное предлежание. Существует ряд схем гимнастических упражнений, например, предложенную И.Ф. Диканем: 3 раза в день беременная лежа поворачивается попеременно на правый и левый бок, лежит после каждого поворота 10 минут; процедуру повторяют 2-3 раза. Существует система упражнений, разработанная И.И. Грищенко и А.Е. Шулешовой, при выполнении которой в сочетании с ритмичным и глубоким дыханием возникает ритмичное сокращение мышц брюшного пресса, туловища и тазового дна. В случае положительного эффекта положение плода фиксируют валиками, прикрепленными к биндажу беременной, которые она носит до полной стабилизации головного предлежания (головка прижата ко входу в малый таз).

После 36 недель положение плода становится стабильным, поэтому при сохранении поперечного положения плода уточняется план дальнейшего ведения беременности и родов, который сообщается беременной.

Беременной рекомендуется госпитализация в акушерский стационар не позже 37 недель беременности, где проводится наблюдение за ее состоянием и состоянием плода. При возникновении родовой деятельности, излития околоплодных вод, немедленно сообщается дежурному врачу или акушерке. В случае отсутствия осложнений показана выжидательная тактика до 38-39 недель с тщательным контролем за состоянием и положением плода. Возможен самоизворот плода в тазовое или головное предлежание.

Плановое родоразрешение при неправильных положениях плода проводится за 7-10 дней до предполагаемого срока родов путем операции кесарева сечения – абсолютное показание к кесареву сечению.

При преждевременном излитии околоплодных вод, при развитии родовой деятельности и наличии неправильного положения плода, проводится экстренное родоразрешение путем операции кесарева сечения.

При запущенном поперечном положении вне зависимости от состояния плода производят кесарево сечение! Плодоразрушающая операция при запущенном поперечном положении плода и его гибели, в том числе при небольших размерах плода может привести к разрыву матки и в настоящее время не применяется.

Особенности техники кесарева сечения: несмотря на преимущества поперечного разреза в нижнем маточном сегменте, в случае неправильного положения плода при излитии околоплодных вод и несформированном нижнем сегменте более бережным и оптимальным является продольный разрез на матке (донное кесарево сечение (КС)) или исмико-корпоральный разрез (корпоральное КС).

Операцию исправления поперечного положения плода наружными приемами (наружный поворот на головку), ранее широко применявшуюся на 35-36-й неделе беременности, в настоящее время не применяют в связи с высоким риском осложнений (отслойка плаценты, разрыв матки, гипоксия плода) и низкой эффективностью.

ГЛАВА 2. БЕРЕМЕННОСТЬ И РОДЫ ПРИ КРУПНОМ ПЛОДЕ

Роды крупным плодом нередко имеют осложненное течение (в 2 раза чаще, чем при нормальной массе) как для матери, так и для плода, приводя к родовому травматизму, акушерским кровотечениям, перинатальным потерям и детской заболеваемости.

2.1 Определение

Крупным плод – это плод с массой, превышающей 4000 г при головном предлежании и свыше 3600 г при тазовом предлежании.

Гигантский плод – это плод с массой, превышающей 5000 г.

«Плод, крупный к сроку беременности» (*large-for-date fetus*) – превышение размеров плода и его массы (определяется при проведении ультразвуковой фетометрии) выше 90 перцентиля для срока беременности.

Макросомия – рождение ребенка весом более 4000 г при доношенной беременности или > 90 перцентиля по таблицам роста плода.

2.2 Код по МКБ-10

O33.5 Крупные размеры плода, приводящие к диспропорции, требующей предоставления медицинской помощи матери.

2.3 Эпидемиология

Частота родов с массой новорожденного 4000-4500 г в настоящее время составляет 10% и более (8,2 до 18,5-20 %) и не имеет тенденцию к снижению, с массой 4500–4999 – 1,5%, 5000 г и более – 0,1% (11:10000 родов).

Увеличению массы тела новорожденных объясняется улучшением питания, избыточным потреблением препаратов, содержащих витамины и микроэлементы, возрастанием числа беременных с гестационным сахарным диабетом или сахарным диабетом II типа.

2.4 Этиология

Этиология чрезмерного развития плода изучена недостаточно.

В группу риска рождения крупного плода относят:

- беременные женщины, родившиеся массой 3600 г и более (вероятность рождения крупного плода в 2 раза больше, чем у родившихся с

массой 3000-3500 г) – генетические причин и исходные особенности метаболизма беременной;

- многорожавшие женщины старше 30 лет;
- беременные с нарушением жирового обмена и метаболическим синдромом до беременности;
- родившие детей с массой тела 4000 г и более (при последующей беременности имеют вероятность рождения массой 4500 г и более в 5-10 раз выше, чем родившие детей с нормальной массой тела);
- женщины, имевшие до родов массу тела более 70 кг и рост более 170 см;
- беременные с прибавкой в массе тела более 15 кг;
- больные сахарным диабетом;
- переношенная и пролонгированная беременность;
- предшествующим рождением крупного плода;
- плод мужского пола;
- вынашивающие детей с некоторыми наследственными синдромами с различным типом наследования одним из клинических проявлений имеют макросомию (синдром Перлмана (макросомия с висцеромегалией, асцит, многоводие, ренальные гамартомы, опухоль Вильмса, диафрагмальная грыжа и др.), летальная макросомия с микрофтальмией, врожденная жировая макросомия, МОМО-синдром (макροцефалия, колобомы сетчатки, задержка умственного развития, нистагм, задержка остеогенеза), ABCD-синдром (макросомия, дефекты иннервации кишечника, фатальная дисфункция кишечника у новорожденных), синдром Беквита-Видеманна (макросомия, микрогнатия, кардиомегалия, омфалоцеле, опухоль Вильмса и др.). Некоторые из них летальны в раннем детском возрасте);
- ожирение отца ребенка также расценивается как один из факторов риска крупного плода.

Основной этиологический фактор формирования крупного плода при ожирении – избыточное и нерациональное питание беременной, нарушение

белкового, липидного и углеводного обмена у плода, внутриутробное поражение печени и поджелудочной железы, развитие метаболического ацидоза и гипоксии плода с одновременной активацией компенсаторно-приспособительных реакций в плаценте. Патофизиология чрезмерного роста плода заключается в избыточной активности плодовой регуляторной цепи – инсулинзависимый фактор роста – лептин. Избыток глюкозы в крови плода активизирует эндогенную продукцию инсулина поджелудочной железой плода, имеющего анаболические свойства, и при высоком уровне глюкозы приводит к избыточному росту (гиперинсулиновое ожирение).

2.5 Клиническая картина и диагностика

Клинический диагноз крупного плода в антенатальный период основан на основании данных анамнеза (факторы риска см. выше), объективного осмотра, результатов УЗИ.

При объективном осмотре во второй половине беременности:

- достоверное превышение высоты стояния дна матки (ВДМ) и окружности живота (ОЖ) составляет 3–3,5 см и более от нормы для данного срока беременности, и эта тенденция сохраняется до родов;
- значительное увеличение размеров матки (ВДМ превышает 42 см) и окружности живота беременной (более 100 см), при исключении многоплодной беременности и многоводия.

Наиболее точной диагностикой предполагаемой массы плода считают УЗИ.

Предполагаемая масса плода рассчитывается на основании определенных фетометрических показателей: величина бипариетального размера головки, окружности живота, длины бедренной кости плода, отношения длины бедренной кости к окружности живота.

Согласно УЗ-критериям выделяют пропорциональную и диспропорциональную макросомию.

При пропорциональной макросомии – размеры головы и туловища в равной степени выше нормальных значений.

Диспропорциональная макросомия – при ускорении только роста туловища.

В случае увеличения размеров живота плода при относительно нормальных значениях окружности головы, подозревают диабетическую макросомию.

Дифференциальная диагностика

Дифференциальную диагностику проводят с многоводием, многоплодием, опухолью органов брюшной полости.

2.7 Течение беременности и родов

К особенностям течения беременности при крупном плоде можно отнести развитие синдрома сдавления нижней полой вены, нарушение функции ЖКТ. Некоторые авторы считают, что при крупном плоде чаще встречается анемия, отеки беременных, плацентарная недостаточность, угроза прерывания беременности, ранние токсикозы беременных, преэклампсия². В то же время другие исследователи считают, что не найдены статистически значимые различия в наличии осложнений при беременности крупным плодом по сравнению с течением беременности плодом нормальной массы³.

Роды при крупном плоде чаще сопровождаются осложнениями, по сравнению с родами при нормальной массе плода. К осложнениям течения родов при крупном плоде относятся:

- Преждевременное и раннее излитие околоплодных вод, выпадение пуповины и мелких частей плода (головка крупного плода не прижимается ко входу в малый таз, не формируется пояс соприкосновения и отсутствует

² Слабинская Т.В. Антенатальная диагностика массы крупного плода // Здоровый новорожденный: материалы респ. науч.-практ. конф. – Екатеринбург. – 2000. – С. 77–79.

Черникова Л.Н. Акушерские аспекты крупного плода // История городского мед. образования им. С.П. Боткина и современное состояние спец. мед. помощи. – Орел, 1999. – С. 205–207.

Stones R.W., Paterson C.M., Saunders W.J. Risk factors for major obstetric haemorrhage // Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 1993; 48(1); 15–8.

³ Черепнина А.Л. Крупный плод: современная тактика ведения беременности и родов. Перинатальные исходы: автореф. дис. канд. мед. наук. – М., 2006. – 21 с.

Чернуха Е.А. Дистоция плечиков: прогноз и ведение родов // Акушерство и гинекология. – 1998. – №4. – С. 22–28.

Чернявская Л.О. Медико-социальное исследование проблемы крупного плода: автореф. дис. канд. мед. наук. – Рязань, 2001. – 20 с.

разделение на передние и задние околоплодные воды).

- Аномалии родовой деятельности (первичная и вторичная слабость родовой деятельности).
- Функциональное несоответствие между размерами головки плода и таза матери – клинически узкий таз.

- Родовые травмы плода: травмы шейного отдела позвоночника, перелом ключицы, травмы плечевого сплетения, паралич Эрба (затруднение при выведении плечевого пояса после рождения головки (дистоция плечиков)), кефалогематома, внутричерепные кровоизлияния.

- Родовые травмы матери: гематомы и разрывы мягких тканей родового канала, разрывы матки, травмы лонного сочленения.

- Акушерские кровотечения: гипотонические кровотечения в последовом и раннем послеродовом периоде, кровотечения из мест разрывов.

- *Ведение беременности и родов при крупном плоде*

Ведение беременности осуществляется в соответствии с порядком оказания акушерско-гинекологической помощи при физиологической беременности.

Обязательно рекомендуется:

Модификация образа жизни: умеренная физическая нагрузка (20-30 минут в день), соблюдение беременной рациональной диеты (по принципу ведения беременных с ожирением). Энергетическая ценность диеты должна находиться в пределах 2000-2200 ккал (белки – 120 г, углеводы – 250 г, жиры – 65 г), а при нарушении жирового обмена – до 1200 ккал.

Дополнительно для исключения вероятных причин крупного плода проводится:

- УЗИ в 35-36 недель;
- пероральный глюкозотолерантный тест (ПГТТ) с 75 г глюкозы – в 24–28 недель беременности в случае, если у нее не было выявлено нарушение углеводного обмена (при значениях глюкозы $\geq 5,1$ ммоль/л или HbA1c $\geq 6,5\%$), а также определялся ускоренный рост плода при установленном сроке гестации при втором скрининговом исследовании; проведение ПГТТ при первом визите рекомендуется женщинам с риском развития ГСД (ИМТ ≥ 30 кг/м², указанием в анамнезе на роды плодом с массой тела $\geq 4,5$ кг или ГСД, отягощенным по сахарному диабету семейным анамнезом).

- беременные женщины с установленным сахарным диабетом начиная с 20-й недели должны проходить экспертное ультразвуковое исследование для раннего обнаружения признаков диабетической фетопатии (ДФ) и врожденных аномалий плода.

2.8 Тактика ведения родов

В 93% роды заканчиваются самопроизвольно, хотя протекают обычно длительно.

Показания к плановой операции КС (относительные показания):

- крупный плод у женщины моложе 18 и старше 30 лет;
- крупный плод и тазовое предлежание;
- крупный плод и переносная беременность;
- крупный плод и любая форма, и степень сужения анатомически узкого таза;
- крупный плод и миома (или пороки развития матки);
- крупный плод и экстрагенитальные заболевания, предусматривающие укорочение второго периода родов;
- крупный плод и отягощенный акушерский анамнез (мертворождение, невынашивание, бесплодие с использованием вспомогательных репродуктивных технологий).

План ведения родов через естественные родовые пути предусматривает:

- проведение мониторингового контроля состояния плода и сократительной деятельности матки;
- ведение партограммы;
- функциональную оценку таза в родах, что позволит своевременно диагностировать клинически узкий таз (признаки Вастена и Цангемейстера и др.));
- своевременное введение обезболивающих средств и спазмолитиков;
- при развитии слабости родовой деятельности и исключения

клинически узкого таза – внутривенное введение утеротонических средств;

- при угрозе разрыва промежности, а также укорочения 2 периода родов проводят ее рассечение;
- профилактика кровотечения в третьем и раннем послеродовом периоде.

При выявлении аномалий родовой деятельности, несоответствия размеров головки с тазом матери, гипоксии плода роды следует закончить экстренной операцией КС.

В раннем послеродовом периоде в связи с гипотонией матки чаще применяю ручную ревизию полости матки. Чаще наблюдается замедленная инволюция матки, анемия, гипогалактия, повышается частота гнойно-септические осложнений (длительные роды, маточные кровотечения, внутриматочные манипуляции, длительный безводный промежуток).

ГЛАВА 3. РОДЫ ПРИ УЗКОМ ТАЗЕ

В настоящее время крайне редко встречаются грубо деформированные тазы и тазы с III и IV степенью сужения, соответственно чаще встречаются узкие тазы I степени сужения, а также «стертые», трудно диагностируемые при акушерском исследовании. «Стертые» тазы имеют небольшое (до 10 мм) сужение одного или всех размеров малого таза, преимущественно в полости малого таза, что является труднодиагностируемым методами наружной пельвиометрии и влагалищного исследования.

Среди наиболее часто встречающихся форм сужения таза – поперечносуженный таз, таз с уменьшением прямого размера широкой части полости малого таза, ассимиляционный или «длинный» таз, спондилолистетический таз. Реже встречаются плоские тазы.

Уменьшение размеров таза (как анатомическое, так и функциональное) может удлинить время прохождения подлежащей части плода и привести к травматизму плода.

