

Федеральное государственное бюджетное общеобразовательное учреждение
высшего образования «Красноярский государственный медицинский
университет им.проф.В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства
здравоохранения Российской Федерации

Кафедра оперативной гинекологии ИПО

Реферат

Тема: «Узкий таз. Особенности течения беременности и ведения родов»

Выполнил: клинический ординатор
кафедры оперативной гинекологии ИПО

Эпова А.С.

Проверил: д.м.н.,доцент Макаренко Т.А.

Красноярск 2019

Оглавление

Введение	3
Что такое узкий таз?	5
Классификация узкого таза	8
Классификация узкого таза по форме сужения	9
Редко встречающиеся формы узкого таза	13
Распознавание узкого таза	17
Течение беременности при узком тазе	20
Течение родов при узком тазе	21
Механизм родов при общеравномерносуженном тазе	25
Механизм родов при поперечносуженном тазе	26
Механизм родов при плоскорохитическом тазе	26
Механизм родов при простом плоском тазе	27
Механизм родов при общесуженном плоском тазе	28
Ведение родов при узком тазе	29
Список литература	35

Введение

Учение об узком тазе сложилось в результате проведения многочисленных исследований анатомов и акушеров. В течение многих столетий до XVI века существовало убеждение, что кости таза во время родов расходятся и плод родился, упираясь ножками в дно матки. В 1543 г. Везалий, впервые описавший таз, установил, что лобковые кости соединены в симфизе неподвижно. Аранций (1572) подтвердил мнение Везалия о неподвижном соединении костей таза и описал деформации его. В 1701 г. Девентер описал общесуженный и плоский таз и отметил особенности течения родов в зависимости от формы и степени сужения. В дальнейшем (XVIII и XIX века) проблему узкого таза изучали Левре, Смелли, Редерер, Литцман, Н. М. Максимович-Амбодик, Михаэлис, А. Я. Крассовский, Н. Н. Феноменов и другие акушеры. Были получены ценные данные о частоте, формах и степени сужения, о механизме родов, об их осложнениях, исходе для роженицы и плода и др.

В развитие учения об узком тазе особенно ценный вклад внес А. Я. Крассовский, наиболее полно описавший типичные и редкие формы узкого таза, а также особенности механизма родов при разных формах сужения. Отечественные акушеры изучали вопросы диагностики узкого таза, клиническую картину родов и принципы ведения их при узком тазе. Однако и в настоящее время осталось много важных и сложных нерешенных вопросов. Во время родов при узком тазе нередко возникают осложнения, угрожающие матери и плоду. При этих осложнениях необходима квалифицированная акушерская помощь, причем нередко возникают показания к хирургическому вмешательству.

Проблема аномалий таза почти полностью относится к узкому тазу. Известное клиническое значение имеет также широкий таз. Размеры его на 2 — 3 см превышают цифры, типичные для нормального таза. Широкий таз, наблюдающийся чаще у рослых, хорошо развитых женщин распознается путем применения обычных методов исследования (осмотр, измерение таза и

др.). При влагалищном исследовании определяются значительная емкость малого таза, недоступность мыса, увеличение расстояния между седалищными буграми, крестцом и мысом.

Роды при широком тазе в большинстве случаев протекают нормально, период изгнания бывает ускоренным. Однако нередко возникают разгибательные предлежания, низкое поперечное стояние сагиттального шва, высокое прямое стояние головки. Эти осложнения обусловлены отсутствием сопротивления головке, продвигающейся через широкий таз. Второй период родов может протекать стремительно, в связи с чем часто бывают разрывы мягких тканей родовых путей и родовые травмы плода (внутричерепная травма и др.). Поэтому во время родов при широком тазе необходимо тщательное наблюдение за состоянием роженицы и плода, характером родовых сил и особенностями механизма родов.

Что такое узкий таз?

По М. С. Малиновскому, узким тазом принято считать таз, костный скелет которого настолько изменен, что при прохождении через него доношенного плода, особенно головки, встречаются препятствия и трудности механического характера. Эти затруднения и препятствия выражены в различной степени. При небольшом сужении таза они устраняются и роды заканчиваются самопроизвольно; в случае резкого несоответствия между размерами таза и плода (головки) возникают непреодолимые препятствия для родов.

