# Московский Государственный Медико-Стоматологический Университет

Кафедра Акушерства и Гинекологии л/ф

*Заведующий кафедрой,*

*доктор медицинских наук,*

*профессор Манухин Игорь Борисович*

***Тема: Анатомически и клинически узкий таз.***

*Студентки*

*Преподаватель:*

*кандидат медицинских наук,*

*ассистент Кокая Инга Юрьевна*

## Москва 2006

Различают анатомически и клинически (функционально) узкий таз (УТ). К *анатомически узкому* тазу относят таз, в котором один или несколько размеров уменьшены на 1,5-2 см и более. Основным показателем сужения таза принято считать размер истинной конъюгаты, при её величине менее 11 см таз считается узким. *Клинически (функционально) узким* является таз, при котором выявляется несоответствие между размерами плода и таза роженицы независимо от размеров последнего.

Причины формирования узкого таза разнообразны. В детском возрасте основными из них является недостаточное питание, рахиты, полиомиелит и др. К деформациям таза приводит туберкулез костей, травмы таза, позвоночника, нижних конечностей. Важную роль в формировании таза в периоде полового созревания играют эстрогены и андрогены, при нарушении их соотношения формируются неправильные формы таза.

Нельзя не учитывать и факторы акселерации, приводящие к бурному росту тела в длину, при котором увеличение поперечных размеров происходит замедленно и может быть одним из факторов формирования поперечносуженного таза.

Значительные психоэмоциональные нагрузки, стрессовые ситуации, довольно частые в современных условиях и в молодом возрасте, усиленные занятия спортом (спортивная гимнастика, фигурное катание с раннего возраста и др.) вызывают компенсаторную гиперфункцию организма, что в конечном итоге, приводит к формированию поперечносуженного таза.

Частота узкого таза, по мнению различных авторов не одинакова и составляет 5,8-6,3 % (В.А.Покровский, 1964), 3,6 % (Раиса Ивановна Калганова, 1965), 1,04-7,7 % (Е.А.Чернуха, 1991), такие колебания автор объясняет отсутствием единой классификации УТ и разными диагностическими возможностями.

Формы узкого таза многочисленны и разнообразны. Классификация УТ, которая отвечала бы требованиям научного и практического акушерства, до сих пор нет. Большинство авторов считают целесообразным пользоваться классификацией А.Я.Крассовского, основанной на оценке формы плоскости входа в малый таз (равномерно - и неравномерно-суженные) и степени сужения таза.

**КЛАССИФИКАЦИЯ** *(анатомически узкого таза)***:**

В настоящее время в нашей стране принята классификация УТ на часто и редко встречающиеся формы.

**А. Часто встречающиеся формы:**

1. Поперечносуженный таз;

2. Плоский таз:

- простой плоский;

- плоскорахитический;

- таз с уменьшением прямого размера широкой части полости.

3. Общеравномерносуженный таз.

**Б. Редко встречающиеся формы:**

1. Кососуженный и кососмещенный таз;

2. Таз, суженный экзостозами, костными опухолями, вследствие переломов таза со смещением;

3. Другие формы таза.

Если говорить о частоте тех или иных форм УТ, то за последние 100 лет прослеживается закономерность в превалировании тех или иных форм анатомически УТ.

Так, до 1900 года превалирующим был *плоский таз*,

в 1900-1950 гг. - *общеравномерносуженный таз*,

по данным Всесоюзного Центра охраны здоровья матери и ребенка Минздрава СССР, опубликованным в 1984 г. самым частым в 70-80 г. являлся *поперечносуженный таз* (53,38 %), общеравномерносуженный таз - 25,03 %, плоский - 9,98 %, другие формы таза - 11,13 %.

Е.А.Чернуха в 1991 г. опубликовал несколько иные данные ВНИЦ РСФСР:

- частота поперечносуженного таза - 45,2 %,

- частота таза с уменьшенным прямым размером широкой части полости таза - 21, 8 %,

- частота простого плоского таза - 13,6 %,

- частота общеравномерносуженного таза - 8,3 %,

- другие формы - 10,9 %.

