

Анатомически узкий таз

Выполнил: Писарев Никита
405 группа

Введение

В акушерстве различают анатомически и клинически (функционально) узкий женский таз. Анатомически узким называют таз, в котором хотя бы один из главных размеров, уменьшен на 1,5—2 см и более, он встречается у 1,0—7,7% рожениц. Клинически узким считают таз в том случае, если в родах возникают препятствия (иногда непреодолимые) для прохождения плода. Анатомически нормальный таз может оказаться клинически узким (например, при крупном и гигантском плоде, гидроцефалии) и, наоборот, анатомически узкий таз может быть функционально полноценным (например, при малых размерах плода).

ЭТИОЛОГИЯ

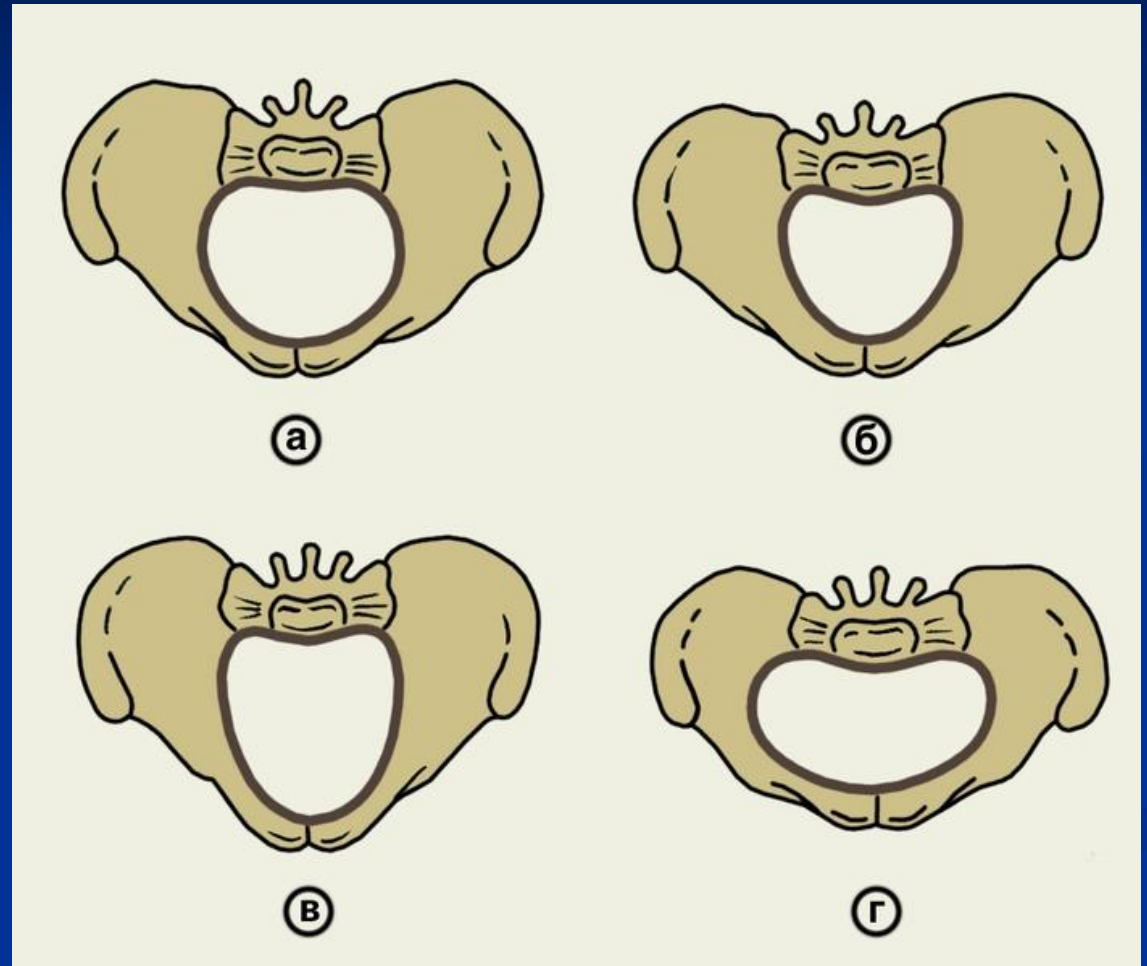
- Нарушение развития костей таза(неблагоприятные условия жизни, тяжелые продолжительные заболевания в детском возрасте и в период полового созревания)
- Заболевания костей и суставов(например, рахит, туберкулёз)
- Переломы костей таза