При анатомическом сужении таза имеется риск возникновения несоответствия размеров таза женщины и головки плода и развитию клинически узкого таза. В связи с чем, ведение родов при узких тазах является актуальной проблемой современного акушерства и требует от врача-акушера-гинеколога высокого профессионализма.

Определение

Анатомически таз – это таз с уменьшением хотя бы одного из его размеров по сравнению с нормой на 1,5-2 см.

Уменьшение величины истинной конъюгаты менее 11 см – основной критерий сужения таза.

Клинически (функционально) узким является таз – таз, при котором выявляется несоответствие между размерами плода и таза роженицы независимо от размеров последнего.

3.1 Анатомически узкий таз

3.1.1 Эпидемиология

Анатомически узкий таз встречается с частотой от 2,6 до 15-23%. Клинически узкий таз диагностируют в 1,3–1,7% всех родов.

3.1.2 Код по МКБ-10

О33.0 Деформация костей таза, приводящая к диспропорции, требующей предоставления медицинской помощи матери.

О33.1 Равномерно суженный таз, приводящий к диспропорции, требующей предоставления медицинской помощи матери

О33.2 Сужение входа таза, приводящее к диспропорции, требующей предоставления медицинской помощи матери

О33.3 Сужение выхода таза, приводящее к диспропорции, требующей предоставления медицинской помощи матери

О33.4 Диспропорция смешанного материнского и плодного происхождения, требующая предоставления медицинской помощи матери

3.1.3 Классификация

В отечественной практике используют классификацию узкого таза, основанную на форме и степени сужения.

По форме сужения различают часто и редко встречающиеся формы узкого таза.

К часто встречающимся формам узкого таза (95,6%) относят (рис. 6):

- поперечно-суженный (45,2%);
- плоский:
 - таз с уменьшением прямого диаметра широкой части полости малого таза (21,8%);
 - простой плоский – Девентеровский (13,6%);
 - плоскоррахитический – 6,5%;
- общеравномерносуженный (8,5%).

К редко встречающимся формам узкого таза (4,4 %) относят:

- кососмещенный и кососуженный;

- таз, суженный экзостозами, костными опухолями, вследствие переломов костей таза со смещением;
- другие формы узкого таза (остеомалятический таз, кифотический таз, спондилолистетический таз);
- таз, суженный за счет опухолей яичников, матки, расположенных в полости малого таза частично или полностью.

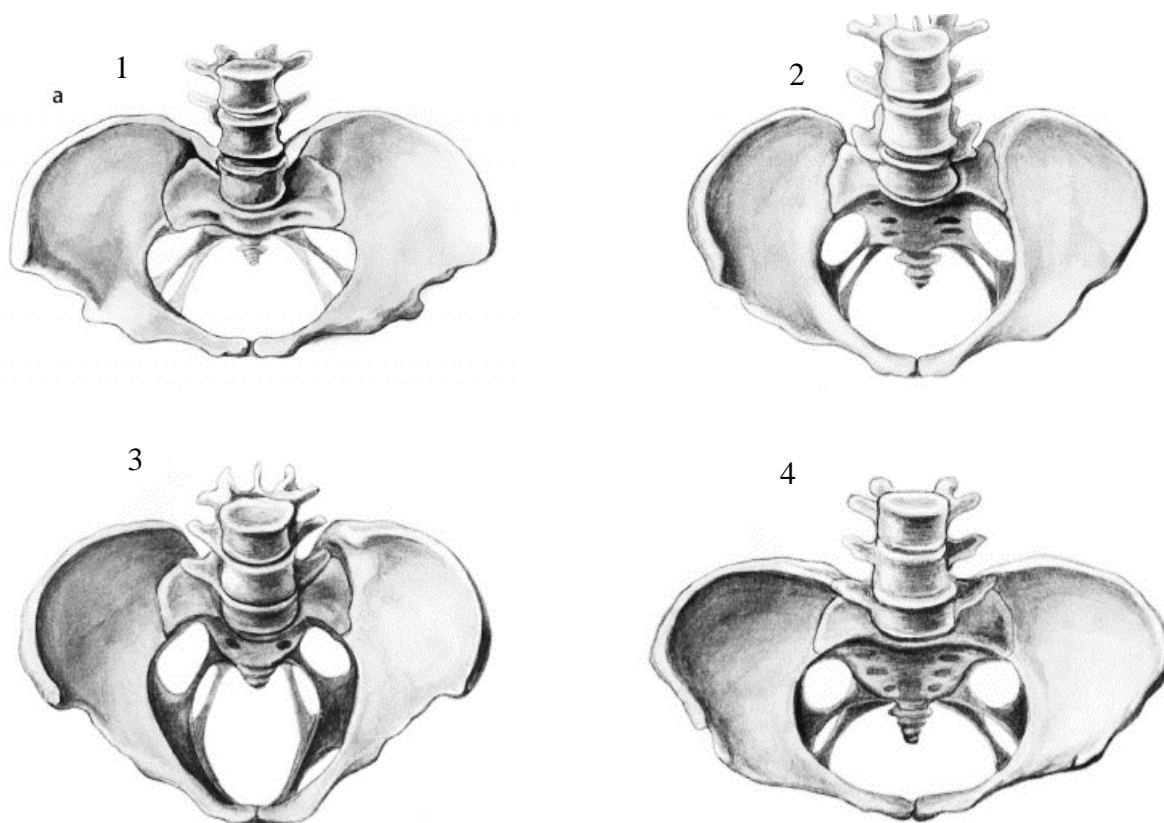


Рисунок 6. Основные формы сужения таза: 1 – плоскоррахитический таз, 2 – общеравномерносуженный, 3 – поперечносуженный, 4 – простой плоский таз⁴.

В последние годы произошло значительное изменение структуры выявляемых анатомически узких тазов. Если в конце прошлого века среди узких тазов преобладал общеравномерносуженный, то в настоящее время чаще выявляют поперечно-суженный таз и таз с уменьшением прямого размера широкой части полости малого таза. Применение рентгенопельвиметрии

⁴ Сидорова И.С. Акушерство: Руководство для практикующих врачей / И.С. Сидорова. – М.: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2013. – 1048 с.: ил.

позволило выявить такие формы таза, которые ранее не фигурировали: ассимилированный (длинный) таз - следствие врожденной аномалии таза (частичная или полная сакрализация).

Классификации анатомически узких тазов по степени сужения.

Согласно классификации анатомически узких тазов по степени сужения А.Ф. Пальмова выделяют⁵:

- I степень – истинная конъюгата 10,5–9,1 см (96,8 %);
- II степень – 9,0–7,6 см (3,18 %);
- III степень – 7,5– 6,6 см (0,02 %);
- IV степень – менее 6,5 см (0,0 %).

Классификация А.Я. Красовского предполагает три степени сужения:

- I степень – истинная конъюгата от 11–9,5 см;
- II степень – менее 9,5–6,5 см;
- III степень – менее 6,5 см.

При поперечно-суженных тазах степень сужения определяют по величине поперечного размера плоскости входа в малый таз, используя данные *рентгенопельвиметрии*. Различают три степени сужения данной формы таза⁶:

- I степень сужения (поперечный размер входа 12,5-11,5 см);
- II степень сужения (поперечный диаметр 11,5-10,5 см);
- III степень сужения (поперечный диаметр входа менее 10,5 см).

3.1.4 Этиология

К развитию узкого таза приводят различные факторы, оказывающие влияние в разные периоды жизни женщины. К ним относятся: недостаточное питание в детском возрасте, рахит, детский церебральный паралич, полиомиелит и др. К деформациям таза приводят заболевания или повреждения костей и соединений таза (рахит, остеомалация, переломы, опухоли, туберкулез, врожденные аномалии таза).

⁵ Пальмов А.Ф. Терапия родов при узком тазе. Пермь. - 1929. -67 с.

⁶ Калганова Р.И., Черепанов В.Н. К вопросу диагностики поперечносуженного таза. //Акуш. и гинекол. 1978. - N4. - С.53-56.

Аномалии таза возникают также в результате деформации позвоночника (кифоз, сколиоз, деформация копчика и др.). Сужение таза может быть обусловлено заболеваниями или деформациями нижних конечностей (заболевания и вывих тазобедренных суставов, атрофия и отсутствие ноги и др.).

Деформации таза возможны также в результате травм вследствие автомобильных и других катастроф.

В период полового созревания формирование таза происходит под воздействием половых стероидов – эстрогенов и андрогенов. Эстрогены стимулируют рост таза в поперечных размерах и его созревание (окостенение), а андрогены – рост скелета и таза в длину. Одним из факторов формирования поперечно-суженного таза является акселерация, приводящая к быстрому росту тела в длину в период полового созревания, когда увеличение поперечных размеров замедлено.

Значительные психоэмоциональные нагрузки, стрессовые ситуации, прием гормонов с целью блокирования менструации при усиленных занятиях спортом (спортивной гимнастикой, фигурным катанием и др.) приводят к гипоестрогении, что в конечном итоге способствует формированию поперечно-суженного таза. Так же значение имеет нарушений школьной гигиены, ношение плотной узкой одежды («джинсовый» таз).

В настоящее время практически не наблюдаются такие патологические формы узкого таза, как рахитический, кифотический, кососуженный, резкие степени сужения, что связывают с акселерацией и улучшением условий жизни населения.

3.1.5 Клиническая картина и диагностика

Диагноз узкого таза и степень его сужения предполагает комплексный подход и включает оценку анамнестических данных, результатов антропометрии, формы крестцового ромба Михаэлиса, измерения наружных размеров большого таза, влагалищного исследования, данных лучевых методов исследования – рентгенопельвиометрии, МРТ органов малого таза с измерением его размеров (при наличии возможности).

Диагностика узкого таза предусматривает:

1. Сбор общего и специального анамнеза: течение беременности, родов, наличие заболеваний в периоде младенчества, детства и пубертата, травмы таза и нижних конечностей. Необходимо уточнить особенности вскармливания девочки, течение раннего детства (когда появились зубы, когда стала сидеть, ходить), наличие перенесенного рахита, дисплазии, врожденного вывиха тазобедренных суставов, инфекций (костный туберкулез, полиомиелит).

В периоде полового созревания важно выяснить наличие физических и психоэмоциональных нагрузок, гормональных нарушений, нарушений школьной гигиены и т.д.

Оценка гинекологического анамнеза предусматривает уточнение начала и характера менструаций, течение и исход предыдущих беременностей и родов, оперативное родоразрешение (акушерские щипцы, вакуум-экстракция плода, кесарево сечение), мёртворождение, черепно-мозговые травмы у новорожденных, нарушение неврологического статуса в раннем неонатальном периоде, раннюю детскую смертность, нарушения дальнейшего развития.

2. Оценка объективных данных:

- рост и масса тела беременной;
- характер оволосения (гирсутизм);
- состояние черепа, позвоночника, грудины, нижних конечностей, тазобедренного и коленного суставов, подвижность суставов;
- пропорциональность тела;

- при антропометрическом обследовании следует учитывать факторы, указывающие на высокую возможность анатомических изменений малого таза: рост 160 см и менее; размер обуви менее 23 (36); длина кисти менее 16 см; длина I и II пальцев руки менее 6 и 8 см соответственно.
 - форма живота при поздних сроках беременности (остроконечная у первородящих и «отвислая» у повторнородящих);
 - угол наклона таза (в норме он составляет 45-55°, при узком тазе нередко больше, при этом крестец, ягодицы и наружные половые органы отклонены кзади; выражен лордоз поясничного отдела позвоночника);
 - форма крестцового ромба.
3. Наружное измерение таза. Информацию о размерах таза можно получить при наружной пельвиметрии, хотя не всегда имеет место быть корреляция между размерами большого и малого таза (табл. 1).
4. Индекс Соловьева (индекс Соловьева Г.А.) – ориентировочный показатель, позволяющий судить о толщине костей скелета и, таким образом, о размерах и емкости малого таза. Проводится измерение окружности лучезапястного сустава на уровне выступающих мыщелков предплечья: чем меньше индекс, тем тоньше кости и больше емкость таза и наоборот. Нормальные показатели индекса Соловьева – 14,5–15 см.

Тип размеров для наиболее частых форм суженных тазов

Форма таза	Размеры таза, см					
	Distantia spinarum	Distantia cristarum	Distantia trochanterica	Conjugata externa	Conjugata diagonalis	Conjugata vera
Нормальный	25-26	28-29	31-32	20-21	12,5-13,0	11
Поперечно-суженный	24-25	25-26	28-29	20-21	12,5	11
Общеравномерно-суженный	24	26	28	18	11	9
Простой плоский	26	29	32	18	11	9
Плоскоррахитический	27	27	32	18	11	8-9
Таз с уменьшением прямого размера широкой части полости таза	25-26	28-29	31-32	20	12,5	11

5. Оценка формы и размеров крестцового ромба. Крестцовый ромб (ромб Михаэлиса) образован:

- сверху – V поясничный позвонок;
- снизу – верхушка крестца (место отхождения седалищных мышц);
- с боков – задневерхние ости подвздошных костей.
- Размеры ромба: ширина (поперечник) – 10 см, высота (длинник) – 11

см, высота верхнего треугольника – 4,5 см. При нормальном тазе ромб имеет правильную форму; при плоскоррахитическом тазе верхняя половина ромба меньше нижней; при значительной рахитической деформации таза область ромба имеет почти треугольную форму. В общеравномерносуженном тазе ромб вытянут в длину; верхний и нижний углы острые, боковые тупые; при поперечно суженном тазе отмечается уменьшение поперечного размера (рис. 7).