В узком тазе могут быть уменьшены все размеры: прямые, поперечные и косые; могут быть укорочены только некоторые размеры (например, прямые или поперечные) и даже один из размеров таза (например, прямой размер входа в таз). В соответствии с этим А. Я. Крассовский считает, что узким тазом является такой, в котором «уменьшены все размеры или некоторые размеры, или один из главных размеров таза». Большинство акушеров считают таз узким, если все размеры или хотя бы один из них укорочен по сравнению с нормальным на 1,5 — 2 см и больше.

Основным показателем сужения таза принято считать размер истинной конъюгаты. Если он меньше 11 см, а именно 10 см и ниже, таз является узким. О размере истинной конъюгаты можно судить по величине диагональной и наружной конъюгат. Поэтому к узким тазам можно отнести такие, в которых наружная конъюгата меньше 19 см, а именно 18 см и ниже. Таким образом, на основании измерения таза, при котором выясняется укорочение всех или некоторых размеров, ставится диагноз узкого таза. Различают: 1) анатомически узкий таз; 2) функционально, или клинически, узкий таз.

Как отмечено выше, анатомически узким тазом является такой, в котором укорочены все размеры или хотя бы один из них.

Необходимо указать, что анатомически узкий таз не всегда является препятствием для родов. При умеренном сужении таза исход родов зависит не только от его размеров, но также от характера родовой деятельности,

величины плода и способности головки плода к конфигурации. Если родовая деятельность хорошая, плод некрупный, головка хорошо конфигурирует, роды протекают нормально. При небольшой степени сужения таза роды обычно заканчиваются благополучно для матери и плода. В таких случаях анатомически узкий таз не является функционально узким. При слабости родовой деятельности, недостаточной способности головки плода к конфигурации или при крупном плоде таз такого же размера явится препятствием для родов (будет функционально узким тазом). При равной степени сужения (например, наружная конъюгата равна 18 см) у одной женщины роды будут протекать нормально, у другой — возникнут осложнения. Следовательно, анатомически узкий таз в функциональном и клиническом отношении не всегда является узким. Анатомически узкий таз в функциональном отношении (в смысле течения и исхода родов) может быть узким или неузким в зависимости от силы схваток и потуг, величины и конфигурации головки плода и т. д. В литературе встречаются термины «диспропорция» таза, «неадекватный» (клинически узкий) и «адекватный» (клинически неузкий) таз и др.

Диагностика анатомически узкого таза основана на его измерении (тазомером, путем рентгено- или ультразвуковой пельвиметрии); вопрос о том, будет ли данный таз функционально узким, решается во время родов путем оценки характера родовой деятельности, продвижения головки и т. д.

Таким образом, функционально узким является такой таз, который представляет затруднения или препятствия для течения данных родов.

При высокой степени сужения анатомически узкий таз всегда будет узким в функциональном (клиническом) отношении; роды невозможны даже при сильной родовой деятельности и хорошей конфигурации головки.

Этиология узкого таза сложна и многообразна. Узкий таз является одним из главных признаков инфантилизма. Все условия, способствующие задержке развития организма, ведут одновременно к развитию узкого таза. К ним относятся неблагоприятные условия жизни, тяжелые продолжительные

заболевания в детском возрасте и в период полового созревания. Нарушения развития костной системы и процесса формирования таза могут возникнуть во внутриутробном периоде, при заболеваниях женщины, ведущих к расстройству обмена веществ, определенную роль играет и неполноценное питание беременной (недостаток белков, витаминов, микроэлементов, фосфора, кальция и др.). Имеет значение рахит, перенесенный в детстве. При рахите возникают деформации черепа, позвоночника, грудины, нижних конечностей и таза. Рахитические деформации костей таза обуславливают сужение его. Деформация таза возникает не только при выраженных, но и при стертых формах рахита, когда изменения в других частях скелета малозаметны. К нарушению формы таза и сужению его ведет туберкулез костей и суставов, особенно поражение тазобедренного и коленного суставов и позвоночника в детском возрасте. То же наблюдается при переломе костей таза, вывихах и неправильно сросшихся переломах нижних конечностей, сопровождающихся хромотой и другими нарушениями движений. К редким причинам происхождения узкого таза относятся экзостозы и опухоли костей таза, соскальзывание V поясничного позвонка кпереди, деформации крестцово-подвздошных соединений и другие процессы.