Классификации

Существует несколько классификаций анатомически узкого таза, но ни одна полностью не отвечает практическим задачам современного акушерства.

Классификация Caldwell-Moloy(1933)

- А) Гинекоидный
- Б) Андроидный
- В) Антропоидный
- Г) Платипеллоидный



- Гинекоидный таз характеризуется круглой или поперечно-овальной формой входа в малый таз, средней кривизной крестца, прямым или тупым подлобковым углом; размеры его чаще нормальные.
- Андроидный таз отличается приближающейся к треугольной формой входа в малый таз, уплощенным крестцом, уменьшенным межостным размером, постепенным сужением полости таза от входа к выходу.
- Антропоидный таз - продольно-овальная форма входа в малый таз, увеличенный прямой размер входа в малый таз, уменьшенные поперечные размеры таза, глубокая крестцовая впадина.
- Для плоского таза характерны поперечно-овальная форма входа в малый таз, уменьшенный размер входа в малый таз, хорошо выраженная крестцовая впадина.

Помимо перечисленных основных форм таза Колдуэлл и Молой выделяют 14 смешанных форм.

Классификация по форме

А) Нормальный таз

Б) Поперечносуженный таз

Плоские

В) Простой плоский таз

Г) Плоскоррахитический таз

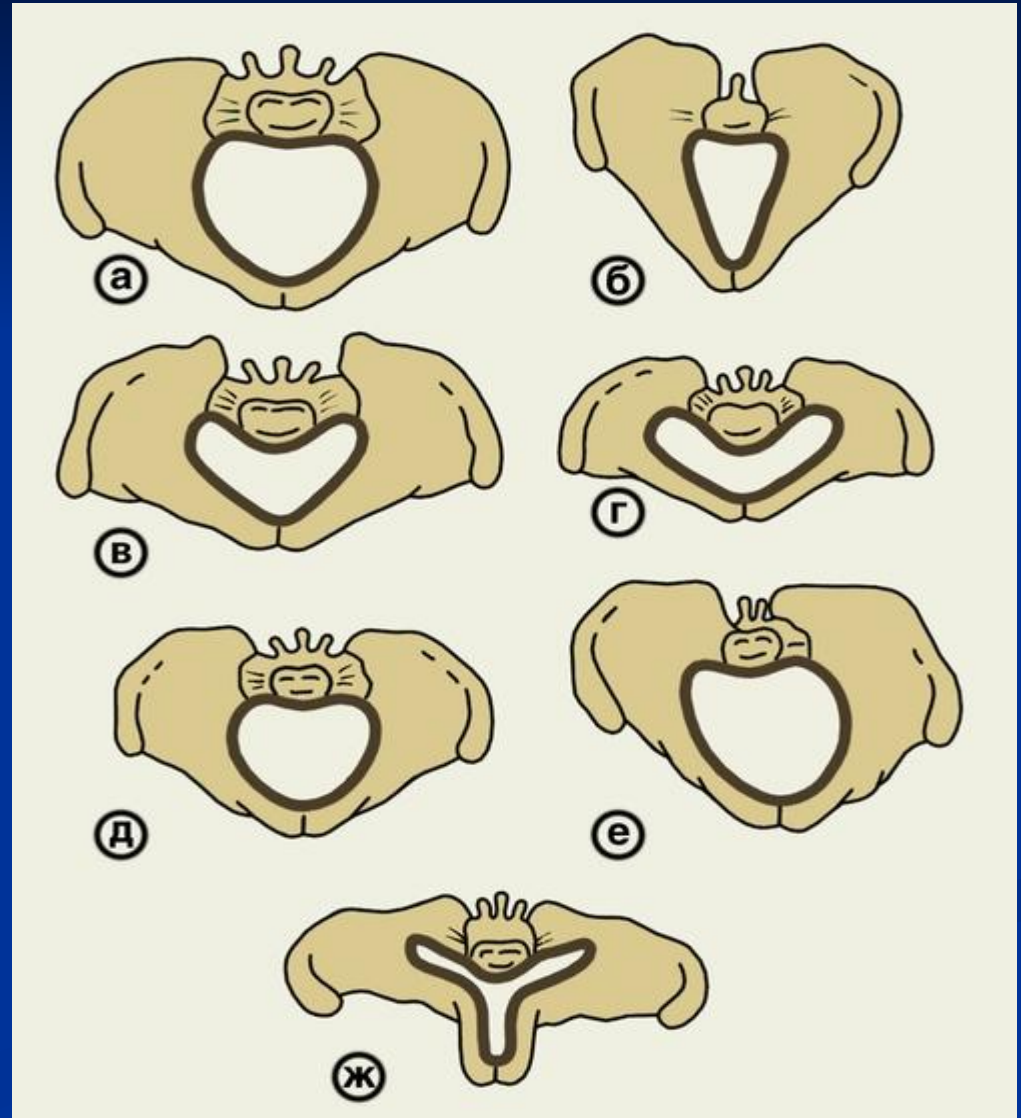
Д) Общеравномерносуженный таз

Редкие формы

Е) Кососуженный

Ж) Остеомалятический

И другие формы (ассимиляционный, кифотический, спондилолистетический, таз с экзостозами и костными опухолями, воронкообразный)



- Поперечносуженный таз характеризуется уменьшением поперечных размеров малого таза на 0,6—1 см и более при нормальном или увеличенном размере истинной конъюгаты. Форма входа в малый таз круглая или продольно-овальная. Нередко наблюдается уплощение крестца или уменьшение межкостного размера.
- Таз с уменьшением прямого размера широкой части полости малого таза (менее 12,5 см) отличается уплощением крестца, вплоть до исчезновения его кривизны, отсутствием разницы между прямыми размерами входа в малый таз, широкой и узкой части его полости.
