Автор: Макаров Игорь Олегович Доктор медицинских наук, профессор, врач высшей квалификационной категории.
23.05.2009 10:45 -

Понятие «узкий таз» подразумевает как анатомическое сужение костного таза, так и несоответствие размеров таза и головки плода во время родов, что получило название «клинически узкий таз». Анатомически узким тазом считается такой таз, у которого один или несколько размеров уменьшены на 1,5-2 см.

Сравнительно часто встречающимися формами узкого таза являются: поперечносуженный таз, простой плоский таз, плоскорахитический таз, общеравномерносуженный таз. К редко встречающимся формам таза относятся: кососуженный, воронкообразный таз, кифотический таз, остеомалятический таз и пр.

Причины возникновения анатомически узкого таза весьма многообразны. Основными среди них являются: перенесенный рахит в детском возрасте, недостаточное питание, нарушение гормонального баланса в подростковом возрасте, тяжелые перенесенные заболевания и травмы, деформации позвоночника (кифоз, солиоз и др.).
Диагностика узкого таза

Диагностика узкого таза основана на оценке данных анамнезе о перенесенных заболеваниях или травмах. Следует принимать во внимание характер течения и исход предыдущих родов. Важное значение в диагностике имеет гинекологический осмотр. Рост менее 150 см с высокой частотой будет свидетельствовать об анатомическом сужении таза. При осмотре беременной гинекологом для выявления узкого таза имеет значение изменения костей и суставов, состояние позвоночника (искривление), состояние конечностей) искривление или укорочение), форма живота (остроконечная у первородящих и отвислая у повторнородящих).

Важное значение в диагностике имеет форма и размеры пояснично-крестцового ромба (так называемого ромба Михаэлиса). Наружное измерение таза специальным инструментом- тазомером является неотъемлемой частью диагностики узкого таза. С помощью тазомера, напоминающего циркуль, врач-гинеколог измеряет целый ряд показателей,котрые позволяют выявить те или иные отклонения в размерах таза.

В диагностике узкого таза следует также ориентироваться на толщину костей. Для этого, в частности, измеряют длину окружности лучезапястного сустав, так называемый индекс Соловьева. Если эта величина будет свыше 16 см, то это свидетельствует о большой толщине костей, и, следовательно, об уменьшении ёмкости самого таза.

Влагалищное исследование проводится гинекологом на этапе подготовки к беременности или накануне родов и позволяет получить достоверное представление о характере, форме и степени сужения таза.

В качестве дополнительных методов диагностики используют рентгенпельвиометрию.

Автор: Макаров Игорь Олегович Доктор медицинских наук, профессор, врач высшей квалификационной категории.
23.05.2009 10:45 -

Этот метод позволяет получить наиболее точное представление о размерах и форме таза. Современные рентгенологические приборы, которые используются с этой целью, обладаю лучевой нагрузкой, которая в десятки раз меньше чем у обычных рентгенологических аппаратов.
Особенности ведения беременности и родов при анатомически узком тазе

При анатомически узком тазе у первородящих женщин головка плода из-за несоответствия с размерами таза, в последние недели беременности остается подвижной над входом в таз. В связи с этим дно матки поднимается выше, чем обычно, что затрудняет работу сердца и легких. При наличии узкого таза создаются предпосылки к формированию поперечного и косого положения плода, к неправильному вставлению головки или разгибательных ее предлежаний. Одним из типичных осложнений при узком тазе является преждевременное излитие околоплодных вод, что может сопровождаться выпадением петель пуповины.

Течение родов при узком тазе зависит от степени его сужения. Так при значительном его сужении и небольших размерах плода возможны роды через естественные родовые пути. При более выраженных степенях сужения целесообразно сделать кесарево сечение. Таким образом. Вопрос о способе родоразрешения решается акушером-гинекологом, ведущем роды в каждом конкретном случае индивидуально в зависимости от размеров и формы сужения таза, размеров плода и его состояния, степени готовности родовых путей, количества родов в Анамнезе и целого ряда других обстоятельств, которые принимаются врачом во внимание. Во время родов через естественные родовые пути также может произойти раннее излитие вод. Вследствие длительного безводного промежутка возможно проникновение возбудителей инфекции в матку с последующим развитием воспалительного процесса.

Нередко возникают и аномалии родовой деятельности в виде ослабления сократительной деятельности матки или дискоординации. Указанные осложнения приводят к развитию такого осложнения как гипоксия плода. Течение родов при узком тазе часто бывает более длительным, чем обычно из-за более затрудненного продвижения плода через родовые пути. Нередко возникает чрезмерное сдавление мягких тканей родовых путей между головкой плода и стенками таза, что может привести к их травматическому повреждению ил образованию свищей, что будет проявляться в послеродовом периоде.

Затяжное и осложненное течение родов при узком тазе приводит к нарушению маточно-плацентарного кровообращения и к гипоксии плода. Возможна также травма ЦНС в виде кровоизлияний плода из-за сдавления головки и смещения костей черепа. Для предотвращения указанных осложнений важна своевременная и объективная диагностика формы и степени сужения таза и, верное решение в выборе родоразрешения. В том случае если выбрано ведение родов через естественные родовые пути, то такие роды следует вести под постоянным контролем, оценивая характер родовой деятельности, состояние родовых путей, состояние плода и динамику продвижения головки. При выявлении осложнений следует своевременно принимать решение об изменении тактики ведения родов. В послеродовом периоде возможно

развитие воспалительных осложнений.

Клинически узкий таз

Под понятием «клинически узкий таз» акушеры-гинекологи подразумевают ту или иную степень несоответствия головки плода и таза матери даже при нормальных его размерах. Диагноз «клинически узкого таза» устанавливают только во время родов на основании ряда признаков, к которым относятся:

* отсутствие прижатия головки плода с началом родовой деятельности;
* слабость или дискоординация родовой деятельности;
* преждевременное излитие вод;
* нарушение синхронности продвижения головки плода с открытием шейки матки;
* отсутствие или резкое замедление продвижения головки плода при полном открытии шейки матки;
* выраженная конфигурация головки и формирование родовой опухоли;
* нарушение самопроизвольного мочеиспускания.

Крупные размеры плода, неправильные вставления и разгибательные предлежания головки плода, переношенная беременность, сужение размеров таза являются основными причинами возникновения клинически узкого таза. Врач-акушер, ведущий роды тщательно наблюдает за характером течения родов у женщин, угрожаемых по «клинически узкому тазу» своевременно принимая решения о тактике ведения родов. В благоприятных ситуациях (при сохранении биомеханизма родов, характерных для имеющейся формы сужения таза и при хорошей конфигурации головки) возможно ведение родов через естественные родовые пути.