Узкий таз, по данным разных авторов, встречается в 2,6—15 — 20% случаев. Такие колебания в значительной мере объясняются отсутствием единой классификации узкого таза, разницей в определении границ между нормальным и узким тазом. Одни авторы считали таз узким даже при незначительном укорочении его размеров, другие считали признаком узкого таза наружную конъюгату, равную 17,5 см и меньше.

На развитие узкого таза оказывают значительное влияние материальное благосостояние и культура народов, уровень заболеваемости детей и подростков, охрана здоровья женщины, особенно в период беременности и др. В нашей стране наблюдается значительное снижение процента женщин с узким тазом, особенно с резко выраженной формой этой патологии. М. С. Малиновский и М. Н. Побединский указывают, что узкий таз,

представляющий затруднения (реже — препятствия) для родов (функционально узкий таз), встречается у 3—5% рожениц. По данным Р. И. Калгановой, клинически узкий таз встречается у 1,3 — 1,7 % рожениц, но эта проблема остается актуальной вследствие возникновения осложнений в родах, опасных для матери и плода.

Классификация узкого таза

Предложено много классификаций узкого таза, основанных на разных принципах. Наиболее обоснованным является этиологический принцип. Однако причину развития узкого таза выявить удается не всегда; один и тот же этиологический фактор может вызвать разную степень и различные формы сужения в зависимости от действия сопутствующих патогенных факторов. В литературе (преимущественно зарубежной) нередко встречается классификация, учитывающая следующие особенности строения таза: 1) гинекоидный таз (нормальный таз женского типа), 2) андроидный таз (мужского типа), 3) антропоидный (присущий приматам) наблюдается у людей, основная особенность — увеличение прямого размера входа в таз, его преобладание над поперечным, 4) палтипелоидный (плоский). Предложена классификация узкого таза с учетом (преимущественно) формы входа, что имеет большое значение для механизма родов и их ведения. В практике обычно пользуются классификациями, в которых учитываются: 1) форма сужения таза (по возможности причины возникновения узкого таза), 2) степень сужения таза.

Классификация узкого таза по форме сужения

Различают часто встречающиеся и редкие формы сужения таза.

Часто встречающиеся формы:

- Общеравномерносуженный таз.
- Поперечносуженный таз.

Плоский таз:

- простой плоский таз,
- плоскорихитический таз.

Общесуженный плоский таз.

- Редко встречающиеся формы:
- Кососмещенный и кососуженный таз.
- Ассимиляционный таз.
- Воронкообразный таз.
- Кифотический таз и другие редкие формы.
- Спондилодиететический таз.
- Остеомалятический таз.
- Таз, суженный экзостозами и костными опухолями.

Часто встречающиеся формы узкого таза.

Общеравно-мерносуженный таз. Все размеры (прямые, поперечные и косые) уменьшены на одинаковую величину, чаще всего на 1 — 2 см. Общеравномерносуженный таз встречается чаще, чем другие формы узкого таза (около 40—45% от общего числа случаев узкого таза).

Общеравномерносуженный таз чистого типа наблюдается у женщин небольшого роста, правильного телосложения; таз имеет правильную форму нормального, хорошо развитого таза, но все размеры его уменьшены.

Примерные размеры общеравномерносуженного таза: *distantia spi-narum* — 24 см, *distantia cristarum* — 26 см, *distantia trochanterica* — 28 см, *conjugata externa* — 18 см, *conjugata diagonalis* — 11 см, *conjugata vera* — 9 см.

Наблюдаются следующие разновидности общеравномерносуженного таза.

Инфантильный таз. Встречается у женщин при морфологических и функциональных признаках инфантилизма: недоразвитые вторичные половые признаки, нарушение менструальной функции и др. Наряду с укорочением всех размеров таз сохраняет некоторые признаки, присущие детскому возрасту: крестец узок и малоизогнут, мыс стоит высоко, лобковый угол острый.