- Признаками простого плоского таза являются уплощение крестца, уменьшение всех прямых размеров таза, увеличение межкостного и межтуберозного размеров, поперечно-овальная форма входа в таз.
- Для плоскоррахитического таза характерны плоский крестец, уменьшенная истинная конъюгата и увеличенные остальные прямые размеры таза, поперечно-овальная форма входа в таз, тупой подлобковый угол.
- Общеравномерносуженным) называют таз, в котором все размеры (прямые, поперечные и косые) уменьшены на 1—2 см и более.
- К редким формам анатомически V. т. относят кососуженный, ассимиляционный, кифотический, спондилолистетический, таз с экзостозами и костными опухолями, воронкообразный, остеомалатический и др. Кососуженный таз характеризуется асимметрией за счет вдавления в полость таза одной из подвздошных костей. Таковую форму таз приобретает вследствие одностороннего длительного (с раннего детства) давления на подвздошную кость (например, при укорочении одной ноги, сколиозе, коксите). Ассимиляционный таз отличается удлинением крестца за счет его срастания с V поясничным позвонком, уменьшением прямых размеров. Кифотический таз формируется при кифозе нижнего отдела позвоночника (чаще вследствие туберкулезного спондилита) и характеризуется смещением верхней части крестца кзади, увеличенной истинной конъюгатой, уменьшенным поперечным размером выхода таза, продольно-овальной формой входа в малый таз, острым подлобковым углом, воронкообразным сужением полости таза к выходу. Спондилолистетический таз образуется в результате соскальзывания тела V поясничного позвонка с основания крестца.
- Остеомалатический таз образуется при размягчении костей таза в результате нарушения обмена кальция, фосфора и недостатка витаминов; для этой формы таза характерны клювовидная форма лобкового симфиза, сближение седалищных бугров, низкое стояние мыса крестца, уменьшение всех размеров таза.