Новый этап в изучении особенностей строения костного таза начался с развитием рентгенопельвиометрии. Рентгенологический метод исследования позволяет определить прямые и поперечные размеры таза в различных его плоскостях, форму лонной дуги, ширину симфиза, экзостозы, деформации таза, размеры предлежащей головки. Метод имеет своих сторонников и противников, ссылающихся на повреждающее влияние лучевой нагрузки на плод. Имеющаяся в настоящее время рентгеновская аппаратура (цифровая рентгеновская установка с электронно-вычислительной приставкой) позволяет в 20 раз снизить лучевую нагрузку при рентгенопельвиометрии.

За рубежом принята рентгеноморфологическая классификация женских тазов (классификация Caldwell-Moloy 1933 г.):

**Гинекоидный (женский):**

**-** форма входа в малый таз круглая или поперечно-овальная;

- хорошо закруглены передний и задний сегменты таза;

Плоскость, проходящая через наибольший поперечный размер плоскости входа и задний край седалищных остей делит таз на передний и задний сегменты.

- большая седалищная выемка среднего размера;

- боковые стенки таза прямые;

- широкий межостный размер;

- широкий межтуберозный размер;

**-** средний наклон и кривизна крестца;

- широкая лонная дуга (пальпация задней поверхности лонного сочленения)

**Андроидный (мужской):**

**-** форма плоскости входа в малый таз приближается к треугольной (напоминает сердце),

- лонный угол узкий,

- узкий передний сегмент,

- седалищная выемка узкая,

- сходящиеся стенки таза,

- короткие межостные и туберозные диаметры,

- узкая лонная дуга,

- малая кривизна крестца.

**Антропоидный (присущий приматам):**

- форма плоскости входа в малый таз - продольно-овальная,

- длинные узкие сегменты таза,

- прямые размеры таза увеличены,

- поперечные размеры таза уменьшены,

- стенки таза прямые,

- средний наклон и средняя кривизна крестца,

- лонная дуга несколько снижена,

- лонный угол прямой.

**Платипеллоидный (плоский):**

**-** форма входа в малый таз - поперечно-овальная,

- широкий, хорошо закругленный передний сегмент,

- широкий плоский задний сегмент,

- большая седалищная вырезка узкая,

- прямые стенки таза,

- длинные поперечные размеры,

- укороченные прямые размеры,

- средний наклон и кривизна крестца.

В классификации анатомически узких тазов имеет значение не только особенности строения, но и степень сужения таза, основанная на размерах истинной конъюгаты (истинная конъюгата определяется на основании измерений диагональной и наружной конъюгат путем вычисления: из диагональной вычитается 1,5-2 см, а из наружной - 9 см). При этом принято различать четыре степени сужения таза:

I – 11 - 9 см;

II – 7,5 - 9 см;

III – 7,5 - 6,5 см;

IV – 6,5 см и менее.

Для определения степени сужения поперечносуженного таза используется не размер истинной конъюгаты, так как его знаение может не претерпевать изменений, а значение поперечного диаметра входа в таз. Исходя из этого выделяют 3 степени сужения поперечносуженного таза:

I – 12,4 - 11,5 см;

II – 11,4 – 10,5 см;

III – 10,5 см и менее.

В процессе развития учения об узком тазе постепенно возникли два различных понятия - анатомически узкий таз и клинически узкий таз.

Четкую характеристику этих двух понятий дал Б.А.Архангельский (1933):

«узкий таз» - анатомические размеры которого уменьшены на 1,5-2 см;

«клинически узкий таз» - означает несоответствие между головкой плода и тазом женщины, независимо от размеров последнего.

М.С.Малиновский (1955) считал, что клинически УТ с тяжелой степенью несоответствия встречается в 3-5% всех родов. Причем, при анатомически УТ несоответствие имеет место у 25-27% женщин, при нормальном строении таза - 0,3%.

Чаще всего несоответствие выявляется при деформированных тазах - у 100% женщин.

- на II месте - плоскорахитический таз - у 65%;

- при поперечносуженном тазе - у 48,5%;

- при общеравномерносуженном тазе - у 12,5%.

По данным Е.А.Чернухи (1991) клинически УТ встречается в 0,5-1,7% случаев по отношению ко всем родам.

**ДИАГНОСТИКА.**

Обычно диагностика узкого таза не представляет трудностей.