Таз мужского типа. Бывает у женщин высокого роста с признаками интерсексуальности (массивные кости, оволосение по мужскому типу и др.). По строению таз приближается к мужскому: высокая воронкообразная форма полости, острый лобковый угол.

Карликовый таз. Крайняя степень сужения общеравномерносуженного таза. Встречается чрезвычайно редко у женщин маленького роста (120—145 см), но пропорционального сложения.

Поперечносуженный таз. Характеризуется уменьшением поперечных размеров таза на 0,5 - 1 см и более при нормальном (или увеличенном) размере истинной конъюгаты. Форма входа малого таза круглая или продольно-овальная вместо поперечно-овальной, присущей нормальному тазу женского типа. При поперечном сужении таза нередко наблюдается уплощение крестца. Диагноз ставится при рентгеновском или ультразвуковом исследовании потому, что клинические признаки, в том числе измерение большого таза, недостаточно информативны. Имеет диагностическое значение уменьшение поперечного размера крестцового ромба. По данным ряда авторов, поперечносуженный таз составляет 20—30% от всех случаев узкого таза.

Плоский таз. В нем укорочены прямые размеры при обычной величине поперечных и косых размеров. Сужение бывает двояким: 1) укорочены все прямые размеры — простой плоский таз; 2) укорочен только прямой размер входа (истинная конъюгата) — плоскорихитический таз.

Простой плоский таз. Весь крестец приближен к лобковому симфизу; в связи с этим имеется укорочение всех прямых размеров: входа, полости и выхода. Поперечные и косые размеры нормальной величины. Деформаций костей таза

и скелета нет. У женщин с простым плоским тазом телосложение обычное. Простой плоский таз встречается нечасто, сужение таза редко бывает значительным. Примерные размеры простого плоского таза: *distantia spinarum* — 26 см, *distantia cristarum* — 29 см, *distantia trochanterica* — 30 см, *conjugata externa* — 18 см, *conjugata diagonalis* — 11 см, *conjugata vera* — 9 см.

Плоскоррахитический таз. Имеет ряд деформаций. Крылья подвздошных костей развернуты, расстояние между передневерхними остями подвздошных костей увеличено, *distantia spinarum* по своей величине приближается к *distantia cristarum*. При значительной рахитической деформации таза *distantia spinarum* равняется *distantia cristarum* или даже превышает ее величину: в норме *distantia spinarum* меньше *distantia cristarum* на 3 см. Крестец укорочен, уплощен и повернут вокруг горизонтальной оси так, что основание его приближается к симфизу, а верхушка вместе с копчиком направлена кзади, мыс крестца резко выступает кпереди. Иногда копчик вместе с нижним крестцовым позвонком загнут кпереди (крючкообразно). В связи с поворотом основания крестца мысом кпереди вход в таз имеет почкообразную форму, прямой размер входа уменьшен, поперечные и косые размеры обычные. Чем значительнее выступает кпереди мыс, тем более укорочена истинная конъюгата. Иногда на передней поверхности плоского крестца возникает добавочный (ложный) мыс, образовавшийся в результате окостенения хряща между I и II крестцовыми позвонками. Добавочный мыс может представить затруднения для продвижения предлежащей части плода. Размеры выхода таза увеличены. Прямой размер выхода увеличен в связи с отклонением верхушки крестца кзади. Поперечный размер выхода таза увеличен, так как седалищные бугры находятся на большем расстоянии один от другого, чем в нормальном тазу; лобковый угол в плоскоррахитическом тазу тупой. Размеры полости плоскоррахитического таза обычные или несколько увеличены. Таким образом, для плоскоррахитического таза характерны: 1) уменьшение главного размера — прямого размера входа в таз (истинная конъюгата); 2) деформация всех костей таза (особенно крестца); 3) изменение

формы входа: значительное преобладание поперечных размеров, вид почки, карточного сердца; 4) относительное увеличение выхода таза.

У женщин, перенесших рахит, могут быть и другие изменения в костной системе: «квадратная голова», S-образные ключицы, искривление ног, позвоночника, грудины и др. При рахитических деформациях таза меняется форма крестцового ромба; обычно укорачивается вертикальная диагональ (на 2—3 см и больше), надкрестцовая ямка располагается ниже, верхний угол ромба становится тупым. Поперечная диагональ укорачивается меньше, чем вертикальная.