Классификация по степени сужения таза

I - истинная конъюгата меньше 11 см и больше 9 см

II - истинная конъюгата меньше 9 см и больше 7,5 см

III - истинная конъюгата меньше 7,5 см и больше 6,5 см

IV - истинная конъюгата меньше 6,5 см

Диагностика анатомически узкого таза



Диагностика анатомически узкого таза осуществляется на основании данных общего и акушерского обследования, включающего рентгенологическое и ультразвуковое исследование таза. Сужение таза можно заподозрить при указаниях на перенесенные рахит, туберкулезный спондилит, травмы костей таза, а также на осложненное течение и неблагоприятный исход предшествующих родов, оперативное родоразрешение, мертворождение, черепно-мозговую травму новорожденного. О сужении таза могут косвенно свидетельствовать низкий рост женщины (менее 145 см), нарушение телосложения (укорочение ноги, деформации позвоночника и др.), неправильное положение (поперечное, косое) или предлежание плода.

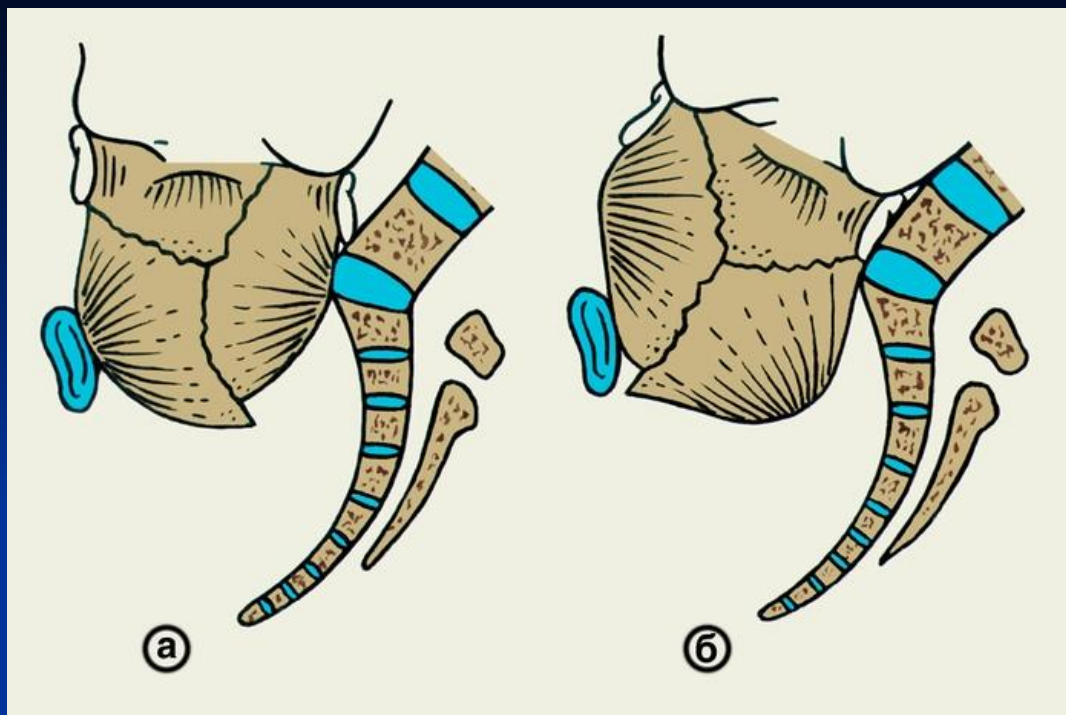
Определенное значение в диагностике анатомически узкого таза имеет наружное измерение таза. В норме межкостный размер (*distantia spinarum*) равен 25—26 см, расстояние между наиболее отдаленными точками подвздошных гребней (*distantia cristarum*) — 28—29 см, межвертельный размер (*distantia trochanterica*) — 30—31 см, наружная конъюгата — 20—21 см. Прямой зависимости между этими размерами и истинными размерами малого таза не выявлено. Большинство авторов считает таз узким при величине наружной конъюгаты 18,5—18 см и менее. Узкий таз с уменьшением прямого размера широкой части полости малого таза диагностируют, если величина лобково-крестцового размера (от середины лобкового симфиза до места сочленения II и III крестцовых позвонков) менее 20,5 см. Для суждения о размерах и форме таза измеряют также прямой и поперечный размеры выхода таза, исследуют лобковую дугу, пояснично-крестцовый ромб; при влагалищном исследовании определяют диагональную конъюгату, пальпируют крестцовую впадину, седалищные ости и бугры, выявляют экзостозы и деформации малого таза. С помощью ультразвукового исследования можно определить истинную конъюгату, размеры головки плода, но получить полное представление о размерах таза не представляется возможным. Наиболее информативна для диагностики узкого таза рентгеновская пельвиметрия.