1. Анамнез:

Следует выяснить течение раннего детства, когда появились зубы, когда стала сидеть, ходить. Нередко женщина знает, что перенесла в детстве рахит. Большое значение имеет указание на перенесенный в детстве костно-суставной туберкулез, травмы таза и позвоночника.

Значение имеет выяснение характера менструальной функции, ибо нередки сочетания узкого таза с признаками инфантилизма.

Значение анамнеза возрастает у повторнородящих - длительность предыдущих родов, их характер, масса тела новорожденных и их состояние при рождении, после родов, оперативные вмешательства.

2. После этого врач переходит к объективному обследованию.

При наружном исследовании обращают внимание на рост женщины (150 см и менее), искривление позвоночника (кифоз, сколиоз, лордоз), укорочение нижних конечностей, неподвижность суставов, особенно тазобедренного, размер стопы, форму крестцового ромба (ромба Михаэлиса), наличие остроконечного живота у первородящих и отвислого – у повторнородящих.

Проводят наружную пельвиометрию, измерение поясничного ромба, боковой конъюгаты (от передней верхней ости до задней верхней ости подвздошной кости одной стороны), прямого и поперечного размеров выхода таза и др.

Существующие методы наружного и внутреннего измерения таза не всегда позволяют выявить форму и степень сужения. Установлена корреляционная зависимость между поперечным диаметром крестцового ромба и наибольшим поперечным диаметром входа в малый таз, между диагональной и истинной конъюгатой, между поперечным размером выхода таза и поперечным размером входа в таз.

Важную информация можно получить при влагалищном исследовании путем определения величины диагональной конъюгаты, особенностей лонной дуги, седалищных остей и др.

Ультразвуковое исследование - при диагностике узкого таза мало информативно, ибо позволяет выяснить только размеры плоскости входа в малый таз и размеры плода.

Самым информативным является рентгенопельвиометрия. Показаниями к рентгенопельвиометрии являются выраженное сужение наружным размеров таза, неблагоприятный исход предыдущих родов (травма или гибель плода), патологические изменения таза и нижних конечностей (кифоз, сколиоз и т.д.), тазовое предлежание плода, крупный, гигантский плод, подозрение на несоответствие между размерами таза матери и головки плода и др. Рентгенопельвиометрию следует проводить при сроке беременности 38 нед. и более. Определяют все размеры малого таза в плоскости входа, в широкой и узкой части полости и выхода таза, форму крестца, лонный угол, размеры головки.

Появились исследования по прогнозированию родов при узком тазе. Ю.Г.Матвеева - если разница в росте и высоте стояния дна матки менее 100 см - прогноз плохой.

Индекс таза: D.sp. (25-26 см) + D.cr. (28-29 см) + D.tr. (31-32 см) + C.ext. (20-21 см)

В норме = 107, если менее 100 – узкий таз.

УТ диагностировать не трудно, труднее определить его форму.

**ОСОБЕННОСТИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ УЗКОГО ТАЗА**

**Общеравномерносуженный таз** характеризуется уменьшением всех размеров таза на 1,5-2 см и более. Приданном типе узкого таза крестцовая впадина выражена, входа в таз имеет овальную форму, мыс достигается, лонный узел уменьшен.

Общеравномерносуженный таз встречается у женщин маленького роста - 150 см и меньше, пропорционально сложенных.

Инфантильный таз встречается у женщин при морфологических и функциональных признаках инфантилизма. Наряду с укорочением всех размеров, таз сохраняет признаки, присущие детскому возрасту: крестец узок, мало изогнут, мыс стоит высоко, лонный угол тупой.

О перенесенном рахите и инфантилизме свидетельствует анамнез: позднее прорезывание зубов, инфекционные болезни, перенесенные в детском возрасте и в период полового созревания, если девочка стала поздно ходить, недоразвитие вторичных половых признаков.

**Особенности биомеханизма родов:**

Первый момент биомеханизма родов у женщин отмечается долгое стояние головки плода во входе в таз малым сегментом.

Сгибание головки во входе в таз - малый родничок располагается на осевой линии таза.

Затем происходит max сгибание головки плода при переходе из широкой части полости таза в узкую.