Следует отметить, что выраженные формы плоскоррахитического таза и другие изменения в костной системе в настоящее время наблюдаются редко. Встречаются роженицы с маловыраженными признаками плоскоррахитического таза. Примерные размеры плоскоррахитического таза: *distantia spinarum* — 26 см, *distantia cristarum* — 26 см, *distantia trochanterica* — 31 см, *conjugata externa* — 17 см, *conjugata diagonalis* 10 см, *conjugata vera* — 8 см.

Общесуженный плоский таз. В нем уменьшены все размеры, но прямые размеры укорочены больше всех остальных. Обычно больше других размеров укорочен прямой размер входа. Общесуженный плоский таз возникает обычно при сочетании инфантилизма и рахита, перенесенного в детстве. Этим и объясняются особенности данного таза: он узок вообще и, кроме того, уплощен вследствие наибольшего укорочения прямых размеров. Примерные размеры общесуженного плоского таза: *distantia spinarum* — 23—24 см, *distantia cristarum* — 24—25 см, *distantia trochanterica* — 27—28 см, *conjugata externa* — 15—16 см, *conjugata diagonalis* — 9 см, *conjugata vera* — 7 см.

Общесуженный плоский таз обычно представляет значительные затруднения для родов. Он встречается значительно реже, чем общеравномерносуженный, поперечносуженный и плоский таз.

Редко встречающиеся формы узкого таза

Кососмещенный (асимметричный) таз. Возникает после перенесенного в детстве рахита и гонита, вывиха тазобедренного сустава или неправильно сросшегося перелома бедра или костей голени. При указанных заболеваниях и последствиях травм больная наступает на здоровую ногу и туловище находит опору в здоровом тазобедренном суставе. Постепенно область таза, соответствующая здоровому тазобедренному (коленному) суставу, вдавливается внутрь; половина таза на стороне здоровой ноги становится уже. Причиной кососуженного таза может быть сколиоз, при котором тяжесть туловища на конечности распределяется неравномерно, в результате чего вертлужная впадина на здоровой стороне вдавливаются и таз деформируется. Кососмещенный таз (коксальгический, сколиотический) не всегда препятствует течению родов, так как сужение обычно бывает небольшим. Сужение одной стороны компенсируется тем, что другая является сравнительно просторной.

Ассимиляционный («длинный») таз. Характеризуется увеличением высоты крестца вследствие его сращения с V поясничным позвонком («сакрализация», «ассимиляция»). При этом происходит уменьшение прямых размеров полости таза, что может служить препятствием для прохождения головки через родовой канал. Распознавание возможно при рентгенографии.

Воронкообразный таз. Встречается редко; возникновение его связывают с нарушением развития таза на почве эндокринных расстройств. Воронкообразный таз характеризуется сужением выхода таза. Степень сужения возрастает сверху вниз, вследствие чего полость таза приобретает вид воронки, суживающейся к выходу. Крестец удлинен, лобковая дуга узкая, поперечный размер выхода может быть сужен значительно. Роды могут закончиться самостоятельно, если плод некрупный и сужение выхода таза выражено нерезко.

Кифотический таз. Относится к типу воронкообразных. Кифоз позвоночника чаще всего возникает вследствие перенесенного в детстве туберкулезного

спондилита, реже рахита. При возникновении горба в нижнем отделе позвоночника центр тяжести туловища смещается кпереди; верхняя часть крестца при этом смещается кзади, истинная конъюгата увеличивается, поперечный размер может оставаться нормальным, вход в таз приобретает продольно-овальную форму. Поперечный размер выхода таза уменьшается вследствие сближения седалищных бугров; лобковый угол острый, полость таза воронкообразно суживается к выходу. Роды при кифозе нередко протекают нормально, если горб расположен в верхнем отделе позвоночника. Чем ниже расположен горб и чем больше выражена деформация таза, тем хуже прогноз родов.