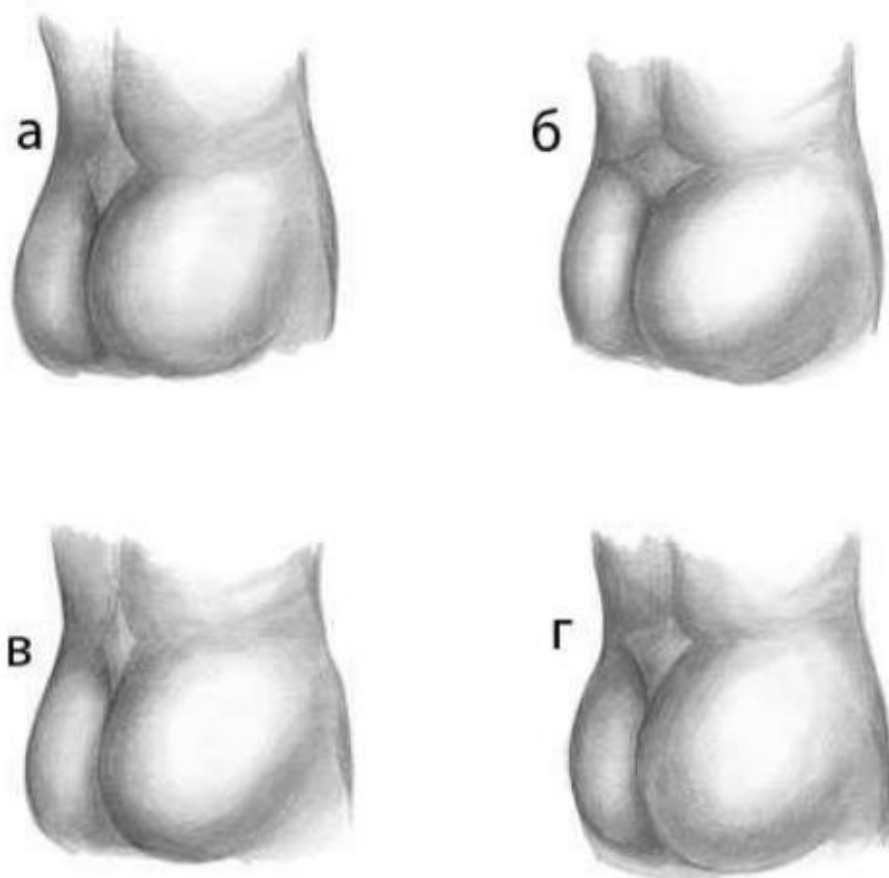


Рисунок 7. Формы крестцового ромба при анатомически узком тазе: А – нормальный таз; Б – плоскоррахитический; В – общеравномерносуженный; Г – кососуженный⁴.

6. измерение лонно-крестцового размера: диагностика узкого таза с уменьшением прямого размера широкой части полости – это расстояние от середины симфиза до сочленения II и III крестцовыми позвонками. Для анатомически нормального таза величина этого размера составляет 21,8 см;
7. измерение высоты лонного сочленения – это расстояние между верхним и нижним краями лонного сочленения, производимое тазомером, в норме составляет 5,0–6,0 см;
8. измерение ширины симфиза – расстояние между паховыми складками по верхнему краю симфиза, проводимое сантиметровой лентой; в норме ширина симфиза равна 13,0–13,5 см;
9. измерение поперечного размера выхода таза – расстояние от правой

внутренней поверхности седалищного бугра до левой, измеряемое сантиметровой лентой при позе Микеладзе (камнесечения); в норме составляет 9 см.

10. измерение прямого размера выхода малого таза – расстояние от верхушки копчика до нижнего края симфиза, измеряемое тазомером. Из полученной величины (в норме – 12–12,5 см) вычитают 1,5 см на толщину крестца и мягких тканей.

11. Дополнительные измерения:

- измерение косых размеров:
 - расстояние между серединой верхнего края симфиза и задними верхними осями подвздошных костей обеих сторон (норма – 17,5 см);
 - расстояние между передней верхней остью подвздошных костей одной стороны и задней верхней остью другой стороны (норма – 21 см);
 - расстояние между остистыми отростками V поясничного позвонка и передней верхней остью позвоночных костей обеих сторон (норма – 18 см);
 - расстояние между передней и задней верхними осями подвздошных костей одноименной стороны (боковая конъюгата Кернера: норма – 14–15 см). Абсолютные величины боковой конъюгаты дают представление о внутренних размерах таза: при плоском тазе они не превышают 13,5 см, при асимметрии таза имеются различия между обеими конъюгатами более, чем на 1,5 см.
- измерение окружности таза – между вертелами и гребнем подвздошных костей; в норме составляет 85 см, уменьшение размеров окружности таза до 70–75 см, свидетельствует о сужении таза;
- наличие разницы в уровне стояния лопаток, искажение формы треугольника талии указывает на высокую вероятность кососуженного

таза.

12. Влагалищное исследование. При влагалищном исследовании определяют емкость таза, величину диагональной конъюгаты, обследуют крестцовую впадину, седалищные ости и бугры, определяют наличие ложного мыса, экзостозов и деформаций малого таза, оценивают величину лонного угла.

Расчет значения истинной конъюгаты:

- величина наружной конъюгаты минус 9 см;
- величина диагональной конъюгаты минус 1,5–2,0 см (при индексе Соловьева 14-16 см и менее вычитают 1,5 см, при величине индекса более 16 см вычитают 2 см); при величине лонного сочленения 4 см и менее вычитают 1,5 см, при величине более 4 см вычитают 2 см).
- измерение тазомером расстояния от яремной вырезки грудины до VII шейного позвонка.

13. Методы лучевой диагностики

При наличии технической возможности и подготовленных специалистов возможно применение дополнительных методов оценки внутренних размеров таза: рентгенопельвиметрии, магнитно-резонансной томографии и, реже, ультразвукового исследования.

- Рентгенопельвиметрия: рекомендуется использовать вне беременности или в сроке доношенной беременности (38 недель и более):
 - уменьшение размеров большого и малого таза, выявленное при наружном и внутреннем акушерском исследовании;
 - крупные размеры плода (4000 г и более);
 - осложнения предыдущих родов (затяжные роды, травма плода и новорожденного, наложение акушерских щипцов и т.д.);
 - тазовое предлежание плода.
- Магнитно-резонансная томография: радиационно-безопасный и высокоинформативный метод визуализации. Показания:

- подозрение на анатомически узкий таз;
 - подозрение на анатомические изменения таза - экзостозы, травмы таза в анамнезе, перенесенные рахит и полиомиелит, врожденный вывих тазобедренных суставов, расхождение лонного сочленения;
 - крупный плод (более 4000 г);
 - тазовое предлежание;
 - наличие рубца на матке;
 - беременные из группы высокого риска перинатальной патологии, а именно: повторнородящие с осложненным течением и неблагоприятным исходом предыдущих родов; яичников, матки, влагалища, плаценты, костей и суставов таза.
- Ультразвуковое исследование: позволяет определить истинную конъюгату, место расположения головки плода, ее размеры, особенности вставления, в родах – степень раскрытия маточного зева (менее информативно).
 - Комбинация ультразвукового исследования и рентгенопельвиметрии: позволяет рассчитать плодово-тазовый индекс, который основывается на измерении головки плода при ультразвуковом исследовании и определении окружности входа в таз и в полости таза на основании рентгенопельвиметрии.

3.1.6 Особенности диагностики и механизма родов при часто встречающихся форма узких тазов

Особенности диагностики при анатомически узких таза представлены в таблице 2.

Таблица 2

Критерии оценки	Формы узких тазов				
	Поперечно-суженный	Простой плоский	Плоскорахитический	Таз, с уменьшением прямого размера широкой части полости	Общеравномерно суженный
Особенности общего и специального объективного осмотра	чаще у стройных высоких женщин с признаками гиперандрогении, гирсутизм;	без особенностей; телосложение правильное	– признаки перенесенного в детстве рахита («квадратная» голова, редкие зубы с поперечными желобками, впалая грудь «реберные четки», ключицы в форме латинской буквы «S», «X»- или «0»-образное искривление ног, позвоночника, грудины и др.).	без особенностей; телосложение правильное	– у невысоких, пропорционально сложенных женщин; – рост меньше 160 см, размах рук равен росту; – размер ноги 35 см; длина кисти руки меньше 16 см, длина большого пальца руки меньше 6 см, длина среднего пальца руки меньше 8 см
Характеристика таза	– уменьшение поперечных	– уменьшение всех прямых	– уменьшение прямого	– уплощение крестца, вплоть до	– уменьшение на одинаковую

	<p>размеров малого таза на 0,6-1,0 см и более;</p> <ul style="list-style-type: none"> – относительное укорочение или увеличение прямого размера входа и узкой части полости; – вход в малый таз имеет округлую или продольно-овальную форму; – мало развёрнуты крылья подвздошных костей; – лонная дуга узкая. 	<p>размеров;</p> <ul style="list-style-type: none"> – кривизна лонная дуга широкая, обычно увеличен поперечный диаметр входа; – вход в малый таз имеет отчётливую форму овала, расположенного длинником поперёк 	<p>размера входа и увеличением всех остальных прямых диаметров таза, крестец обычно плоский, лонная дуга широкая.</p> <ul style="list-style-type: none"> – крылья подвздошных костей развёрнуты, обычно почти равны, уменьшена наружная конъюгата. 	<p>отсутствия кривизны;</p> <ul style="list-style-type: none"> – увеличение длины крестца; уменьшение прямого диаметра широкой части полости (менее 12 см); – отсутствие разницы между прямыми диаметрами входа, широкой и узкой части полости. 	<p>величину всех размеров таза (1,5-2,0 см и более).</p>
Особенности размеров таза	<ul style="list-style-type: none"> – ширина симфиза менее 12,5 см; – высота симфиза 6,5 см и более; – поперечный размер выхода таза менее 9 см. 	<ul style="list-style-type: none"> – крестцовый ромб имеет неправильную форму с укорочением вертикальной диагонали (менее 10 см); – существует взаимосвязь между диагональной и истинной конъюгатами; 	<ul style="list-style-type: none"> – крестцовый ромб имеет вертикальный размер меньше нормы, при этом верхний треугольник ромба меньше нижнего. – при значительной рахитической деформации таза область ромба 	<ul style="list-style-type: none"> – лонно-крестцовый размер (расстояния от середины симфиза до места сочленения между II и III крестцовыми позвонками менее 20,5 см; – менее 19,3 см – выраженное уменьшение 	<ul style="list-style-type: none"> – крестцовый ромб правильной формы, но и продольный, и поперечный размеры его менее 11 см; – уменьшены все наружные размеры таза

			имеет почти треугольную форму	прямого размера широкой части полости (менее 11,5 см).	
– Методы диагностики					
Особенности наружной пельвиометрии	– определение поперечного диаметра крестцового ромба (менее 10 см); – поперечного размера плоскости входа в таз (поперечный размер плоскости входа в таз равен $\frac{1}{2}$ distantia cristarum или для его определения из distantia cristarum можно вычесть 14-15 см); – поперечного диаметра выхода таза (менее 10,5 см), ширины и высоты симфиза и глубины таза.	укорочение вертикальной диагонали ромба Михаэлиса (менее 10 см).	– уменьшены наружной конгьюгаты, увеличение остальных размеров таза	– измерение лонно-крестцового размера (менее 20,5 см);	– прямой и поперечный размеры выхода менее 9 см; – равномерно уменьшение вертикального и горизонтального размеров ромба Михаэлиса
Особенности влагалищного исследования	– сближение седалищных остей и относительно легкая досягаемость терминальных	– крестец выдвигается вперед – форма и кривизна крестца не изменена;	– достижим мыс, резко выступающий вперед (за счет чего вход в таз напоминает форму	– уплощение крестца, вплоть до отсутствия кривизны	– крестцовая впадина глубокая, достигается промоториум и терминальные линии

	<p>линий; – острый лонный угол; – уплощение крестца и увеличение его высоты до 10 см и более (50%)</p>	<p>– укорочение диагональной конъюгаты (промонториум достигается)</p>	<p>почки или сердца); – крестец уплощен, укорочен, утончен и уширен (правило четырех «у» М.А. Колосова); – иногда определяется ложный мыс; лонный угол тупой. – уменьшение диагональной конъюгаты (промонториум достигается)</p>		
Методы лучевой диагностики	<p>– рентгенопельвиметрия – КТ-рентгенопельвиметрия или МРТ</p>	<p>– рентгенопельвиметрия – КТ-рентгенопельвиметрия или МРТ</p>	<p>– рентгенопельвиметрия – КТ-рентгенопельвиметрия или МРТ</p>	<p>– рентгенопельвиметрия – КТ-рентгенопельвиметрия или МРТ</p>	<p>– рентгенопельвиметрия – КТ-рентгенопельвиметрия или МРТ</p>
Формы сужения (в том числе по данным методов лучевой диагностики)	<p>1) таз с увеличением прямого диаметра входа; 2) Таз с укорочением прямого размера широкой части полости; 3) таз с уменьшением межкостного</p>			<p>– I степень - прямой размер широкой части полости 12,4 -11,5 см; – II степень меньше 11,5 см.</p>	

	диаметра.				
Особенности вставления и конфигурации головки плода	– наиболее благоприятно ассинклитическое вставление; – долихоцефалическая форма головки	– ассинклитическое вставление; – брахицефалическая конфигурация головки	– ассинклитическое вставление; – брахицефалическая конфигурация головки	– возможно формирование ассинклитизма (косое ассинклитическое вставление головки)	– чрезмерное сгибание головки; – долихоцефалическая форма головки

К особенностям биомеханизма родов при часто встречающихся формах сужения тазов относятся:

1. При *поперечно-суженном тазе* с незначительным уменьшением поперечного размера входа с образованием округлой его формы превалирует нормальный механизм родов.

В случаях значительного сужения поперечного размера входа имеют место следующие особенности:

- косое асинклитическое вставление (вставление согнутой головки передней теменной костью в косой размер таза с отклонением стреловидного шва кзади) – наиболее благоприятное вставление;
- высокое прямое вставление стреловидного шва благоприятно для этой формы сужения только при переднем виде плода (преобладании прямого размера входа в малый таз над поперечным);
- головка плода может опускаться до дна таза без вращательных движений (отсутствие внутреннего поворота);
- проводная точка – малый родничок, точка фиксации (опоры) – подзатылочная ямка, размер прорезывания головки – малый косой (9,5 см). Родовая опухоль расположена в области малого родничка.

При поперечно-суженном тазе часто возникает клиническое несоответствие между плодом и тазом, что требует родоразрешения путем операции кесарева сечения.

Роды при поперечно-суженном тазе могут закончиться чрез естественные родовые пути только в случае переднего вида предлежания плода. Задний вид при поперечно-суженном тазе формирует клиническое несоответствие II степени.

2. При *простом плоском тазе* (Девентеровском) особенностями механизма родов являются:

- головка длительное время остается подвижной над входом в малый таз (что связано с неравномерным сужением таза), вставление головки требует очень хорошей родовой деятельности;

- головка вступает во вход в малый таз в состоянии разгибания, чаще это I степень разгибания;
- головка конфигурируется и вставляется во вход в таз одной из теменных костей, т.е. происходит асинклитическое вставление;
- прогноз родов более благоприятен при переднем виде асинклитизма. Задний асинклитизм приводит к клиническому несоответствию.
- прогноз родов считается неблагоприятным при III степени любой формы асинклитизма (пальпируется ушко).
- отсутствие внутреннего поворота головки – головка опускается стреловидным швом в узкую часть или выход малого таза, образуя, соответственно низкое поперечное стояние стреловидного шва. Таким образом внутренний поворот головки происходит на тазовом дне (или вообще не происходит);
- проводная точка – большой родничок (при большей степени разгибания – лоб или подбородок), точка фиксации – подзатылочная ямка, размер прорезывания – прямой (12 см). Родовая опухоль расположена в области большого родничка.

