

Эта часть работы выложена в ознакомительных целях. Если вы хотите получить работу полностью, то приобретите ее воспользовавшись формой заказа на странице с готовой работой:

<https://stuservis.ru/kursovaya-rabota/92629>

Тип работы: Курсовая работа

Предмет: Акушерство

Оглавление

Введение 3

Глава 1. Физиологические особенности таза беременной женщины 4

1.1. Основные ориентиры и измерения малого таза беременных 4

Глава 2. Современные взгляды на проблему узкого таза в акушерстве 11

2.1. Методы диагностики анатомически узкого таза 11

2.2. Роль акушерки в диагностике клинически узкого таза 17

Заключение 24

Список литературы 25

признаками интерсексуальности: массивными костями, оволосением по мужскому типу. По строению таз приближается к мужскому: высокая воронкообразная форма полости таза, острый лобковый угол.

3. Карликовый таз. Встречается у женщин маленького роста (120-145 см), но пропорционального телосложения.

Диагностика узкого таза основана на данных внешней пельвиометрии и влагалищного исследования.

Подтвердить диагноз можно, используя рентгенопельвиометрию и УЗИ.

Поперечносуженный таз характеризуется уменьшением всех поперечных размеров таза на 0,5-1 см и более по сравнению с нормальным, без увеличения размера истинной конъюгаты. Форма входа в малый таз округлая или продольно-овальная (в норме – поперечно-овальная). Нередко встречаются уплощение крестцовой кости, имеет место развёрнутость крыльев подвздошной кости, узкая лобковая дуга.

Различают 3 степени сужения такого таза по убыванию поперечного диаметра плоскости входа в малый таз (в норме он составляет 13-13,5 см):

I степень – 12,4-11,5 см.

II степень – 11,4-10,5 см.

III степень – менее 10,5 см.

Диагностика поперечносуженного таза общепринятыми клиническими методами несколько сложна.

Результаты внешнего измерения основных размеров таза при поперечном его сужении малоинформативны.

Наибольшую диагностическую ценность имеет определение поперечного размера крестцового ромба (менее 10 см) и поперечного размера полости выхода из малого таза (менее 10,5 см).

Заключительный диагноз данной формы таза возможен только при использовании рентгенопельвиометрии.

Плоский таз характеризуется сокращением прямых размеров малого таза при обычной величине поперечных его размеров.

1. Простой плоский таз характеризуется уменьшением всех прямых размеров, за счёт приближения всей крестцовой кости к лобковой дуге. Лобковая дуга широкая, поперечный диаметр плоскости входа в малый таз увеличен. Строение тела у таких женщин правильное, деформации костей нет.

Диагностика данной формы таза представляет определённые трудности. При внешней пельвиометрии поперечные размеры таза нормальные, а внешняя конъюгата уменьшена. При влагалищном исследовании выявляются уменьшение диагональной конъюгаты и прямого размера плоскости входа в малый таз.

Заключительный диагноз можно установить при рентгенопельвиометрии.

2. Плоскорихитический таз характеризуется уменьшением прямого размера плоскости входа в малый таз (истинной конъюгаты) и увеличением прямых размеров плоскостей, находящихся ниже. При диагностике данной формы таза следует обращать внимание на признаки перенесённого в детстве рахита ("квадратная голова", искривление ног и др.), уменьшение вертикального размера крестцового ромба и изменение его формы. Крылья подвздошных костей развёрнуты, и d. spinarum и d. cristarum почти равны (в норме разница между ними составляет около 3 см), уменьшенная внешняя конъюгата. При влагалищном исследовании мыс достигается, копчик уплощён, иногда определяется ложный мыс, вследствие окостенения хряща между I и II крестцовых позвонков. Заключительный диагноз можно установить при рентгенопельвиометрии.

3. Таз с уменьшением прямого размера широкой части полости малого таза характеризуется уплощением крестцовой кости вплоть до отсутствия её кривизны, увеличением длины, уменьшением прямого размера (менее 12,5 см) широкой части полости таза, отсутствием разницы между прямыми размерами плоскости входа в малый таз, широкой и узкой части его полости. Другие размеры обычно нормальные или увеличены. В зависимости от величины прямого размера широкой части полости малого таза различают две степени его сужения: I степень – 12,4-11,5 см; II степени – меньше 11,5 см.

Наиболее информативными для диагностики этой формы таза является лобково-крестцовый размер – это расстояние от середины лобкового симфиза до места сочленения между II и III крестцовых позвонков. При нормальных размерах широкой части полости таза он составляет 21,8 см. Величина его меньше чем 20,5 см говорит о наличии узкого таза, а меньше 19,3 см позволяет предположить наличие выраженного уменьшения прямого размера широкой части полости таза (менее 11,5 см). Заключительный диагноз основывается на данных рентгенопельвиометрии.

Общесуженный плоский таз. В нем уменьшены все размеры, но прямые размеры сокращены более чем поперечные. Встречается при сочетании инфантилизма и рахита, перенесённого в детстве.

Кососмещенный (асимметричный) чаще наблюдается у женщин после вывихов тазобедренных суставов или неправильного роста переломов бедра, когда основная нагрузка при ходьбе приходится на здоровую ногу, а центр сопротивления смещается к здоровому суставу.