Спондилолистический таз. Эта редкая форма таза образуется в результате соскальзывания тела V поясничного позвонка с основания крестца. При слабовыраженном соскальзывании V поясничный позвонок лишь немного выступает над краем крестца. При полном соскальзывании нижняя поверхность тела поясничного позвонка закрывает переднюю поверхность I крестцового позвонка и препятствует опусканию предлежащей части в малый таз. Самым узким размером входа является не истинная конъюгата, а расстояние от симфиза до выдающегося в таз V поясничного позвонка. Прогноз родов зависит от степени соскальзывания позвонка и сужения прямого размера входа в таз.

Остеомалятический таз. Эта патология в нашей стране практически не встречается. Остеомаляция характеризуется размягчением костей, обусловленным декальцинацией костной ткани. Таз резко деформирован, при выраженной деформации образуется спавшийся таз. В литературе описана деформация таза, характеризующаяся резким поперечным сужением вследствие недоразвития крыльев крестца («робертовский таз»).

Таз, суженный экзостозами и костными опухолями. Экзостозы и костные опухоли в области таза наблюдаются очень редко. Экзостозы могут располагаться в области симфиза, крестцового мыса и в других местах. Опухоли, исходящие из костей и хрящей (остеосаркомы), могут занимать

значительную часть полости таза. При значительных экзостозах, препятствующих продвижению подлежащей части плода, показано кесарево сечение. При наличии опухолей также показано оперативное родоразрешение и последующее специальное лечение.

Классификация узкого таза по степени сужения. О степени сужения таза судят по величине истинной конъюгаты, которая определяется путем вычисления на основании размеров диагональной и наружной конъюгаты.

Различают четыре степени сужения таза.

Первая степень — истинная конъюгата меньше 11 см, но не ниже 9 см. Роды в большинстве случаев заканчиваются самопроизвольно. Однако нередко возникают затруднения (если конъюгата около 9 см).

Вторая степень — истинная конъюгата 9—7,5 см. Роды доношенным плодом возможны, но очень часто возникают затруднения и препятствия, являющиеся показанием к оперативному родоразрешению.

Третья степень — истинная конъюгата 7,5 — 6,5 см. Роды доношенным плодом через естественные родовые пути невозможны. Извлечь плод при помощи акушерских щипцов и экстракции за тазовый конец не удастся. Извлечение плода через естественные пути возможно только посредством плодоразрушающих операций. Извлечь живого ребенка можно только при помощи кесарева сечения.

Четвертая степень — истинная конъюгата ниже 6,5 см. Родоразрешение через естественные родовые пути невозможно даже при помощи плодоразрушающих операций; таз настолько узок, что нельзя извлечь плод даже по частям. Единственным способом родоразрешения является кесарево сечение. Таз при четвертой степени сужения называют также абсолютно узким тазом.

Данная классификация характеризует степень анатомического сужения таза, а это позволяет в известной мере предвидеть, будет ли данный таз узким в клиническом смысле. При третьей и четвертой степени сужения анатомически узкий таз будет всегда узким и в клиническом отношении, так как роды живым

доношенным плодом через естественные родовые пути невозможны. Поэтому, если женщина не дает согласия на оперативное родоразрешение, показан аборт в ранние сроки беременности. Если женщина выражает желание иметь ребенка, производят кесарево сечение в конце беременности или в начале родов.

При первой степени сужения анатомически узкий таз в клиническом (функциональном) отношении может быть узким или достаточным для прохождения плода, что зависит от его величины, конфигурации головки, активности родовых сил и др. При второй степени сужения анатомически узкий таз чаще бывает и клинически узким.

Распознавание узкого таза

Современное распознавание узкого таза способствует предотвращению осложнений, которые нередко возникают во время родов, а иногда и в конце беременности. При резком сужении таза женщине вовремя предлагают сделать аборт или предупреждают ее о необходимости родоразрешения путем 1 — нормальный таз; 2 — плоскорихитический таз; 3 — общеравномерносуженный таз; 4 — кососуженный таз.

Кесарева сечения. Беременных с узким тазом направляют за 2—3 нед до родов в стационар.

Диагноз узкого таза устанавливается на основании ознакомления с анамнезом, осмотра тела, измерения таза, влагалищного исследования. При необходимости применяют рентгенологическое или ультразвуковое исследование таза.