3. Для таза с *уменьшенным прямым размером широкой части полости* характерно:

- вставление головки плода стреловидным швом в поперечный размер входа в малый таз;
- внутренний поворот головки затылком кпереди связан с переходом из широкой части полости в узкую;
- возможно формирование асинклитизма (косое асинклитическое вставление головки);
- роды в заднем виде сопровождаются клиническим несоответствием размеров головки плода и таза матери.

4. Для *плоскоррахитического таза* особенностями механизма родов являются:

- длительное стояние головки сагиттальным швом в поперечном размере;

- умеренное разгибание головки: большой родничок устанавливается на одном уровне с малым или ниже его, головка проходит через истинную конъюгату малым поперечным размером (8,5 см);
- асинклитическое вставление головки – передний асинклитизм - («негелевское» вставление) или задний («литцмановское» вставление). Чаще встречается передний асинклитизм (переднетеменное), так как сила сцепления теменной кости у мыса больше, чем у лона, поэтому передняя теменная кость опускается в полость таза, а стреловидный шов отклоняется к мысу; при заднетеменном вставлении роды через естественные родовые пути невозможны;
- в полости малого таза в связи с благоприятными пространственными соотношениями между резко конфигурированной головкой и емкой полостью таза совершается внутренний поворот;
- продвижение головки во втором периоде родов происходит очень быстро («штурмовые» роды);
- отсутствие правильной ротации головки в полости малого таза и штурмовой характер второго периода родов ведет к разрыву промежности, вплоть до разрыва крестцово-копчикового сочленения;
- проводная точка – большой родничок, родовая опухоль расположена в области большого родничка.

Для механизма родов при *общеравномерносуженном тазе* характерно:

- головка вступает в таз в состоянии значительного сгибания, размером меньшим, чем малый косой;
- малый родничок приближается к геометрическому центру таза (глубокое стояние малого родничка – асинклитизм Редерера);
- стреловидный шов расположен в одном из косых размеров таза. Головка продвигается по тазу медленно, с большой затратой сил;
- при переходе из широкой части в узкую происходит дополнительная максимальное сгибание головки и внутренний её поворот, когда головка на дне таза устанавливается стреловидным швом в прямом

размере выхода;

- головка плода не может выполнить все пространство лонного угла, а поэтому растягивает промежность, что приводит к травме мышц и фасций промежности и ее разрыву;
- после рождения головки происходит внутренний поворот плечиков и наружный поворот головки.
- проводная точка – малый родничок, точка фиксации – подзатылочная ямка, размер прорезывания – малый косой (9,5 см). Родовая опухоль расположена в области малого родничка.

3.1.7 Особенности течения и ведения беременности у женщин с анатомически узким тазом

Течение беременности при анатомически узких тазах характеризуется более частой вероятностью наступления преждевременных родов, преждевременного излития околоплодных вод, соответственно выпадения петель пуповины, острой гипоксии и гибели плода. При проведении наружного акушерского исследования, особенно у первородящих, диагностируется подвижная над входом в таз головка, которая сохраняет свою подвижность (не прижата) вплоть до начала родовой деятельности. Высота стояния дна матки больше, чем при нормальных размерах таза, диафрагма расположена высоко, экскурсия лёгких ограничена, одышка появляется раньше, продолжается дольше и более выраженная. Из-за более подвижной матки частота формирования неправильного положения плода, разгибательных предлежаний головки выше, чем при нормальных размерах таза.

Также отмечено более частое возникновение симфизиопатий и сакроилеопатий (расхождение лонного и крестцово-подвздошного сочленений, чрезмерная их подвижностью, воспаление в сочленениях таза).

В сроке беременности 38 недель беременных с анатомически узкими тазами, у которых предполагается несоответствие между размерами таза и плода, следует госпитализировать в отделение патологии, согласно региональных

листов маршрутизации беременных, с целью уточнения срока беременности, массы плода, размеров таза, положения и предлежания плода, его состояния и решения вопроса о выборе метода родоразрешения⁷.

Прогнозирование исходов родов

Роды при анатомических сужениях таза могут протекать через естественные родовые пути. Основным моментом определения тактики ведения родов – это наличие функциональной полноценности малого таза. Это зависит не только от возможностей точного определения размеров таза, но и его соразмерности с головкой плода.

Функциональная неполноценность малого таза может возникнуть у женщин с анатомически узким тазом, а также при крупной массе плода.

В связи с этим необходимо проводить точную оценку степени и формы сужения таза и определять предполагаемую массу плода (ПМП).

Диагностика анатомически узкого таза проводится на основании как данных наружной пельвиометрии и влагалищного исследования (см. выше), так и методов лучевой диагностики. В настоящее время предпочтение отдается магнитно-резонансной томографии органов малого таза с пельвиметрией.

Предполагаемая масса плода рассчитывается по общепринятым формулам с учетом результатов окружности живота и высоты дна матки, а также с помощью ультразвукового исследования: на основании фетометрических показателей – бипариетального размера головки, окружности живота и длины бедренной кости по специальным формулам (Hadlock, Shepard).

Расчёт предполагаемой массы плода по общепринятым формулам:

1. Формула Якубовой

$$\text{ПМП (г)} =$$

$$\frac{\text{Окружность живота беременной (см)} + \text{Высота стояния дна матки (см)} \times 100}{4}$$

(если плод недоношен б)

2. Расчёт по Жордания

⁷ Порядок оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)», утвержденный приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 01 ноября 2012 г. № 572н

$$\text{ПМП (г)} =$$

Окружность живота беременной (см) x Высота стояния дна матки (см)

3. Метод Ланковица

$$\text{ПМП (г)} =$$

((Рост беременной (см)+Масса тела (кг)+Окружность
живота(см)+Высота стояния дна матки (см)) x 10

4. Формула Джонсона

$$\text{ПМП (г)} =$$

$$(\text{ВДМ} - 11) \times 155,$$

где ВДМ – высота дна матки, 11 и 155 специальные индексы.

После получения результатов пельвиометрии и предполагаемой массы плода составляется план ведения родов:

1. При первой степени сужения таза и средних размерах плода (предполагаемая масса тела до 3600 г) и отсутствии другихотягощающих факторов роды можно начать вести через естественные родовые пути с функциональной оценкой таза.
2. При второй степени сужения таза рекомендовано родоразрешение путем операции кесарева сечения. Ведение родов через естественные родовые пути возможно только в исключительных случаях (небольшие размеры плода (вес до 3000 г), хорошая готовность родовых путей, благоприятное вставление головки).
3. При третьей и четвертой степенях сужения таза – плановое кесарево сечение.

Роды при анатомически узком тазе очень часто сопровождаются серьезными осложнениями как со стороны матери, так и со стороны плода. К этим осложнениям относятся:

- преждевременное и раннее излитие околоплодных вод, приводящее к выпадению мелких частей плода и пуповины;
- аномалии родовой деятельности;
- симптомы несоответствия размеров головки плода и таза матери;

- хориоамнионит в родах;
- преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты;
- гипоксия и внутричерепная травма плода;
- растяжение и разрыв сочленений таза матери;
- перерастяжение нижнего сегмента и разрыв матки;
- сдавление мягких тканей предлежащей частью плода, приводящее к возникновению мочеполовых и прямокишечно-влагалищных свищей;
- кровотечение в последовом и раннем послеродовом периоде.

В связи с риском возникновения осложнений тактика ведения родов предусматривает:

- непрерывный кардиомониторный контроль за состоянием плода и родовой деятельностью (КТГ);
- ведение партограммы;
- оценка характера вставления головки плода и её продвижения;
- своевременная диагностика осложнений родового акта и их коррекция;
- в случае возникновения затяжных родов ситуацию следует расценить как клиническое несоответствие между тазом и головкой плода и пересмотреть план ведения родов в сторону оперативного – путем кесарева сечения. Показание к кесареву сечению – «угроза разрыва матки», свидетельствует о запоздалой диагностике.

Плановое кесарево сечение должно проводиться после 39 недели беременности⁸.

Показания к плановой операции кесарева сечения⁹:

- плодово-тазовые диспропорции (анатомически узкий таз II-III степени сужения, деформация таза, экзостозы, костные

⁸ Кесарево сечение. Показания, методы обезболивания, хирургическая техника, антибиотикопрофилактика, ведение послеоперационного периода. Клинические рекомендации МЗ РФ, Москва, 2014, 44с.

⁹ Чернуха, Е.А., Волобуев, А.И., Пучко, Т.К. Анатомически и клинически узкий таз. - М.: Триада-Х, 2 0 0 5 .-2 5 3 с

опухоли, опухоли матки и яичников, расположенные в полости малого таза);

- сочетания I степени сужения таза с акушерской патологией: тенденция к перенашиванию беременности и неготовность родовых путей к родам, крупный плод, тазовое предлежание, неправильное положение и предлежание плода, тяжелая преэклампсия, хроническая гипоксия плода, первородящие старшего возраста, рубец на матке, мертворождение в анамнезе, аномалии развития половых органов, симфизит и др.

Показания к экстренной операции кесарево сечение при анатомически узком тазе:

- отсутствие родовой деятельности после излития околоплодных вод при незрелой шейке матки;
- аномалии родовой деятельности;
- лобное, лицевое, высокое прямое стояние стреловидного шва при заднем виде;
- клиническое несоответствие размеров головки плода и таза матери.

Вакуум-экстракция плода и наложение акушерских щипцов при анатомическом сужении таза возможно при ситуациях, требующих экстренного родоразрешения – острая гипоксия плода, при нахождении головки на тазовом дне, и только при отсутствии признаков клинического несоответствия.

При отсутствии готовности организма к родам при доношенной беременности (более 38-39 недель), преждевременном излитии околоплодных вод показана подготовка шейки матки к родам и родовозбуждение, проводимые по схемам, включающим использование мифепристона, динопростона, гигроскопических расширителей и окситоцина.

3.2 Клинически узкий таз

3.2.1 Определение

Под клиническим узким тазом понимают несоответствие между головкой плода и тазом матери, независимо от размеров последнего.

3.2.2 Коды по МКБ-10

065 Затрудненные роды вследствие аномалии таза у матери.

065.0 Затрудненные роды вследствие деформации таза.

065.1 Затрудненные роды вследствие равномерно суженного таза.

065.2 Затрудненные роды вследствие сужения входа таза.

065.3 Затрудненные роды вследствие сужения выходного отверстия и среднего диаметра таза.

065.4 Затрудненные роды вследствие несоответствия размеров таза и плода неуточненного.

065.5 Затрудненные роды вследствие аномалии органов таза у матери.

065.8 Затрудненные роды вследствие других аномалий таза у матери.

065.9 Затрудненные роды вследствие аномалии таза у матери неуточненной.

3.2.3 Этиология

Наиболее частыми причинами клинически узкого таза являются:

- анатомически узкий таз;
- крупный плод;
- сочетание анатомически узкого таза и крупного плода;
- разгибательные предлежания и вставления головки плода;
- задний вид затылочного предлежания;
- высокое прямое стояние стреловидного шва;
- асинклитические вставления головки плода;
- разгибания головки при тазовом предлежании;
- гидроцефалия.

3.2.4 Диагностика клинически узкого таза

Диагностика клинически узкого таза – сложная задача, особенно для

неопытного специалиста. С учетом наличия причин и факторов риска функционального несоответствия таза женщины и головки плода любое отклонение от нормального течения родового процесса, появление признаков внутриутробного страдания плода, должно быть расценено как клиническое несоответствие. К основным признакам клинически узкого таза относятся:

- нарушение сократительной деятельности матки;
- нарушение синхронизации процессов раскрытия шейки матки и продвижения плода;
- длительное (более 1 часа) стояние головки в плоскостях малого таза;
- выраженная конфигурация головки;
- образование большой родовой опухоли;
- неблагоприятные предлежания и вставления головки (задний вид, разгибательные вставления, асинклитизм, высокое прямое стояние стреловидного шва);
- отсутствие продвижения головки плода при полном раскрытии шейки матки;
- несоответствие механизма родов форме таза;
- наличие болезненных схваток;
- беспокойное поведение роженицы;
- появление потуг при головке, расположенной выше, чем в узкой части полости малого таза;
- болезненность при пальпации нижнего сегмента;
- затруднение или прекращение самопроизвольного мочеиспускания;
- гипоксия плода;
- положительный признак Вастена.

Оценка клинического соответствия (несоответствия) должна проводиться в первом периоде родов. К признакам, позволяющим предположить формирование клинически узкого таза, относятся неблагоприятные вставления головки (задний вид, переднеголовное вставление, прямое стояние

стреловидного шва), отек шейки матки, появление потуг при высоко расположенной головке (прижата ко входу в малый таз), чрезмерная конфигурация и отек головки.

Во втором периоде родов добавляются признаки: отсутствие продвижения головки, дальнейшее увеличение родовой опухоли, длительное стояние (более 1 часа) головки в одной плоскости. Затем присоединяются остальные.

Признак Вастена определяется при наличии регулярной родовой деятельности, после излития вод и фиксации головки во входе в таз. С этой целью ладонь располагают на поверхности симфиза и передвигают вверх, на область предлежащей головки. В случае, если передняя поверхность головки находится выше плоскости симфиза, то несоответствие между тазом и головкой имеет место быть (*признак Вастена положительный*) и роды самостоятельно закончиться не могут. Если передняя поверхность головки ниже плоскости симфиза, то признак *Вастена отрицательный*; если на одном уровне – *признак Вастена вровень*.

3.2.5 Классификация клинически узкого таза

Классификация клинически узкого таза.

Выделяют три степени несоответствия размеров таза и головки.

I степень несоответствия – относительное несоответствие, характеризуется следующими признаками:

- особенности вставления головки и механизма родов, свойственные имеющейся форме сужения таза;
- конфигурация головки умеренная.

При наличии хорошей родовой деятельности эти моменты способствуют преодолению головкой имеющегося препятствия со стороны таза и благоприятному исходу родов. Продолжительность родового акта несколько больше обычной. У первородящих наблюдается слабость родовой деятельности в конце первого периода родов.

II и III степени – абсолютное несоответствие, имеющие следующие признаки:

II степень несоответствия:

- особенности вставления головки и механизма родов, свойственные данной форме сужения таза;
- резко выраженная конфигурация головки;
- длительное стояние головки в одной плоскости таза;
- симптомы прижатия мочевого пузыря (затрудненное мочеиспускание);
- признак Вастена вровень.

III степень несоответствия:

- особенности вставления головки, присущие форме сужения таза, часто механизм вставления головки не соответствует данной форме анатомически узкого таза;
- выраженная конфигурация головки или отсутствие способности головки к конфигурации;
- положительный признак Вастена;
- выраженные симптомы прижатия мочевого пузыря, роженица не может самостоятельно мочиться, примесь крови в моче;
- преждевременное появление произвольных безрезультатных потуг;
- отсутствие поступательного движения головки при полном открытии шейки матки и энергичной родовой деятельности;
- симптомы угрожающего разрыва матки.