Осложнения беременности и родов у женщин с анатомически узким тазом

- Угроза прерывания беременности
- Тазовые предлежания плода, поперечные и косые положения плода
- Невставление головки плода во вход в малый таз в конце беременности
- Разрыв матки, повреждение лобкового симфиза и крестцово-подвздошных суставов, разрывы промежности
- Преждевременное излитие околоплодных вод
- Преждевременная отслойка плаценты
- Родовой травматизм
- Кровотечения в послеродовом периоде

Механизм родов при анатомически узком тазе

- Механизм родов при узком тазе определяется формой и степенью его сужения. Так, для родов при поперечносуженном тазе характерно асинклитическое вставление головки плода: головка вставляется во вход в малый таз передней теменной костью, стреловидный шов отклонен кзади — передний асинклитизм. Если затылок плода обращен к лобковому симфизу, головка плода не крупная, то при хорошей родовой деятельности головка, сильно сгибаясь и не делая внутреннего поворота, проходит через все плоскости таза и рождается. Если затылок плода обращен кзади и наблюдается высокое стояние головки (стреловидный шов расположен в прямом размере входа в малый таз), то примерно в 7% случаев появляются признаки клинического несоответствия размеров таза роженицы и головки плода. При незначительном уменьшении поперечных размеров таза механизм родов такой же, как при нормальном тазе.
- Для механизма родов при уменьшении прямого размера широкой части полости малого таза характерно вставление и продвижение головки плода стреловидным швом в поперечном размере малого таза. Внутренний поворот головки затылком кпереди совершается при переходе ее из широкой части полости таза в узкую. Роды в заднем виде (спинка плода обращена кзади) являются неблагоприятными; клиническое несоответствие размеров таза роженицы и головки плода наблюдается примерно в 6% случаев.
- При простом плоском тазе головка плода разгибается и вставляется стреловидным швом в поперечный размер входа в малый таз. При этом стреловидный шов смещается кзади или, реже, кпереди — соответственно передний или задний асинклитизм. Иногда внутренний поворот головки не происходит и стреловидный шов опустившейся в выход таза головки располагается в его поперечном размере (низкое поперечное стояние головки плода).
- При плоскорахитическом тазе особенностями механизма родов являются длительное высокое стояние головки плода стреловидным швом в поперечном размере входа в малый таз, небольшое разгибание головки во входе в малый таз, асинклитическое вставление (чаще передний, реже задний асинклитизм) и резкая конфигурация головки плода.
- При общеравномерносуженном тазе происходит сгибание головки плода во входе в малый таз и максимальное ее сгибание при переходе из широкой части полости малого таза в узкую. Далее механизм родов не отличается от обычного: внутренний поворот головки, затем ее разгибание; головка плода принимает выраженную долихоцефалическую форму.



