

УДК 616.718.19-007.271

А.С. Авдонина

ПРОБЛЕМА КЛИНИЧЕСКИ УЗКОГО ТАЗА В СОВРЕМЕННОМ АКУШЕРСТВЕ

Гомельский государственный медицинский университет, г. Гомель

Введение. Клинически узкий таз не теряет своей актуальности в виду того, что до родов невозможно точно определить возможные несоответствия параметров родовых путей и головки плода. Метод, который в полной мере отражал бы конфигурабельность головки плода и позволил бы прогнозировать биомеханизм родов, еще не разработан. К формированию клинически узкого таза может приводить совокупность целого ряда факторов, складывающихся как до беременности (стертые формы анатомически узкого таза), так и во время беременности (крупный плод, характер предлежания/вставления плода), срок наступления родов (переношенная беременность).

Ведение родов при клинически узком тазе требует, прежде всего, четких данных об анатомических размерах таза и предполагаемой массе плода, знания особенностей биомеханизма родов в зависимости от формы узкого таза, умения выявить степень несоответствия клинически узкого таза, предвидеть и предупредить осложнения, характерные для этой патологии. Врач, ведущий роды при узком тазе, должен своевременно отказаться от консервативной тактики в пользу кесарева сечения. При этом следует оперировать не по показаниям «угрозы разрыва матки», что свидетельствует о запоздалой диагностике, а по показаниям «клинически узкого таза».

При развитии клинически узкого таза наблюдаются следующие признаки:

1) отсутствие прижатия головки к входу в малый таз с началом родовой деятельности;

2) длительное стояние головки в плоскостях малого таза;

3) отек и свисание шейки матки; отечность наружных половых органов; затруднение или прекращение самопроизвольного мочеиспускания; высокое расположение контракционного кольца, болезненность при пальпации нижнего сегмента матки;

4) нарушение синхронности процессов открытия шейки матки и одновременного продвижения плода: при полном раскрытии маточного зева, головка остается прижатой ко входу в малый таз или резко замедляется продвижение головки;

5) положительный признак Цангемейстера;

6) положительный (или вровень) симптом Вастена;

7) выраженная конфигурация головки, образование родовой опухоли.

Осложнения клинически узкого таза:

1) У роженицы могут быть тяжелые повреждения родовых путей (разрыв матки, разрыв лонного сочленения), кровотечения.

2) У плода — родовая травма, вероятность развития острой гипоксии плода.

3) Технические трудности при выполнении экстренного кесарева сечения в родах при полном открытии маточного зева [1, 2].

Цель. Выявить частоту и непосредственные причины-факторы, сопутствующие развитию клинически узкого таза на современном этапе.

Материалы и методы. Ретроспективно оценен анамнез, течение беременности, ход родов у 86 пациенток родоразрешенных в родильном отделении ГКБ №2 за период 01.01.2010 - 31.12.2011 гг. Основную группу составили 56 пациенток, у которых в родах был диагностирован клинически узкий таз. В группу сравнения вошли 30 пациенток, у которых в родах наблюдалось соответствие таза и головки плода, роды прошли через естественные родовые пути. Статистическая обработка проводилась с помощью пакета компьютерных программ «Medcalc» 10.2.0.0. Рассчитывались доля и 95% доверительный интервал доли (95% ДИ), медиана и её 95% доверительный интервал, сравнение качественных показателей проводилось с помощью критерия χ^2 , количественных – методом Манн – Уитни (значимыми считались показатели при $p < 0,05$).

Результаты исследования и их обсуждение. Диагноз клинически узкого таза был поставлен 56 пациенткам, что составило 3% от всех операций кесарева сечения (1896), 0,9% от всех родов (6377) за исследуемый период. Все пациентки в исследовании были в возрасте от 19 до 35 лет. При этом средний возраст основной группы и группы сравнения не различался и составил $25,7 \pm 0,4$ и $25,6 \pm 0,6$ лет соответственно. Статистически одинаковым было число первородящих и повторнородящих в обеих группах: в основной группе первородящих было 40 (71,4%), повторнородящих – 16 (28,6%); в группе сравнения – 23 (76,6%) и 7 (23,3%) женщин, соответственно.

Было проанализировано распределение по полу новорожденных основной и группы сравнения. Различия по полу статистически не значимо $\chi^2=2,91$, $p=0,08$, таким образом, пол плода не влияет на возможность развития клинически узкого таза.