3.2.7 Течение и ведение родов при клинически узком тазе

У большинства рожениц с клинически узким тазом возникают осложнения родов, ведущее место среди них занимает несвоевременное излитие околоплодных вод (50-60%) и аномалии родовой деятельности (40%); внутриутробная гипоксия плода (14%), разрыв симфиза (1%), разрыв промежности III степени, повреждения крестцово-подвздошных сочленений, разрыв матки, отрыва матки от сводов влагалища, образование мочеполовых и ректовагинальных свищей⁷.

Родоразрешение путем операции кесарева сечения выполняется при наличии 2-3 признаков абсолютного несоответствия в экстренном порядке (т.е. уже при II степени несоответствия).

Особенностями проведения кесарева сечения при клинически узком тазе являются высокий риск травматизма матери и новорожденного вследствие резкого истощения нижнего сегмента матки, затруднения извлечения плода из-за низкого расположения головки. Может отмечаться повышенная кровоточивость тканей, коагулопатическое кровотечение, геморрагический синдром, гипотония матки, требующих проведения инфузионно-трансфузионной терапии.

В раннем послеродовом периоде может быть гипотоническое кровотечение, анемия, гнойно-септические заболевания.

Родовой травматизм новорожденных имеет место в 27,0%. Выявляются: синдром гипервозбудимости (18,2%), синдром угнетения центральной нервной системы (4,5%), судорожный синдром (2,3%), кожногеморрагический синдром (6,8%), гематомы бедер и плеч (1,1%), шейнорадикулярный синдром (2,3%), кефалогематома (1,1%), субарахноидальное кровоизлияние (2,3%)⁷.

3.3 Профилактика развития узкого таза и акушерских осложнений

Профилактику развития анатомически узкого таза следует проводить в детском возрасте: рациональный режим питания, отдыха, умеренная физическая нагрузка, занятия физкультурой и спортом, обеспечивающие гармоничное развитие организма и правильное формирование костного таза, соблюдение правил школьной гигиены и охрана труда девушек-подростков. Необходимо своевременное распознавание и лечение гормональных нарушений, также влияющих на формирование костного таза.

Врачи женских консультаций должны включать беременных с узким тазом или подозрением на узкий таз в группу высокого риска по перинатальным и акушерским осложнениям. При ведении беременности следует предусмотреть рациональное питание для профилактики крупного плода, дополнительные

измерения таза, УЗИ во II и III триместре для уточнения членорасположения и предполагаемой массы плода, по показаниям рентгенопельвиметрию, своевременную диагностику формы и степени сужения таза.

Беременные с узким тазом должны госпитализироваться в стационары III уровня за несколько дней до предполагаемых родов.

ГЛАВА 4. АНОМАЛИИ СОКРАТИТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МАТКИ

4.1 Определение

Аномалии сократительной деятельности матки (АСДМ) – это расстройства сократительной деятельности матки (тонуса, интенсивности, продолжительности, интервала, ритмичности, частоты и координированности сокращений), приводящие к нарушению механизма раскрытия шейки матки и/или продвижения плода по родовому каналу.

АСДМ во время родов приводят к нарушению механизма раскрытия шейки матки, продвижению плода по родовому каналу. Нарушения сокращений матки являются самой частой и основной причиной гипоксически-травматического повреждения плода, акушерского травматизма и кровотечений. Роды при АСДМ в 30% случаев заканчиваются путем операции кесарева сечения.

4.2 Эпидемиология

Частота АСДМ составляет от 10 до 30% от общего числа родов.

Слабость родовой деятельности по отношению ко всем родам составляет 10%, дискоординация родовой деятельности в 1-3% и чрезмерно сильная родовая деятельность – менее 1%.

4.3 Коды МКБ-10

О62.0 Первичная слабость родовой деятельности.

О62.1 Вторичная слабость родовой деятельности.

О62.2 Другие виды слабости родовой деятельности.

О62.3 Стремительные роды.

О62.4 Гипертонические, некоординированные и затянувшиеся сокращения матки.

О62.8 Другие нарушения родовой деятельности.

О62.9 Нарушение родовой деятельности неуточненное.

О63 Затяжные роды.

О63.0 Затянувшийся первый период родов.

О63.1 Затянувшийся второй период родов.

О63.9 Затяжные роды неуточненные.

4.4 Классификация

В отечественной литературе принята классификация аномалий родовой деятельности, включающая:

- патологический прелиминарный период;
- слабость родовой деятельности (гипоактивность или инертность матки):
 - первичная слабость родовой деятельности;
 - вторичная слабость родовой деятельности;
 - слабость потуг (первичная, вторичная);
- чрезмерно сильная родовая деятельность:
 - быстрые роды;
 - стремительные роды;
- дискоординированная родовая деятельность:
 - первичная (патологический прелиминарный период);
 - вторичная:
 - дискоординация схваток (дискоординация родовой деятельности);
 - дистоция шейки;
 - гипертонус нижнего сегмента матки;
 - судорожные схватки (тетания матки);
 - контракционное кольцо.

4.5 Этиология и патогенез

Этиология аномалий родовой деятельности разнообразна. Способствовать развитию АСДМ могут факторы, которые имелись еще до беременности (пороки развития матки, опухоли матки, хронические воспалительные процессы и т.д.) факторы, возникшие во время беременности: много- и маловодие, крупный плод, неправильные положения плода и т.д.) и факторы, возникшие во время родов (неадекватное обезболивание, незрелые родовые пути, нарушение тактики ведения родов и т.д.). Все перечисленные факторы имеют условное разделение,

т.к. во время беременности и родов организм матери и плода представляют собой единую функциональную систему с общими механизмами регуляции.

Таким образом, к факторам, способствующим развитию аномальной родовой деятельности, можно отнести:

1. Акушерские факторы:

- дородовое и раннее излитие околоплодных вод;
- несоответствие размеров головки плода и таза матери (клинически узкий таз);
- перерастяжение матки (многоводие, крупный плод);
- многоплодная беременность;
- преждевременные и запоздалые роды;
- тазовые предлежания пода;
- препятствия к раскрытию шейки матки и продвижению плода;
- функционально неполноценный плодный пузырь.

2. Факторы, связанные с патологией репродуктивной системы:

- инфантилизм;
- аномалии развития матки (седловидная, двурогая);
- мальформация сосудов матки;
- многократные роды (>3);
- поздний возраст первородящей (>35 лет);
- органические поражения ЦНС (опухоли, последствия травм и нейроинфекций);
- органические заболевания позвоночника и спинного мозга (травмы, опухоли, деформации позвоночника – кифозы, кифосколиозы);
- функциональные заболевания ЦНС (стресс);
- нейроэндокринные заболевания (патология гипоталамо-гипофизарной системы (опухоли, нейроэндокринные гипоталамические синдромы: Шихана, гиперпролактинемия, болезнь Иценко-Кушинга);

- операции на матке (наличие рубца(ов));
 - миома матки, аденомиоз.
3. *Инфекционные и неинфекционные экстрагенитальные заболевания матери.*
 4. *Хронические интоксикации.*
 5. *Метаболический синдром, сахарный диабет, системные заболевания соединительной ткани.*
 6. *Плацентарная недостаточность (задержка внутриутробного развития плода, хроническая гипоксия).*
 7. *Пороки развития и заболевания плода.*
 8. *Ятрогенные факторы:* нерациональное использование обезболивающих и спазмолитических средств; родовозбуждение или родоусиление при отсутствии соответствующих условий.

К основным звеньям патогенеза АСДМ можно отнести:

- происходящие в матке дезорганизация проводящей системы, построенной на щелевых контактах с межклеточными каналами. При этом нарушения в проводящей системе, смещение «водителя ритма» схваток вызывает некоординированную, асинхронную родовую деятельность, приводящие к тому, что отдельные участки миометрия сокращаются и расслабляются в разном ритме и в разные промежутки времени. Эти сокращения матки становятся резко болезненными и не приводят к раскрытию маточного зева и продвижению плода;
- снижение циклического АМФ, угнетение цикла трикарбоновых кислот, повышение содержания в миоцитах молочной и пировиноградной кислот;
- снижение образования и плотности расположения альфа- и бета-адренорецепторов – ослабление функции адренергического механизма миометрия, снижение эстрогенного баланса, малочувствительность к утеротоническим веществам – приводит к

возникновению слабости родовой деятельности;

- нарушение сокращения матки ведет к гипоксическим изменениям в мышце, накапливаются недоокисленные продукты обмена, меняется тип тканевого дыхания – аэробный гликолиз заменяется анаэробным, и запасы гликогена быстро истощаются;
- вследствие нарушения кровотока в матке и развившейся на этом фоне гипоксии происходит разрушение синтеза альфа- и бета-адренорецепторов, после чего попытки родостимуляции не приводят к восстановлению сократительной способности матки, роды останавливаются;
- нарушение кровообращения происходит не только в матке, но и в плаценте, что приводит к гипоксии плода.

4.6 Основные виды нарушений сократительной деятельности матки

4.6.1 Патологический подготовительный (прелиминарный) период

Патологический прелиминарный период (ППП) – это нарушение сократительной деятельности матки, зачастую предшествующее аномалиям родовой деятельности¹⁰.

Частота встречаемости 10-17% от общего числа родов, в англо-американской литературе используют термин false labour «фальшивые роды», или «фальшивые схватки» («ложные схватки»).

Клинические признаки:

- маточные сокращения носят нерегулярный и монотонный характер и долгое время не переходят в родовую деятельность (происходят спастические сокращения круговых мышечных волокон в перешейке, структурных изменений шейки матки не происходит, сокращения матки болезненные), возникают в любое время суток, длительность схваток различная, может составлять от 1 до 3–5 суток;

¹⁰ «Акушерство: национальное руководство» под ред. Э. К. Айламазяна, В. И. Кулакова, В. Е. Радзинского, Г. М. Савельевой. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. — 1200 с. 1016-1024 стр.

- шейка к сроку родов остается длинной, плотной, наружный зев раскрыт, шейка матки расположена по отношению к оси таза эксцентрично (кпереди или кзади);
- нарушается психоэмоциональное состояние женщины, расстраивается суточный ритм, возникает утомление, нарушение сна, нередко выраженные вегетативные нарушения (потливость, тахикардия, нестабильность артериального давления, боязнь родов, тревога за их исход, раздражительность, нервозность, нарушение функции кишечника, повышенное и болезненное шевеление плода);
- в ответ на маточные сокращения не происходит структурные изменения шейки матки и нижнего сегмента – отсутствует развертывание нижнего сегмента, в который (при зрелой шейке) должна вовлекаться и надвлагалищная порция шейки матки, поэтому предлежащая головка плода не прижимается ко входу малого таза;
- повышена возбудимость и базальный тонус матки, пальпация предлежащей части и мелких частей плода затруднена;
- нерегулярные маточные сокращения на фоне повышенного базального тонуса приводят к нарушению маточно-плацентарного кровообращения и ухудшению кровоснабжения плода (гипоксия);
- часто осложняется дородовым излитием околоплодных вод, которое уменьшает объем матки и снижает тонус миометрия. Если при этом шейка матки имеет достаточную зрелость, сократительная деятельность матки может нормализоваться и перейти в нормальную родовую деятельность.

Очень часто ППП переходит в дискоординацию родовой деятельности или в первичную слабость схваток.

Акушерская тактика:

Основа лечения – блокирование патологических непродуктивных схваток, с этой целью используются препараты группы бета-адреномиметики – токолитическая терапия.

В комплексном лечении ППП используется обезболивание. Методом

выбора является регионарная анестезия – эпидуральная анестезия.

В случае нормализации тонуса матки, снижение или прекращения схваток, может быть использована выжидательная тактика, направленная на завершение подготовки к родам и спонтанное развитие родовой деятельности.

В наличии зрелых родовых путей и отсутствие родовой деятельности возможно активное ведение родов (родовозбуждение), путем проведения амниотомии. Дальнейшая тактика ведения родов будет зависеть от состояния плода, характера родовой деятельности, проводится под непрерывным кардиотокографическим контролем.

При отсутствии эффекта от токолитической терапии, наличие отягощающих факторов со стороны матери (переношенная беременность, преэклампсия, узкий таз) и плода (гипоксия, задержка развития плода, крупные размеры) план родов пересматривается в сторону оперативного – родоразрешение путем кесарева сечения.

4.6.2 Слабость родовой деятельности

Определение

Первичная слабость родовой деятельности (СРД) – это состояние, возникающее с самого начала родов, при котором родовая деятельность не обеспечивает нормальный темп раскрытия шейки матки и продвижение плода по родовому каналу при отсутствии механического препятствия в родах (гипоактивность матки)¹¹.

Вторичная слабость родовой деятельности – патология родовой деятельности, при которой у рожениц с хорошей или удовлетворительной родовой деятельностью происходит её ослабление. Обычно это происходит в конце периода раскрытия или в период изгнания.

Первичная слабость родовой деятельности

Первичная слабость родовой деятельности характеризуется тем, что схватки с самого начала устанавливаются короткими, редкими, слабыми,

¹¹ 1. Intrapartum care for healthy women and Babies Clinical guideline Published: 3 December 2014, NICE 2014. All rights reserved.

малоэффективными, при этом базальный тонус матки снижен. Роды принимают затяжной характер, их длительность продолжается 17–19 часов и более.

Клиническая картина и диагностика

Жалобы на слабые, редкие, непродолжительные, но регулярные схватки.

Анамнез:

- эндокринные и обменные нарушения в организме беременной;
- патологические изменения миометрия (эндометриты, склеротические и дистрофические изменения, неполноценный рубец на матке, пороки развития, гипоплазия матки);
- перерастяжение матки вследствие многоводия, многоплодия, крупного плода;
- необоснованное или нерациональное применение токолитических и средств, анальгетиков, анестетиков;
- нервно-психическое напряжение роженицы (отрицательные эмоции, неблагоприятные следовые реакции);
- перенесенная беременность.

Акушерское исследование:

В латентную фазу:

- пальпация матки и определение регулярных схваток (не менее двух схваток за 10 минут, продолжительностью 20 секунд и более), изначально не имеющие тенденции к усилению;
- влагалищное исследование: открытие шейки матки не превышает 4 см за 8 часов регулярных схваток.

В активную фазу:

- пальпация матки и определение регулярных схваток менее 3 схваток за 10 минут, каждая схватка длится менее 40 секунд, изначально нет тенденции к усилению;
- влагалищное исследование: раскрытие шейки матки менее 2 см за 4 часа;
- замедление/отсутствие опускания предлежащей части плода (при

исключении клинически узкого таза).