Во II периоде родов в связи с более острым лонным углом соприкосновения головки плода с нижним краем лонного сочленения не происходит, поэтому промежность max растягивается, что приводит часто к травматизации мышц промежности.

Изменение головки: родившаяся головка имеет резко выраженную долихоцефалическую форму вследствие конфигурации, родовой опухоли и клиновидного вставления ее в малый таз.

**Плоскорахитического таза**, признаки:

- уменьшение прямого размера входа в таз (истинная конъюгата)

- деформация всех костей таза и особенно крестца (лонная дуга широкая, крестец уплощён, иногда определяется ложный мыс);

- изменение формы входа в малый таз;

- значительное преобладание поперечного размера (вид «почки», «карточного сердца»);

- относительное увеличение выхода таза;

- крылья подвздошных костей развёрнуты и D.spinarum и D.cristarum обычно равны.

**Особенности биомеханизма родов:**

- Вставление головки стреловидным швом в поперечном размере;

- Длительное стояние головки;

- Небольшое разгибание головки;

- Боковое склонение головки;

- Резкая конфигурация головки.

Переднее асинклитическое вставление головки - при этом задняя теменная кость упирается в выступающий кпереди мыс и задерживается, а передняя теменная кость постепенно опускается в полость таза. В таком положении сагиттальный шов находится ближе к мысу.

Самостоятельные роды возможны при переднем асинклитическом вставлении.

Заднее асинклитическое вставление головки - первой вставляется задняя теменная кость, а передняя задерживается над лобком. Стреловидный шов приближается к симфизу или находится рядом с ним.

Степени асинклитизма:

I - Стреловидный шов отклоняется не более, чем на 2 см.

II - Стреловидный шов отклоняется более, чем на 2 см, но не доходит до лона или мыса.

III- Стреловидный шов доходит или заходит за лон или мыс (может пальпироваться ушко - ушное предлежание).

Физиологический - передний асинклитизм (Негелевский)

Патологический - задний асинклитизм (Литцмана).

**Простой плоский таз** – характеризуется уменьшением всех прямых размеров, кривизна крестца средняя, лонная дуга широкая, обычно увеличен поперечный диаметр выхода таза. У женщин с простым плоским тазом телосложение правильное.

**Особенности биомеханизма родов:**

- Головка плода вступает во вход таза так же, как и при плоскорахитическом тазе.

- Длительное высокое стояние головки сагиттальным швом в поперечном размере таза;

- Небольшое разгибание головки;

- В дальнейшем она опускается в полость таза и рождается по типу затылочного предлежания;

- Нередко бывает низкое поперечное стояние головки (внутреннего поворота головки не происходит, головка плода доходит до выхода таза со стреловидным швом, стоящим в поперечном размере).

**Поперечносуженный таз** - уменьшены поперечные размеры на 0,5-1,0 см и более при нормальном или увеличенном размере истинной конъюгаты.

- малая развернутость крыльев подвздошной кости;

- поперечный размер крестцового ромба уменьшен (менее 10 см);

- поперечный размер выхода уменьшен (менее 10,5 см);

- узкая лонная дуга;

- острый лонный угол;

- сближение седалищных остей при влагалищном исследовании.

Форма входа малого таза круглая или продольно овальная. Нередко наблюдается уплощение крестца. Этот таз напоминает мужской, часто наблюдается у женщин с гиперандрогенией.

Окончательный диагноз поперечносуженного таза можно установить только при рентгенопельвиометрическом исследовании.

**Особенности биомеханизма родов.** Головка вставляется стреловидным швом либо в косом, либо в прямом размере (высокое прямое стояние). Если затылок обращен к симфизу, головка сильно сгибается, проходит через все плоскости таза без ротации и рождается, как при переднем виде затылочного предлежания. Если затылок обращен кзади, поворот головки на 180о может произойти в полости таза и роды закончатся самостоятельно. При значительных размерах головки поворот может не совершиться, возникнет клиническое несоответствие и роды можно закончить лишь кесаревым сечением. Клиническое несоответствие наблюдается у 20% женщин с поперечносуженным тазом.