Из анамнестических данных особенно важны указания на инфантилизм, рахит (поздно стала ходить, поздно прорезались зубы и др.), туберкулез костей и суставов, переломы костей таза, нижних конечностей и др. Большое значение имеют инфекционные заболевания, перенесенные в детском возрасте и в периоде полового созревания. Они способствуют задержке развития организма, возникновению инфантилизма и узкого таза. У повторнородящих очень важен для оценки таза акушерский анамнез. Если у женщины с узким тазом в прошлом были нормальные роды, можно надеяться, что при настоящих родах таз не будет препятствовать изгнанию плода. Однако у рожавших женщин следует узнать массу тела новорожденных. Если она была средней и выше, можно предположить, что предстоящие роды будут протекать нормально. Неблагоприятный акушерский анамнез (в прошлом тяжелые роды, акушерские операции, мертворождение и др.) позволит констатировать наличие не только анатомически, но и функционально (клинически) узкого таза.

В диагностике узкого таза большое значение имеет объективное исследование. При осмотре тела выявляются признаки узкого таза. Небольшой рост нередко

свидетельствует о сужении таза. При росте 145 см и ниже таз обычно бывает узким. Во время осмотра важно обратить внимание на признаки инфантилизма (недоразвитие вторичных половых признаков и др.), вирилизации (гипертрихоз, рост волос по мужскому типу и др.), рахита (искривление позвоночника, грудины, ног и др.); выясняют, нет ли анкилоза тазобедренного, коленного и других суставов, укорочения ноги после перелома, нарушения походки. Следует подчеркнуть, что важны не только выраженные, но особенно часто встречающиеся стертые признаки инфантилизма, рахита и других нарушений.

Для распознавания узкого таза имеет значение оценка формы крестцового ромба. 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 поперечносуженном тазе отмечается уменьшение поперечного размера.

Во время осмотра обращают внимание на толщину костей. С этой целью определяют так называемый лучезапястный индекс. По величине окружности лучезапястного сустава можно судить о толщине костей таза. Чем больше объем запястья, тем толще кости, в том числе кости таза; в таком случае при нормальных наружных размерах таза емкость его будет меньше. Наоборот, при малом лучезапястном индексе емкость таза будет больше, чем следовало бы ожидать на основании определения наружных размеров. Окружность руки в области лучезапястного сустава колеблется от 14 до 18 см. Если индекс соответствует нижней границе, кости таза массивные.

Имеет значение общая оценка костной системы. У стройных женщин емкость таза достаточная (при некотором его сужении) и прогноз родов у них благоприятнее, чем у женщин с массивными костями.

При выраженном сужении таза изменяется форма живота беременной. Головка плода в конце беременности не может встаться во вход таза

(вследствие узости его) и стоит высоко над входом до начала родов. Поэтому дно матки в конце беременности не опускается. Растущая матка не умещается в брюшной полости (которая при небольшом росте укорочена) и отклоняется от подреберья вверх и кпереди. У первородящих с упругой брюшной стенкой образуется остроконечный живот, у многорожавших — отвислый.

Диагностическое значение имеет измерение таза. Размеры большого таза дают представление об объеме малого таза. Следует учитывать, что размер наружной конъюгаты не всегда точно отражает величину истинной конъюгаты в связи с разной толщиной костей таза. При одинаковой наружной конъюгате величина истинной может колебаться в пределах 2—4 см. Несмотря на это, измерение наружных размеров таза относится к основным методам диагностики узкого таза.

Более точно о степени сужения таза можно судить по диагональной конъюгате. Поэтому измерение диагональной конъюгаты у всех беременных и рожениц является обязательным. Для этого производят влагалищное исследование, во время которого выясняют, нет ли уплощения крестца и других деформаций таза, приблизительно определяют его емкость, прощупывают мыс и, если он достигается пальцем, измеряют диагональную конъюгату. При внутреннем исследовании выясняют, нет ли добавочного (ложного) мыса, экзостозов, соскальзывания V поясничного позвонка, деформаций, присущих рахиту.