Лабораторные исследования: не проводятся.

Инструментальные исследования: кардиотокография (КТГ) – с целью мониторинга за состоянием внутриутробного плода и сократительной деятельности матки.

Диагноз устанавливают на основании клинической оценки: низкой эффективности схваток, уменьшения их частоты, низкого тонуса, замедленной динамики процесса родов. Для установления диагноза слабости родовой деятельности необходим контроль за динамикой родов (согласно партограмме, рис. 8).

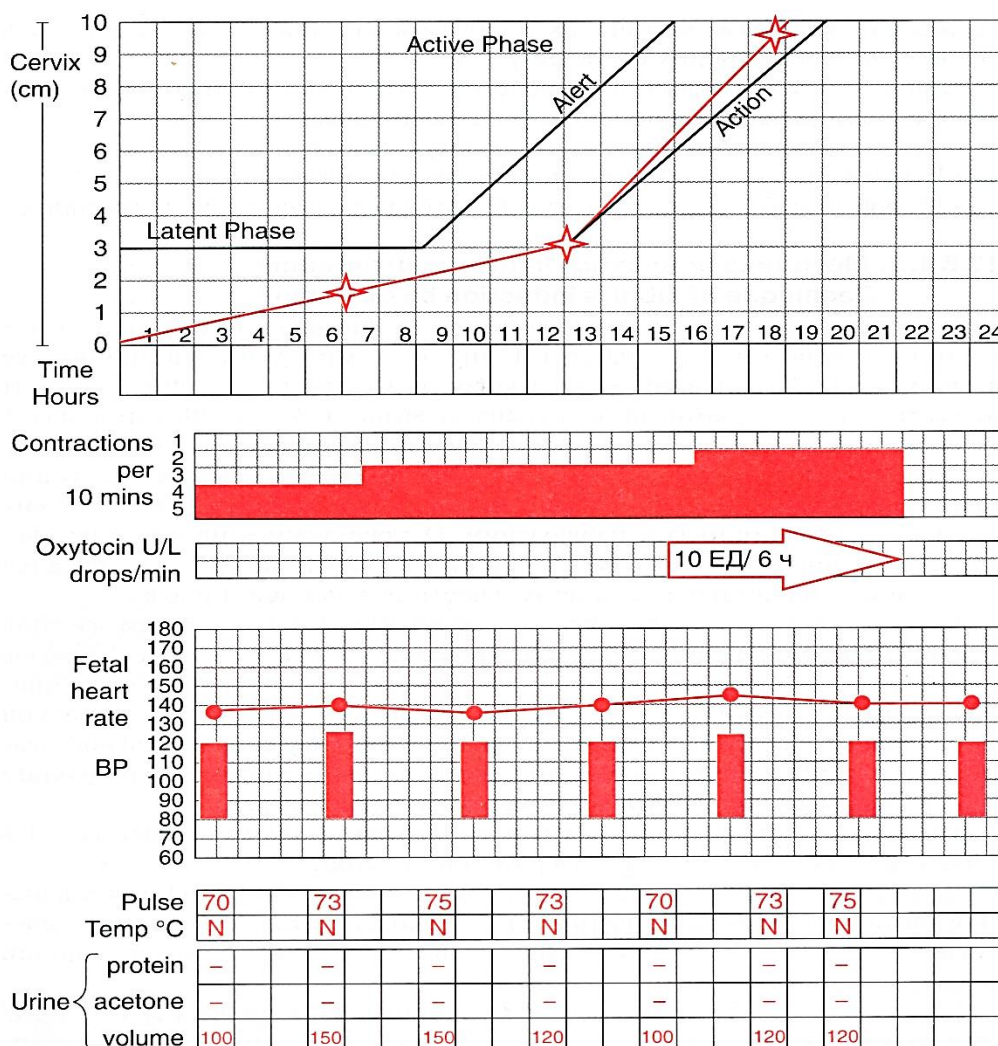


Рисунок 8. Партограмма при первичной слабости родовой деятельности (пример)¹²

¹² Акушерство: учебник/ под ред. В. Е. Радзинского, А. М. Фукса. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 1040 с.: ил.

Тактика ведения:

Если нет изменений в сглаживании шейки или ее раскрытии и нет признаков дистресса плода, следует пересмотреть диагноз. Возможно, женщина находится не в родах.

При установлении диагноза первичной слабости родовой деятельности следует приступить к лечению. Способы усиления родовой деятельности: искусственное вскрытие плодного пузыря (амниотомия), введение утеротонических средств (окситоцин, простагландины).

Перед проведением родостимуляции необходимо провести дифференциальную диагностику с дискоординацией родовой деятельности, при которой стимулирующая матку терапия противопоказана; оценить факторы риска у матери и плода при затяжном течении родов и родостимулирующей терапии: преэклампсия, артериальная гипертензия, ПН, ЗРП, гипоксия, возможность неполноценного миометрия (аборты, крупный плод, операции на матке); оценить характер околоплодных вод (присутствие мекония, окрашивание кровью);

При влагалищном исследовании оценивается предлежание, вставление головки плода (лобное предлежание, заднетеменной асинклитизм, высокое прямое вставление, клиновидное вставление – формирование клинически узкого таза).

С целью родостимуляции используют окситоцин и простагландины (энзапрост).

Противопоказания к родостимуляции:

- узкий таз;
- неполноценность миометрия (рубец на матке, миома, эндометрит);
- неудовлетворительное состояние плода и/или матери.

Родостимуляция окситоцином

Окситоцин можно применять только при вскрытом плодном пузыре, наиболее эффективен окситоцин при открытии маточного зева на 4 см и более

(препарат активной фазы).

Передозировка окситоцина может быть причиной разрывов родовых путей, разрыва матки, гематом малого таза.

Окситоцин вводят внутривенно капельно, строго дозировано, методом титрования.

Приготовление раствора для инфузомата

Для приготовления стандартной инфузии окситоцина в 500 мл 0,9% раствора хлорида натрия растворяют 1 мл (5 ЕД) окситоцина. Таким образом, в 1 мл приготовленной смеси содержится 10 мЕД окситоцина. Оптимально использовать специальные помпы – инфузоматы.

Скорость внутривенного введения начальной дозы не должна превышать 0,5–4 мЕД/минуту, что соответствует 1-8 капель в минуту (1 капля содержит 0,5 мЕД окситоцина).

При отсутствии эффекта через 20–40 минут количество капель увеличивают на 1-2 мЕД/минуту – до получения необходимого эффекта 3–4 схваток за 10 минут и при постоянном сопоставлении с индивидуальной реакцией роженицы и плода. Обычно достаточно 12 мЕД/минуту, не более 20 мЕД/минуту. При раскрытии шейки матки до 6 см и отсутствии признаков дистресса плода дозу вводимого препарата можно постепенно снизить.

Введение окситоцина не прекращают до окончания родов.

Продолжительность стимуляции не должна превышать 4–5 часов. За это время следует определиться, можно ли вести далее роды через естественные родовые пути.

Родостимуляция простагландинами

Для стимуляции родов применяют простагландины F2a и E2 (простенон, энзапрост), 5 мг простагландина разводят в 500 мл физиологического раствора и вводят внутривенно, начиная с 10 кап/минуту, увеличивая дозу до 40 капель в зависимости от эффекта.

К осложнениям родостимуляции относятся: преждевременная отслойка плаценты, дистресс и интранатальная смерть плода, разрыв матки, глубокие

разрывы родовых путей, кровотечение.

При проведении родостимуляции необходимо:

- получить информированное согласие роженицы;
- проводить постоянный контроль за роженицей и плодом;
- введение спазмолитиков (при необходимости);
- проведение адекватного обезболивания.

Вторичная слабость родовой деятельности

К особенностям клинической картины и диагностики вторичной слабости родовой деятельности относят:

- развитие в активную фазу родов или во втором периоде при изгнании плода;
- оценка характеристик схваток – нормальные активные схватки вначале родов, с последующим их ослаблением, схватки становятся реже, короче и постепенно могут прекратиться;
- снижение тонуса и возбудимости матки по данным пальпации и кардиотокографии;
- замедление темпов раскрытия маточного зева (рис. 9);
- замедление продвижения плода по родовому каналу;
- длительное стояние головки в одной плоскости, что может вызвать сдавление мягких тканей родовых путей, нарушение их кровоснабжения и образование свищей.

Вторичная слабость родовой деятельности часто является следствием утомления роженицы или несоответствия размеров таза женщины размерам предлежащей части плода.

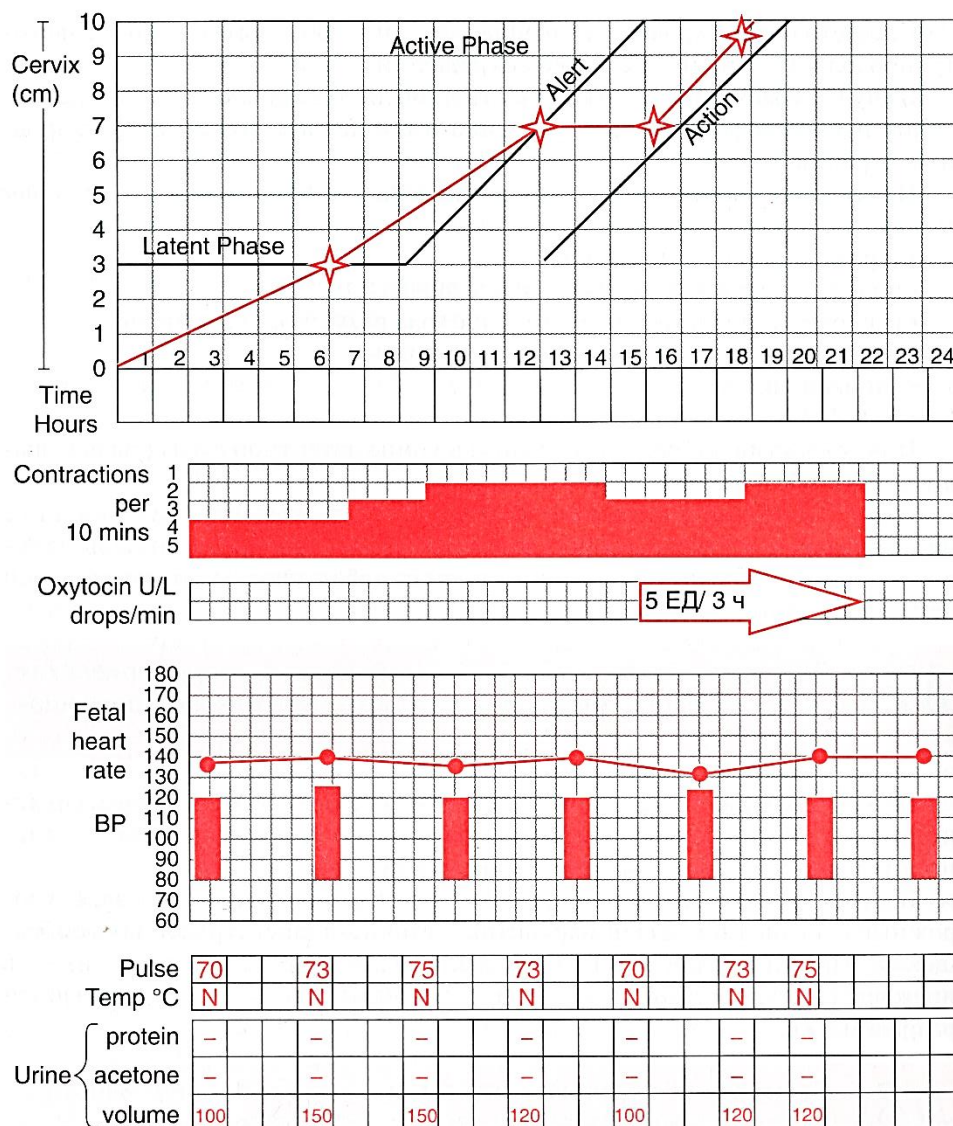


Рисунок 9. Партограмма при вторичной слабости родовой деятельности (пример)¹³.

Тактика ведения

Стимуляция родовой деятельности проводится окситоцином или простагландинами. Продолжительность родостимуляции при вторичной слабости родовой деятельности не должна превышать 2–3 ч.

Тактику ведения родов пересматривают в случае:

- отсутствия или недостаточного эффекта от стимуляции родовой деятельности;
- гипоксии плода;

¹³ Акушерство: учебник/ под ред. В. Е. Радзинского, А. М. Фукса. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 1040 с.: ил. ISBN 978-5-9704-3376-8.

- ухудшения состояния роженицы.

В случае возникновения вышеперечисленных факторов в первом периоде родов родоразрешение проводят путем операции кесарева сечения; во втором периоде родов – при нахождении головки плода в полости малого таза – наложением вакуум-экстракция плода или акушерских щипцов.

4.6.3 Стремительные роды

Стремительные роды – роды, которые сопровождаются чрезмерно сильной родовой деятельностью и продолжаются у первородящих менее 4 часов, у повторнородящих – менее 2 часов.

Быстрые роды – роды, которые продолжаются у первородящих менее 6 часов, у повторнородящих – менее 4 часов.

«Стремительные», «быстрые роды» или «очень быстрые» роды (*partus praecipitatus*) строго не разграничиваются друг от друга и небольшие различия в периодах их продолжительности малосущественны.

Этиология

К факторам, приводящим к быстрым и стремительным родам, относятся:

- •Чрезмерно сильное воздействие на матку утеротонических веществ, медиаторов вегетативной нервной системы (норадреналин, ацетилхолин).
- •Снижение тонуса, а следовательно, сопротивления нижнего сегмента матки, несостоятельность запирающей функции внутреннего маточного зева как следствие старых глубоких разрывов шейки матки, наличия ИЦН.
- •Одномоментное излитие большого количества околоплодных вод сопровождается резким уменьшением объема полости матки. В этот момент возникает каскадный выброс простагландинов, окситоцина, медиаторов, катехоламинов.
- •Гиперстимуляция родов вследствие несоблюдения правил родостимуляции, нарушение дозировки и режима введения утеротоников.

Клиническая картина и диагностика

Стремительные роды характеризуются (рис. 10):

- резко болезненными схватками и беспокойным поведением роженицы;
- повышенной возбудимостью миометрия, высокой частотой схваток – более 5 схваток за 10 минут;
- амплитуда схватки повышается с 70 до 100 мм рт.ст.;
- внутриматочное давление возрастает до 200 мм рт.ст. и выше;
- периоды расслабления матки (диастола схватки) укорочены в 2 раза и более по сравнению с нормой;
- общая сократительная активность матки превышает 300 ед. Монтевидео;
- высоким риском осложнений: разрыв матки, шейки матки, влагалища, промежности, отрыв циркулярного фрагмента шейки матки, который рождается вместе с головкой плода, разрывы лонного сочленения и другие травмы костей таза, гипотония матки, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, кровотечение, интранатальная гибель плода.