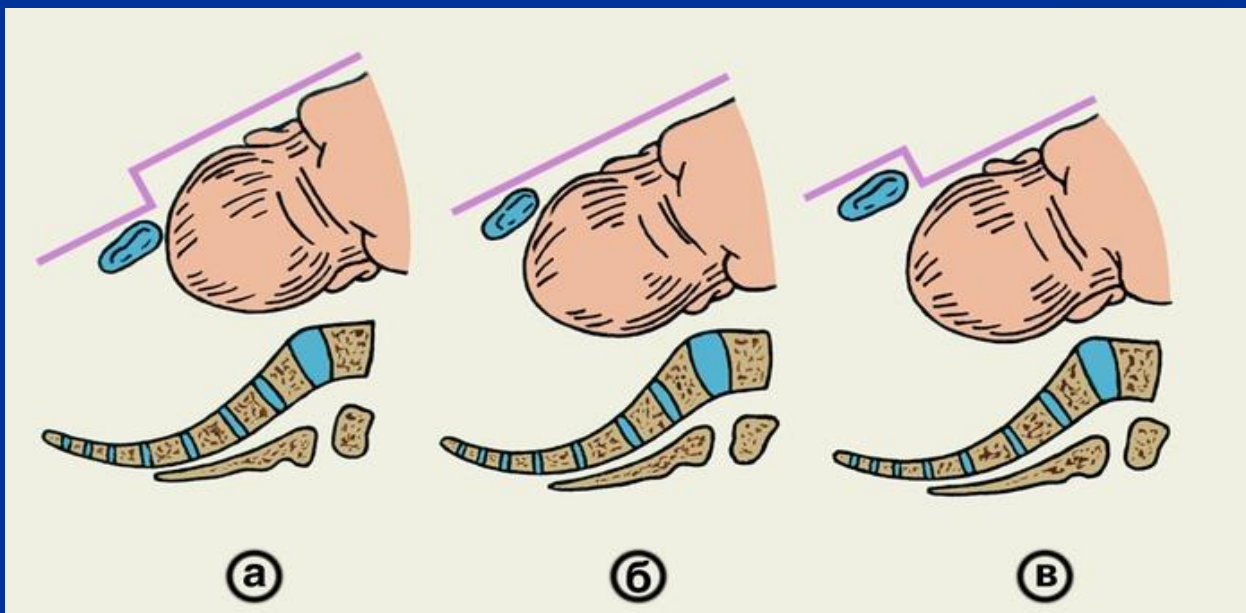
А) передний асинклизм

Б) задний асинклизм

Ведение родов / тактика врача

Течение родов при анатомически узком тазе зависит прежде всего от степени его сужения. При III и IV степени сужения таза, практически не встречающихся в настоящее время, роды через естественные родовые пути при живом доношенном плоде невозможны, поэтому показано плановое кесарево сечение. При I и II степени сужения таза и средних размерах плода роды можно вести через естественные родовые пути. При наличии крупного плода или других отягощающих факторов (например, перенашивание беременности, неправильное положение или тазовое предлежание плода, бесплодие или мертворождение в анамнезе, экстрагенитальные заболевания) проводится плановое Кесарево сечение.

При ведении родов через естественные родовые пути у женщин с I и II степенью сужения таза необходимы мониторинг за состоянием плода и сократительной деятельностью матки, функциональная оценка таза в процессе родов. Для определения соответствия размеров таза и головки плода наблюдают за ее положением и продвижением. При фиксированной во входе в малый таз головке плода определяют признак Вастена — Генкеля — расположение головки плода по отношению к лобковому симфизу. Ладонь исследующего располагается на лобковом симфизе и скользит вверх по брюшной стенке роженицы. Если передняя поверхность головки плода находится выше лобкового симфиза, ладонь исследующего, наталкиваясь на нее, отклоняется кпереди — признак Вастена — Генкеля положительный, т.е. имеется выраженное несоответствие размеров головки плода и таза роженицы, роды через естественные родовые пути самостоятельно закончиться не могут. В случае незначительного несоответствия этих размеров направление движения ладони исследующего при переходе на головку плода не меняется — признак Вастена — Генкеля «вровень»; роды в этом случае возможны при хорошей родовой деятельности и достаточной конфигурации головки плода. Если ладонь исследующего при описанном движении опускается — признак Вастена — Генкеля отрицательный, т.е. размеры головки плода соответствуют размерам таза роженицы, роды при этом заканчиваются самостоятельно.



Спасибо за внимание