Наблюдался высокий уровень родовозбуждения в обеих группах: у 31 пациентки (55,4%; 95% ДИ 41,5 – 69,0%) в основной группе и 17 пациенток (56,7%, 95% ДИ 37,4 – 75,0%) в группе сравнения. В связи с этим переношенная беременность и, как следствие отсутствие конфигурации головки плода, встречались лишь у 5 пациенток основной группы (8,9%, 95% ДИ 3,0 – 20,0), срок беременности составил от 288 до 294 дней, но статистически значимых различий с группой сравнения получено не было ($p=0,23$).

В таблице 1 представлены данные по отдельным состояниям, как возможным причинам развития клинически узкого таза по данным литературы.

Таблица 1 - Частота встречаемости отдельных состояний

Состояние	Основная группа (абс., чел; %; 95% ДИ)	Группа сравнения (абс., чел; %; 95% ДИ)	P
Крупный плод	21 (37,5; 25,0 – 52,0)*	5 (16,7; 6,0 – 35,0)	0,046
Патология щитовидной железы	18 (32,1; 20,3 – 46,0)	11 (36,7; 20,0 – 56,1)	0,68
Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез	22 (39,3; 26,5 – 53,3)	14 (46,7; 28,3 – 66,0)	0,51

Примечание: *- статистически значимое различие с группой сравнения.

Статистически значима связь между клинически узким тазом и крупным плодом. Не была выявлена значимая связь между клинически узким тазом и патологией щитовидной железы, отягощенным акушерско - гинекологическим анамнезом.

Таблица 2– Частота обнаружения вариантов предлежания/ вставления плода

Варианты предлежания/ вставления плода	Основная группа (абс., чел; %; 95% ДИ)	Группа сравнения группа (абс., чел; %; 95% ДИ)	χ^2 ; p
Задний вид затылочного предлежания	28 (50,0; 36,3 – 64,0)*	0	20,0; p<0,0001
Высокое прямое стояние стреловидного шва	19 (34,0; 22,0 – 48,0)*	0	11,2; p=0,0008

Примечание: *- статистически значимое различие с группой сравнения.

Варианты предлежания / вставления головки плода (задний вид затылочного предлежания и высокое прямое стояние стреловидного шва) наблюдались только в основной группе, что свидетельствует о диагностической значимости данных признаков в развитии клинически узкого таза, но не является абсолютным показателем, так как диагностируется не у всех пациенток с развившимся клинически узким тазом.

В основной группе у 2 (3,6%) пациенток наблюдался общеравномерносуженный таз 1 ст., тем не менее, сравнение по отдельным размерам таза показало отсутствие значимых различий в исследуемых группах.

Таблица 3 – Размеры таза (медиана, 95% ДИ медианы)

	Основная группа (N=56)	Группа сравнения(N=30)	Mann-Whitney test, p=	Критерий Стьюдента, p=
Distantiaspinarum	25 (25-25)	25(25-26)	Z=1,86; 0,06	
Distantiacristarum	28 (27-28)	28(27-30)	Z=0,76; 0,45	
Distantia trochanterica	33 (32,4 – 34)	34(32-35)		F=1,53; 0,17
Conjugata externa	20 (20-21)	21(20-22)	Z=1,30; 0,20	

Выводы

1. На современном этапе клинически узкий таз наблюдается в 0,9% от всех родов и составляет 3% среди причин операции кесарева сечения.

2. Статистически значимыми факторами формирования клинически узкого таза явились крупный плод ($p=0,046$) и варианты предлежания/вставления головки плода ($p<0,0001$ и $p=0,0008$).

3. В современном акушерстве утратили некоторую актуальность переношенная беременность из-за активной позиции акушеров при доношенной беременности (высокий процент индуцированных родов) и анатомически узкие тазы (процессы акселерации в обществе).

Список литературных источников:

1. Васильева, Л.Н. Клинически узкий таз // Медицинский журнал - 2011.- №1.с.133-135.
2. Акушерство: учебник / Г. М. Савельева [и др.]; под ред. Г. М. Савельевой. М.: Медицина, 2000.

A.S. Avdonina

CLINICAL NARROW PELVIS IN MODERN OBSTETRICS

Gomel State Medical University

Summary

The problem of clinically narrow pelvis doesn't lose its importance due to the fact that before the delivery it is impossible to determine precisely possible mismatch between the birth canal and the head of the fetus. Thus, the aim of this research is to identify the frequency and factors that predispose the development of clinically narrow pelvis at present. The survey also explored correlation of clinically narrow pelvis with age, parity of pregnancy, sex of the fetus, comorbidities, previa and insertion variants of the fetal head and the size of the pelvis of the groups of patients as well. The frequency of clinically narrow pelvis was analyzed, statistically significant differences between the main group and the comparison group on the major categories of large fetus and variants of previa and the insertion of the head of the fetus were obtained.