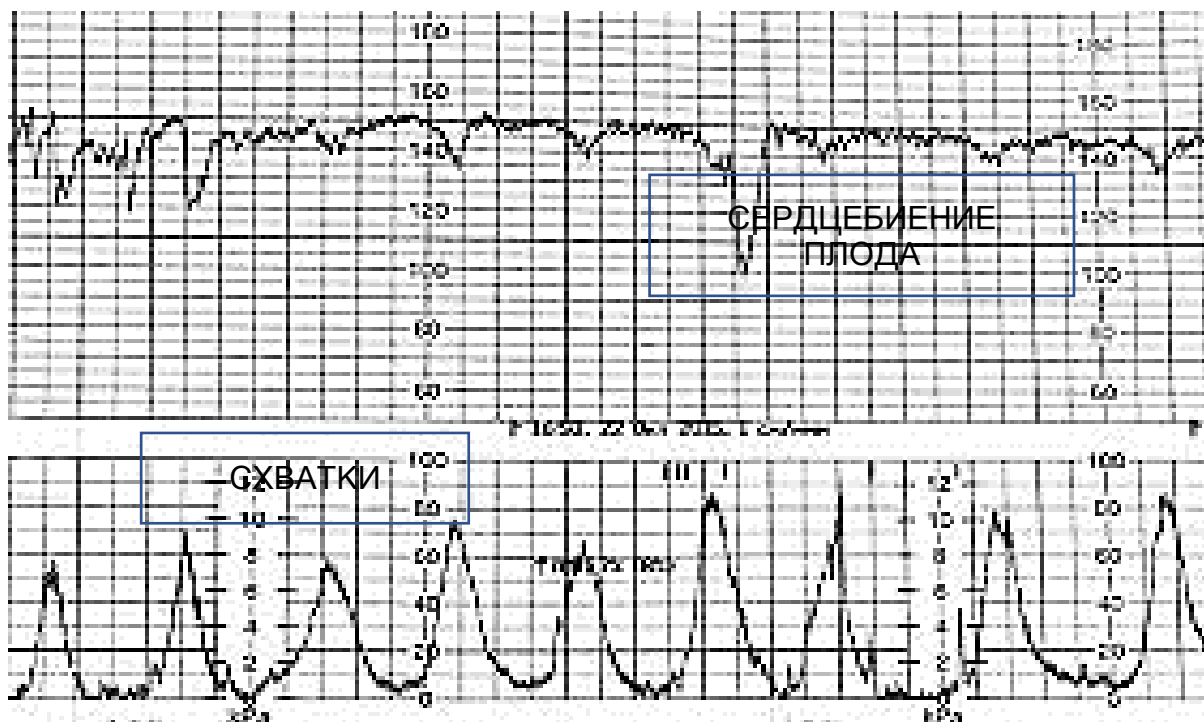


Рисунок 11. Кардиотокограмма при быстрых и стремительных родах (схватки через 1-2 минуты, признаки дистресса плода).

Тактика ведения

Основным методом лечения является внутривенное введение бета-адреномиметиков (токолитиков), которые снижают концентрацию кальция в миофибриллах: гинипрал, фенотерол, партусистен.

Гинипрал – раствор для инфузии, в 1 мл содержится 5 мкг действующего начала гексопреналина сульфата. Для острого токолиза (быстрое подавление схваток) вводят внутривенно медленно в дозе 10 мкг (в 10,0 мл раствора натрия хлорида или глюкозы) в течение 20-30 мин.

При применении токолитиков необходимо контролировать пульс и артериальное давление у роженицы, уровень сахара крови, проводить непрерывно кардиотокографический контроль за состоянием плода и сократительной деятельностью матки.

Не следует добиваться полного прекращения родовой деятельности, как это делается при угрозе преждевременных родов, достаточно снизить возбудимость миометрия, нормализовать тонус матки, уменьшить частоту

схваток, увеличить промежуток между схватками.

Профилактика гипотонического (атонического) кровотечения в раннем послеродовом периоде с помощью введения метилэргометрина (1 мл внутривенно сразу после изгнания плода) с последующим капельным введением окситоцина.

4.6.4 Дискоординация родовой деятельности

Дискоординация родовой деятельности (ДСДМ) – это отсутствие координированных сокращений между различными отделами матки: правой и левой ее половиной, верхним (дно, тело) и нижним отделами, всеми отделами матки.

Формы аномалий родовой деятельности имеют различные клинические и патогенетические варианты. Однако общий признак у всех форм присутствует – это гипертонус миометрия, на фоне которого нарушается физиология сокращения матки.

К наиболее частым формам дискоординации сократительной деятельности матки относятся:

- дискоординация схваток (собственно дискоординация родовой деятельности);
- дистоция шейки матки;
- гипертонус нижнего сегмента матки
- судорожные схватки (тетания матки);
- контракционное кольцо.

Этиопатогенез

К основным этиопатогенетическим факторам возникновения ДСДМ относят:

- центральные факторы – стрессы, переутомления, вегетоневрозы, вегетативная дисфункция;
- нерациональное использование утеротонических средств – гиперстимуляция сокращающимися средствами;
- структурная патология миометрия, шейки матки, вызывающее

препятствие для раскрытия маточного зева и продвижения плода (миома матки, рубцовая деформация ткани, узкий таз);

- недостаточное обезболивание родов, приводящее к общему мышечному напряжению;
- пороки развития матки, длинная плотная шейка матки;
- функциональная неполноценность плодного пузыря.

Основу дискоординации родовой деятельности заключается в нарушении нейрогенной и миогенной регуляции. Нарушается *периодичность* сокращения и расслабления тела и нижнего сегмента матки; *синхронность* взаимодействия *различно расположенных* мышечных пучков, слоев, отделов матки; *реципрокность* взаимодействия симпатической и парасимпатической нервной системы.

Следствием нарушений нейрогенной и миогенной регуляции является гипертонус матки, уплотнение внутреннего зева матки в схватку, образование дистонии шейки матки вследствие нарушения крово- и лимфообращения. Края маточного зева плотные, толстые, ригидные, отечные и неравномерно уплотнены, матка между схватками не расслабляется, схватки наслаиваются друг на друга. Ритм схваток неправильный, периоды сокращения и расслабления матки (систола и диастола схватки) то длительные, то короткие. Амплитуда (сила схватки) и внутриамниотическое давление неравномерные.

Клиническая картина и диагностика

Клиника ДСДМ характеризуется:

- жалобами на интенсивные боли в области крестца и поясницы;
- беспокойное поведение, головную боль, головокружение, тошноту, рвоту;
- затруднение мочеиспускания.

При акушерском осмотре:

- схватки частые, активные, нерегулярные через 1-2-5-2 мин, с возможным наслаиванием схваток друг на друга;
- матка между схватками расслабляется недостаточно, базальный тонус матки повышен;

- головка плода долго не прижимается ко входу в малый таз, не фиксируется в плоскости входа в соответствии с биомеханизмом родов, возможно выпадение пуповины, ножки или ручки, разгибание позвоночника плода;
- часто преждевременное излитие околоплодных вод;
- при влагалищном исследовании уплотнение внутреннего зева в схватку, края маточного зева плотные, толстые, ригидные, отечные;
- образование неправильных вставлений головки (задний вид или разгибание головки);
- раннее образование родовой опухоли на головке плода, соответствующей месту ущемления спастически сокращенным маточным зевом, даже при малом его открытии (5 см).

Для уточнения диагноза используют кардиотографию, наружную гистерографию.

К осложнениям при ДСДМ относят разрыв матки, эмболию околоплодными водами, преждевременную отслойку плаценты, гипоксию плода, гипотонию матки и гипотоническое маточное кровотечение, родовой травматизм матери и плода.

Лечение

Лечебные мероприятия при ДСДМ направлены на снятие патологической сократительной деятельности матки. Методом выбора является внутривенное введение бета-адреномиметиков (токолитиков) на фоне проведения эпидуральной анестезии. При отсутствии эффекта от токолитической терапии, появлении признаков дистресса плода роды заканчивают операцией кесарева сечения в экстренном порядке.

Оперативное родоразрешение путем операции кесарева сечения показано сразу после постановки диагноза ДСДМ в случае наличия у роженицы отягощающих факторов:

- поздний возраст первородящей;
- отягощенный акушерско-гинекологический анамнез (бесплодие, ЭКО, рождение больного ребенка с гипоксическими, ишемическим,

геморрагическим повреждением ЦНС или спинного мозга);

- наличие у женщин заболевания, при котором опасно затяжное течение родов и физические нагрузки;
- преэклампсия, узкий таз, переносимая беременность, рубец на матке;
- несвоевременное излитие околоплодных вод при «незрелой» шейке матки или при малом открытии маточного зева;
- хроническая гипоксия плода, его слишком малые (менее 2500 г) или крупные (4000 г и более) размеры; тазовое предлежание, задний вид, нарушение маточно-плацентарного и плодово-плацентарного кровотока.

Стимулирующая терапия утеротониками категорически противопоказана.

Дифференциальная диагностика и основные показатели СДМ в родах представлены в таблице 3.

Таблица 3

Дифференциальная диагностика физиологических родов, слабости и дискоординации родовой деятельности

Основные показатели	Физиологические роды	Дискоординация	Слабость родовой деятельности
Возбудимость матки	Нормальная	Повышена	Снижена
Тонус матки, мм рт.ст.	Нормальный (10-12)	Повышен (13- 18)	Снижен (9-16)
Ритмичность схваток	Ритмичные	Неритмичные	Ритмичные
Частота схваток (за 10 мин)	3-5	Различная от 2 до 6,7	2-3
Продолжительность, с	60-90	100-120	20-30
Сила схваток (амплитуда сокращения), мм рт.ст.	30-35	<30>	30
Длительность систолы, с	30-40	<40>	<30
Длительность диастолы, с	40-60	<60>	40
Отношение систолы к диастоле	0,7	1,5	0,7
Болезненность схваток	Мало или умеренно болезненные	Резко болезненные	Малоболезненные
Раскрытие шейки и маточного зева	Прогрессирует	Резко замедленно	Замедленно
Продвижение плода	Прогрессирует	Резко замедленно	Замедленно
Функциональная полноценность плодного пузыря	Полноценный	Неполноценный	Неполноценный
Внутриматочное давление, мм рт.ст.	40-60	<40	<40
Повышенное внутриамниотическое давление в систолу схваток, мм рт.ст.	0,6-0,9	0,4-1,5	0,6
Снижение внутриматочного давления в диастолу, мм рт.ст.	0,5-0,7	1-0,8	0,5

4.7 Профилактика аномалий сократительной деятельности матки

С целью профилактики АСДМ необходимо определять группу риска среди женщин по данной патологии. К группе высокого риска по развитию АСДМ относят:

- первородящих старше 30 лет и моложе 18 лет;
- беременных с «незрелой» шейкой матки накануне родов;
- женщин с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом (нарушение менструального цикла, бесплодие, невынашивание, осложненное течение и неблагоприятный исход предыдущих родов, аборты, рубец на матке);
- женщин с патологией половой системы (хронические воспалительные заболевания, миома, пороки развития);
- беременных с соматическими заболеваниями, эндокринной патологией, ожирением, психоневрологическими заболеваниями, нейроциркуляторной дистонией;
- беременных с осложненным течением настоящей беременности (преэклампсия, анемия, хроническая плацентарная недостаточность, многоводие, многоплодие, крупный плод, тазовое предлежание плода);
- беременных с уменьшенными размерами таза.

Выявление группы высокого риска позволит своевременно направить беременную в акушерский стационар для оценки готовности организма к родам, выбора оптимального метода родоразрешения – кесарева сечения или проведения индукции родов при незрелых родовых путях, что способствует снижению риска аномалий сократительной деятельности матки.

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Выберите один правильный ответ

1. К ПРИЗНАКАМ НЕПРАВИЛЬНОГО ПОЛОЖЕНИЯ ПЛОДА ОТНОСЯТСЯ

- 1) высокое стояние дна матки
- 2) высокое расположение предлежащей части
- 3) отсутствие предлежащей части над входом в малый таз
- 4) увеличение окружности живота

2. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ НЕПРАВИЛЬНОГО ПОЛОЖЕНИЯ ПЛОДА ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) наружное акушерское исследование
- 2) внутреннее акушерское исследование
- 3) УЗИ
- 4) МРТ

3. ПРИ ЗАПУЩЕННОМ ПОПЕРЕЧНОМ ПОЛОЖЕНИИ ПОКАЗАНО

- 1) кесарево сечение
- 2) поворот плода на ножку с последующей экстракцией
- 3) наложение акушерских щипцов
- 4) плодоразрушающая операция

4. ОПЕРАЦИЮ ИСПРАВЛЕНИЯ ПОПЕРЕЧНОГО ПОЛОЖЕНИЯ ПЛОДА НАРУЖНЫМИ ПРИЕМАМИ ПРОВОДЯТ В СРОКЕ БЕРЕМЕННОСТИ _____ НЕДЕЛЬ

- 1) 27-28
- 2) 32-34
- 3) 35-36
- 4) 39-40

5. ПРИ ГОЛОВНОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ КРУПНЫМ ПЛОДОМ СЧИТАЕТСЯ ЕГО МАССА БОЛЕЕ _____ Г

- 1) 3600 г
- 2) 3800 г
- 3) 4000 г
- 4) 4500 г

6. НАИБОЛЕЕ ТОЧНЫМ МЕТОДОМ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПРЕДПОЛАГАЕМОЙ МАССЫ ПЛОДА СЧИТАЮТ РАСЧЕТ ПО

- 1) формуле Жордания
- 2) формуле Ланковица
- 3) фетометрическим показателям при УЗИ
- 4) фетометрическим показателям при МРТ

7. ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ ПРИ КРУПНОМ ПЛОДЕ СООТВЕТСТВУЕТ КЛИНИЧЕСКИМ РЕКОМЕНДАЦИЯМ ПО _____ БЕРЕМЕННОСТИ

- 1) физиологической
- 2) патологической
- 3) невынашиванию
- 4) переношенной

8. АНАТОМИЧЕСКИ ТАЗ – ЭТО ТАЗ С УМЕНЬШЕНИЕМ

- 1) одного из размеров на 1,5–2,0 см
- 2) одного из размеров на 0,5–1, 0 см
- 3) всех прямых размером
- 4) всех поперечных размеров

9. В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ЧАЩЕ ВСТРЕЧАЕТСЯ _____ ТАЗ