Если возникают подозрения на сужение выхода таза, измеряют его прямой и поперечный размер. При подозрении на асимметрию таза (сколиоз, анкилозы, укорочение ноги) измеряют косые размеры таза (расстояние от правой передневерхней ости до задневерхней ости левой стороны, и наоборот) и боковые конъюгаты (расстояние между передневерхней и задневерхней остью той же стороны). При нормальном тазе (латеральные конъюгаты равны 15 см и больше) косые размеры одинаковы; при кососмещенном и кососуженном тазе эти размеры отличаются от нормальных на 2 см и больше. Для прогноза родов важно знать не только размеры таза, но также величину

внутриутробного плода. С этой целью тазомером измеряют через брюшную стенку длину плода и лобно-затылочные размеры головки.

В диагностике узкого таза важное значение имеют ультразвуковое и рентгенологическое исследование. Эти методы позволяют определить размеры таза, форму входа в таз, строение крестца, формы сужения таза, измерить величину головки плода. Особую ценность приобретают эти методы исследования во время родов, когда возникает необходимость определить соответствие размеров таза и головки плода.

Течение беременности при узком тазе

Первая половина беременности при узком тазе протекает без особенностей, во второй половине нередко наблюдаются поздние токсикозы. Возникновение их связано не с самим узким тазом, а с последствиями заболеваний и особенностей развития, послуживших причиной нарушений в костной системе и других органах.

Головка в конце беременности в узкий вход таза не вставляется, дно матки стоит высоко, оттесняя вверх диафрагму. В связи с этим у беременных нередко возникают одышка, учащенное сердцебиение, утомляемость. Отсутствие фиксации головки во входе в таз способствует повышенной подвижности плода. В связи с этим тазовые предлежания, поперечные и косые положения плода наблюдаются при узком тазе гораздо чаще, чем при нормальном. Подвижность головки способствует возникновению разгибательных предлежаний. Переднеголовное, лобное, лицевое предлежания при узком тазе встречаются чаще, чем при нормальном. Отмечается асинклитическое вставление головки, чему способствует также отвисание живота.

При подвижной головке пояс соприкосновения отсутствует, передние и задние воды не разграничены, они устремляются к нижнему полюсу плодного яйца. Поэтому при узком тазе нередко наблюдается преждевременное излитие вод (до начала родовой деятельности).

Беременные с узким тазом находятся на специальном учете консультации, за ними тщательно наблюдают. Необходимо своевременное выявление ранних

признаков токсикоза, аномалий положений плода и других осложнений. Важно уточнить срок родов, чтобы предупредить перенашивание беременности, которое при узком тазе особенно неблагоприятно. Во второй половине беременности рекомендуется ношение бандажа. За 2—3 нед до родов беременную направляют в родильный дом, чтобы предупредить возникновение осложнений в конце беременности и во время родов. При наличии токсикоза и других осложнений женщину направляют в родильный дом независимо от срока беременности.

Течение родов при узком тазе

При третьей и четвертой степени сужения таза роды живым доношенным плодом невозможны. Без своевременного хирургического вмешательства беременная и плод погибают вследствие разрыва матки, септической инфекции или других осложнений. При первой и второй степени сужения исход родов в значительной мере зависит от величины головки плода, характера предлежания и вставления, способности головки к конфигурации, интенсивности родовой деятельности. При благополучных сочетаниях указанных условий роды протекают нормально, особенно при первой степени сужения таза. При первой степени сужения роды у большинства женщин заканчиваются самопроизвольно, особенно у молодых первородящих, у которых обычно бывает хорошая родовая деятельность (неповрежденный нервно-мышечный аппарат матки). Если объем головки плода не соответствует размерам таза, имеются неправильное положение и предлежание, в родах возникают серьезные осложнения, угрожающие состоянию роженицы и плода. Осложнения при второй степени сужения встречаются значительно чаще, чем при первой.

При узком тазе нередко наблюдается раннее излитие околоплодных вод вследствие высокого стояния головки и отсутствия разграничения вод на передние и задние. В момент излития вод может выпасть во влагалище пуповина или ручка плода. Если не оказывается своевременная помощь, пуповина прижимается головкой к стенке таза и плод погибает от асфиксии.