Кифотический таз характеризуется сужением размеров в направлении к выходу, от чего таз приобретает воронкообразную форму. Возникает в результате перенесённого в детстве туберкулёзного спондилита.

Спондилолистетический таз – образуется при соскальзывании V поясничного позвонка с основания крестцовой кости, в результате чего он выступает над поверхностью I крестцового позвонка и препятствует опусканию подлежащей части плода.

Остеомалатический таз образуется в результате смягчения костей и декальцинации костной ткани. Таз при этом может приобретать различной формы. Встречается чрезвычайно редко.

Ассимилирующий таз (длинный) – при увеличении крестцовой кости из-за роста с V поясничным позвонком. Характеризуется уменьшением прямых размеров полости таза.

Воронкообразный таз характеризуется сужением полости выхода таза, вследствие нарушения развития костей при эндокринных расстройствах. Крестец удлинённый, лобковая дуга узкая, поперечный размер выхода может быть значительно сужен.

2.2. Роль акушерки в диагностике клинически узкого таза

Клинически узким тазом называют все случаи функционального несоответствия между головкой плода и тазом матери независимо от их размеров.

Шифр: МКБ-10-О65

О65 Затруднённые роды вследствие аномалии таза у матери;

О65.0 Затруднённые роды вследствие деформации таза;

О65.1 Затруднённые роды вследствие общеравномерносуженного таза;

О65.2 Затруднённые роды вследствие сужения входа в таз;

О65.3 Затруднённые роды вследствие сужения выхода и среднего диаметра таза;

О65.4 Затруднённые роды вследствие несоответствия размеров таза и плода неуточнённые;

О65.5 Затруднённые роды вследствие аномалии органов таза у матери;

О65.8 Затруднённые роды вследствие других аномалий таза у матери;

О65.9 Затруднённые роды вследствие аномалии таза у матери неуточнённой.

Анатомически узкий таз является главной причиной возникновения в родах клинически (функционально) узкого таза.

Клинически узкий таз встречается в 0,5-1,7% всех родов, частота его остаётся такой же, как и в предыдущие годы, и это можно объяснить увеличением размеров плодов.

В группу клинически узкого таза следует относить все случаи несоответствия между головкой плода и таза матери, независимо от размеров последнего. Признаками клинически узкого таза являются:

- неправильное вставление головки;
- недостаточная конфигурабельность головки;
- наличие признаков Вастена (Цангемейстера);
- симптомы прижатия мочевого пузыря;
- отсутствие поступательных движений головки, особенно при полном открытии шейки матки и энергичной

родовой деятельности;

– симптомы угрожающего разрыва матки.

Очень важны для диагностики диспропорции таза матери и головки плода два клинических признака: недостаточность прогрессирования раскрытия шейки матки и медленное продвижение головки плода. При клиническом несоответствии шейка матки при полном раскрытии не смещается за головку плода, а часто отекает и пассивно свисает во влагалище, что создаёт ложное впечатление о неполном её открытии. Наиболее ранним и достоверным признаком клинически узкого таза являются особенности механизма вставления головки, которые следует рассматривать, как один из приспособительных факторов для преодоления головкой преград со стороны таза роженицы.

Если головка опустилась в таз, вопрос о несоответствии отпадает. Если она не вступила в полость таза, то обращают внимание на признак Вастена или на степень нависания головки над лоном. Этот признак является показательным после излития вод, когда головка стоит уже плотно во входе в таз.

Методика определения признака Вастена следующая: акушерка кончиками пальцев делает движение от лобка вверх в направлении головки. При соответствии головки с тазом последняя стоит ниже края симфиза (признак Вастена отрицательный) – роды возможны; если головка стоит на одном уровне с симфизом (вровень), это указывает на относительное несоответствие, которое может быть преодолено при достаточной конфигурации головки и хорошей родовой деятельности. При несоответствии размеров таза с размерами головки, когда последняя выступает над симфизом (признак Вастена положительный), прогноз родов сомнительный (рис.2.1).

Список литературы

1. Акушерство и гинекология / А. С. Дементьев, И. Ю. Дементьева, С. Ю. Кочетков, Е. Ю. Чепанова. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 992 с.
2. Дуда, В. И. Акушерство: учебник / В. И. Дуда. – Ростов-на-Дону : Феникс, 2017. – 708 с.
3. Капительный, В. А. Акушерство и гинекология: практические навыки и умения с фантомным курсом: учебное пособие / В. А. Капительный, М. В. Беришвили, А. В. Мурашко. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 400 с.
4. Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии / под ред. В. Н. Серова, Г. Т. Сухих, В. Н. Прилепской [и др.]. – 3-е изд., перераб. и доп. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 1136 с.
5. Славянова, И. К. Сестринское дело в акушерстве и гинекологии: практикум : учебное пособие / И. К. Славянова. – Ростов-на-Дону: Феникс, 2015. – 313 с.

Эта часть работы выложена в ознакомительных целях. Если вы хотите получить работу полностью, то приобретите ее воспользовавшись формой заказа на странице с готовой работой:

<https://stuservis.ru/kursovaya-rabota/92629>