- 1) общеравномерносуженный

- 2) поперечносуженный
- 3) простой плоский
- 4) плоскорихитический

10. СОГЛАСНО КЛАССИФИКАЦИИ АНАТОМИЧЕСКИ УЗКИХ ТАЗОВ А.Ф. ПАЛЬМОВА, II-Й СТЕПЕНИ СУЖЕНИЯ СООТВЕТСТВУЕТ ВЕЛИЧИНА ИСТИННОЙ КОНЬЮГАТЫ ____ СМ

- 1) 10,5–9,1
- 2) 9,0–7,6
- 3) 7,5– 6,6
- 4) менее 6,5

11. НОРМАЛЬНЫМ ЗНАЧЕНИЕМ ИНДЕКСА СОЛОВЬЕВА ЯВЛЯЕТСЯ ВЕЛИЧИНА _____ СМ

- 1) 13,5 – 14,0
- 2) 14,5 – 15,0
- 3) 15,5 – 16,0
- 4) 16,5 – 17,0

12. ПРИ ВТОРОЙ СТЕПЕНИ СУЖЕНИЯ ТАЗА РЕКОМЕНДОВАНО РОДОРАЗРЕШЕНИЕ

- 1) через естественные родовые пути без применения пособий и операций
- 2) с помощью вакуум-экстрактора
- 3) путем кесарева сечения
- 4) с помощью акушерских щипцов

13. ПОД КЛИНИЧЕСКИМ УЗКИМ ТАЗОМ ПОНИМАЮТ НАЛИЧИЕ

- 1) значительного уменьшения размеров таза
- 2) крупного плода
- 3) несоответствия между головкой плода и тазом матери

- 4) увеличенных размеров таза и головки плода
14. ПРИЗНАК ВАСТЕНА ПРИ НАЛИЧИИ КЛИНИЧЕСКИ УЗКОГО ТАЗА
- 1) положительный
 - 2) отрицательный
 - 3) сомнительный
 - 4) не определяется
15. ПРИ II И III СТЕПЕНИ КЛИНИЧЕСКИ УЗКОГО ТАЗА ПОКАЗАНО
- 1) родостимуляция
 - 2) кесарево сечение
 - 3) акушерские щипцы
 - 4) вакуум-экстракция
16. ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ ПРЕЛИМИНАРНЫЙ ПЕРИОД
ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ
- 1) нарушением сократительной деятельности матки
 - 2) ускоренным созреванием шейки матки
 - 3) увеличением срока беременности
 - 4) увеличением скорости раскрытия шейки матки
17. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРЕЛИМИНАРНОГО
ПЕРИОДА ИСПОЛЬЗУЮТСЯ
- 1) токолитики
 - 2) утеротоники
 - 3) седативные средства
 - 4) ламинарии
18. СКОРОСТЬ ВНУТРИВЕННОГО ВВЕДЕНИЯ НАЧАЛЬНОЙ ДОЗЫ НЕ
ДОЛЖНА ПРЕВЫШАТЬ _____ м ЕД В МИНУТУ

- 1) 0,5–4
- 2) 4,5–5
- 3) 5,5–6
- 4) 6,5–7

19. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ СТРЕМИТЕЛЬНЫХ РОДЫ У ПЕРВОРОДЯЩИХ МЕНЕЕ _____ ЧАСОВ

- 1) 4
- 2) 5
- 3) 6
- 4) 8

20. ДИСКООРДИНАЦИЯ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

- 1) слабыми схватками
- 2) редкими схватками
- 3) выраженным замедлением раскрытия шейки матки
- 4) быстрым раскрытием шейки матки

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Задача 1

В акушерский стационар доставлена повторнобеременная повторнородящая женщина с жалобами на схваткообразные боли внизу живота через 1–2 минуты по 30–40 секунд, болезненные, потужного характера, беспокоят в течение 2 часов. Околоплодные воды отошли 6 часов назад с началом схваток. Срок беременности 39–40 недель. Женщина ростом 167 см, вес 120 кг. ОЖ 133 см, ВДМ 34 см. Матка при пальпации между схватками расслабляется. Сердцебиение плода не выслушивается и не регистрируется при проведении КТГ. Выделений из половых путей нет.

При влагалищном осмотре плодного пузыря нет, полное открытие

маточного зева, пальпируется ручка плода, плечико плода во входе в малый таз.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Какова дальнейшая тактика ведения родов?
3. Каков прогноз для матери и плода?

Задача 2

Первородящая 20 лет поступила в акушерский стационар в сроке беременности 40 недель с регулярными схватками через 5-6 минут. Рот 161 см вес 62 кг. Размеры таза: 24 – 26 – 29 – 18 см. ОЖ 90 см, ВДМ 37 см. Головка плода прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное ритмичное 140 ударов минуту. Выделений из половых путей нет.

Влагалищное исследование: шейка матки сглажена, раскрытие зева на 3 см, плодный пузырь цел, при схватке напряжен. Стреловидный шов в левом косом размере, малый родничок справа спереди. Диагональная конъюгата 11 см.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Какова дальнейшая тактика ведения родов?

Задача 3

Пациентка К., 28 лет, доставлена в акушерский стационар с жалобами на выраженные схваткообразные боли внизу живота, срок беременности 40–41 неделя. Беременность третья, роды – третьи, предыдущие две беременности закончились нормальными родами, новорожденные имели вес 3000 г и 3300 г. Схватки начались дома 10 часов назад. Околоплодные воды отошли 3 часа назад, желание тужится ощущает в течение последнего часа.

Поведение беспокойное. Пульс 90 ударов в минуту, АД 130/80 мм рт.ст. Температура тела 37 °С. Живот увеличен в объеме за счет беременной матки, на уровне пупка визуализируется косорасположенное пограничное кольцо. ВДМ - 40 см, ОЖ – 100 см. Схватки сильные, частые, матки между схватками почти не расслабляется. Пальпация нижнего сегмента матки болезненная. Положение плода продольное, головка плода прижата ко входу в малый таз. Признак

Вастена положительный. Сердцебиение плода глухое, ритмичное 100 ударов в минуту. Размеры таза: 24–26–29–19 см. Индекс Соловьева 16 см.

При влагалищном исследовании: шейка матки сглажена, открытие маточного зева полное, края отечные. Плодного пузыря нет. Предлежит головка плода, занимает верхний край лона, вставление правильное. На головке определяется родовая опухоль. Мыс достижим, диагональная конъюгата 11 см.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Какова дальнейшая тактика ведения родов?

Задача 4

Повторнобеременная в родах. Срок беременности 39 недель. ОЖ 90 см, ВДМ 34 см. ПМП 3100–3200 г. Размеры таза: 26 – 28 – 30 – 18 см. Предлежание плода головное, сердцебиение 120 ударов в минуту. Появились потуги.

При влагалищном исследовании: полное открытие маточного зева, плодного пузыря нет, предлежит головка плода, большим сегментом во входе в малый таз, стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок слева спереди, родовой опухоли нет. Диагональная конъюгата – 11 см. Выделения - светлые воды.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Какова дальнейшая тактика ведения родов?

Задача 5

Роженица Л., 30 лет, поступила в родильное отделение с доношенной беременностью. Схватки начались 14 часов назад. Настоящая беременность первая, протекала без осложнений.

Объективно: роженица утомлена, в промежутках между схватками дремлет. Пульс 80 ударов в минуту, температура 36,4°C, АД 120/75 мм рт.ст. Размеры таза: 25–27–31–21 см. ОЖ 101 см, ВДМ 38 см. Положение плода продольное, вторая позиция, передний вид. Головка прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода справа, ясное, ритмичное, 144 удара в минуту. Схватки

через 5 минут по 30-35 секунд слабые.

Влагалищное исследование: влагалище узкое, шейка матки сглажена, открытие наружного зева 4 см. Плодный пузырь цел. Головка плода прижата ко входу в таз, стреловидный шов в левом косом размере, ближе к поперечному, малый родничок справа спереди. Мыс не достигается, костное кольцо таза без особенностей.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Какова дальнейшая тактика ведения родов?

Задача 6

В родовой зал поступила первородящая 26 лет с доношенной беременностью. Боли схваткообразного характера внизу живота, в крестце, поясничной области через 11-20 минут. Продолжаются в течение 10 часов, околоплодные воды не отходили. Настоящая беременность протекала с угрозой прерывания: в 17 недель находилась на лечении в гинекологическом отделении. Пульс 80 ударов в минуту, АД 130/75 мм рт.ст. Матка в повышенном тоне. Положение плода продольное, 2-я позиция, передний вид. Головка плода над входом в малый таз. Сердцебиение плода справа ниже пупка 130 ударов в минуту, ясное, ритмичное.

Влагалищное исследование: влагалище узкое, шейка матки отклонена кзади, длиной 2 см, цервикальный канал с трудом пропускает 1 поперечный палец, внутренний зев в виде плотного кольца, на схватку спазмируется. Через свод определяется головка, подвижна над входом в таз. Мыс не достигается.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз?
2. Какова дальнейшая тактика ведения родов?

Задача 7

Первородящая 30 лет. Беременность первая, доношенная. Пульс 80 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения, АД 110/60 мм рт. ст. Размеры таза: 26–26–31–17,5 см. Положение плода продольное, первая позиция. Головка плода

прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода 90 ударов в минуту, аритмичное. За 4 часа до поступления одновременно с началом схваток отошли околоплодные воды. Схватки регулярные, интенсивные через 1–2 минуты.

Влагалищное исследование: шейка сглажена, раскрытие маточного зева 4 см, плодного пузыря нет. Во влагалище справа от головки определяются петли пульсирующей пуповины. Головка плода слегка прижата к входу в таз. Диагональная конъюгата 10 см.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Какова дальнейшая тактика ведения родов?
3. Каков прогноз для женщины и ее плода?

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

Эталоны ответов к тестовым заданиям

1. – 2)	2. – 3)	3. – 1)	4. – 3)	5. – 3)
6. – 3)	7. – 1)	8. – 1)	9. – 2)	10. – 2)
11. – 2)	12. – 3)	13. – 3)	14. – 1)	15. – 2)
16. – 1)	17. – 1)	18. – 1)	19. – 1)	20. – 3)

Эталоны ответов к ситуационным задачам

Задача 1

1. Диагноз: Беременность 39-40 недель. Роды II, срочные. II период родов. Запущенное поперечное положение плода. Внутриутробная гибель плода. Ожирение 3 степени.
2. Тактика. Уточнить при УЗИ факт внутриутробной гибели, т.к. из-за ожирения можно не выслушать сердцебиение. Плдоразрушающая операция – декапитация, извлечение головки и туловища плода, затем контрольное ручное обследование полости матки.
3. Прогноз плода – неблагоприятный, для матери – высокий риск родового травматизма, в том числе при производстве плдоразрушающей операции и

разрыв матки при запущенном поперечном положении плода.

Задача 2

1. Диагноз: Беременность 40 недель дней. Роды I, срочные. I период родов. Общеравномерносуженный таз I ст.
2. Тактика. Роды вести через естественные родовые пути с клинической оценкой таза в родах. При возникновении признаков клинического несоответствия – кесарево сечение.

Задача 3

1. Диагноз: Беременность 40 недель. Роды III, срочные. II период родов. Общеравномерносуженный таз I степени. Крупный плод. Клинически узкий таз. Угрожающий разрыв матки.
2. Тактика. Экстренное родоразрешение путем операции кесарева сечения.

Задача 4

1. Диагноз: Беременность 39 недель, Роды I, срочные. II период срочных родов. Простой плоский таз.
2. Тактика. Роды вести через естественные родовые пути с клинической оценкой таза в родах, учитывая некрупные размеры плода массу плода, правильное вставление головки, хорошую родовую деятельность.

Задача 5

1. Диагноз: Роды I срочные. I период родов. Первичная слабость родовой деятельности. Возрастная первородящая.
2. Тактика. Непрерывная КТГ. При удовлетворительном состоянии плода предоставление акушерского сна-отдыха. Если после предоставления лечебного сна-отдыха родовая деятельность не восстановилась, вскрытие плодного пузыря с целью родоусиления, при отсутствии эффекта в течении 2–3 часов – родоразрешение путем операции кесарева сечения.

Задача 6

1. Диагноз: Беременность 40 недель. Патологический прелиминарный период.
2. Тактика: КТГ с целью оценки состояния плода и сократительной

деятельности матки. Внутривенное введение бета-адреномиметиков (токолитики). При купировании симптомов патологического прелиминарного периода и зрелых родовых путях – индукция родов путем амниотомии. При незрелых родовых путях, признаках дистресса плода – кесарево сечение.

Задача 7

1. Диагноз: Беременность 39–40 недель. Срочные роды I, I период родов. Раннее излитие околоплодных вод. Выпадение петли пуповины. Плоскокрахитический таз I степени. Острая гипоксия плода. Возрастная первородящая.
2. Тактика. Экстренное родоразрешение путем операции кесарева сечения.
3. При своевременной диагностики выпадения петель пуповины и своевременном оперативном родоразрешении прогноз для женщины благоприятный, для плода сомнительный (гипоксия). При несвоевременном родоразрешении – интранатальная гибель плода. При ведении патологических родов показана непрерывная КТГ, при этом диагноз острого дистресса плода будет выставлен своевременно.

СПИСОК РЕКОМЕНДУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

ОСНОВНАЯ ЛИТЕРАТУРА

1. Савельева Г.М., Акушерство [Электронный ресурс] : учебник / Г. М. Савельева, Р. И. Шалина, Л. Г. Сичинава, О. Б. Панина, М. А. Курцер. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 576 с. : ил. - 576 с. - ISBN 978-5-9704-4392-7 – Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970443927.html>

2. Радзинский В.Е., Акушерство [Электронный ресурс] / под ред. В.Е. Радзинского, А.М. Фукса - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 1040 с. - ISBN 978-5-9704-3376-8 – Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970433768.html>

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ЛИТЕРАТУРА

1. Акушерство: национальное руководство / ред. Г. М. Савельева, Г. Т. Сухих, В. Н. Серов, В. Е. Радзинский. – 2-е изд., перераб. и доп. – М. : ГЭОТАРМедиа, 2015. – 1088 с.

2. Акушерство. Руководство к практическим занятиям [Электронный ресурс] : учебное пособие / под ред. В. Е. Радзинского. - 5-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970432501.html>

3. Доброхотова Ю. Э., Клинические лекции по акушерству [Электронный ресурс] / под ред. Ю. Э. Доброхотовой, О. В. Макарова – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 544 с. – ISBN 978-5-9704-4295-1 – Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970442951.html>

Учебное издание

**Баряева Ольга Евгеньевна
Флоренсов Владимир Вадимович
Ахметова Марина Юрьевна**

Патологические роды

**(узкий таз, неправильные положения плода,
аномалии сократительной деятельности матки)**

Учебное пособие