При тазе **с уменьшением прямого размера широкой части** полости таза:

- высокий рост женщины;

- высота крестца увеличена;

- крестец уплощен, уменьшен прямой размер широкой части полости таза;

- острый лонный угол;

- высокое лонное сочленение;

- отсутствие различий между прямым размером входа, широкой и узкой части полости.

Наиболее информативным для диагностики этой формы таза является, предложенный Е.Д.Чернухой, лонно-крестцовый размер - расстояние от середины симфиза до места сочленения II и III крестцовых позвонков. Норма - 21,8 см. Величина менее 20,5 см - свидетельствует о наличии узкого таза, а значения менее 19,3 см - позволяют заподозрить выраженное уменьшение прямого размера широкой части полости (менее 12,5 см).

**Особенности биомеханизма родов.** Головка чаще вставляется стреловидным швом в одном из косых размеров. Отмечается длительное стояние головки в широкой части полости таза, затруднена её ротация. При значительных размерах головки может наблюдаться клиническое несоответствие.

**Прогнозировать исход родов** у беременных с узким тазом можно. Важно знать не только размеры таза, но также и величину плода (размер его головки, массу).

**Ведение родов при сужении таза:**

**I** ст. - роды совершаются силами природы;

**II** ст. - в интересах плода часто вопрос решается в пользу кесарева сечения.

**III-IV** ст. - роды через естественные родовые пути живым плодом невозможны (кесарево сечение).

Функциональная неполноценность таза выявляется еще до родов при **III-IV** степени сужения таза.

Относительным показанием к кесареву сечению является **III** степень сужения таза, т.к. плод можно извлечь через естественные родовые пути плодоразрушающей операцией.

Абсолютным показанием к кесареву сечению является **IV** степень сужения таза.

**Клинически узкий таз**

**Клинически узкий таз** – формируется во время родов вследствие несоответствия размеров таза матери и головки плода.

Диагностика клинически узкого таза: о клинически узком тазе можно думать, если при полном раскрытии шейки матки, отсутствии околоплодного пузыря, хорошей родовой деятельности нет продвижения головки плода в течение 1-1,5 часов.

Причины клинически УТ:

1. Р.И.Калганова, разобрав 300 историй с клинически УТ, выяснила, что у 234 из них имелось анатомическое сужение таза;

2. Большие размеры головки плода (гидроцефалия, крупный плод), переношенная беременность, и как следствие чрезмерная плотность костей головки плода;

3. Неблагоприятные вставления головки плода при анатомически суженном тазе и нормальных его размерах;

4. Лобное вставление головки плода;

5. Заднетеменное вставление (Литцмановское, задний асинклитизм);

6. Другие причины (экзостозы, миоматозные узлы, стенозы влагалища).

Данная патология нередко просматривается. Частота клинически узкого таза по данным по данным Е.А.Чернухи (1991) - 0,5 - 1,7 %.

О соответствии размеров таза и головки плода можно судить по признакам Цангемейстера и Вастена.

**Признак Цангемейстера (w. Zangemeister):**

Цангейместер предложил определять наличие и степень возвышения передней поверхности головки под симфизом путем измерения тазомером в положении роженицы на боку. Вначале измеряют наружную конъюгату, затем переднюю пуговку тазомера перемещают с симфиза на выдающуюся часть передней поверхности головки.

При клиническом соответствии головки и таза (по Цангемейстеру) наружная конъюгата будет на 3-4 см длиннее, чем размер от головки до надкрестцовой ямки.

**Признак Вастена** определяется при определенных условиях:

- при отхождении вод;

- при фиксации головки во вход в малый таз;

- при полном раскрытии шейки матки;

- при хорошей родовой деятельности.

Метод определения признака Вастена:

Ладонь исследующего располагается на поверхности симфиза и скользит кверху на область предлежащей головки.

*Отрицательный признак Вастена* бывает при полном соответствии между размерами таза и головки плода - передняя поверхность головки находится ниже плоскости симфиза.

Прогноз родов: роды обычно заканчиваются самопроизвольно.

*Признак Вастена «вровень» (сомнительный, слабоположительный)* - передняя поверхность головки находится на одном уровне с симфизом.

Прогноз родов может быть двояким:

- если родовая деятельность энергичная и головка хорошо конфигурирует, то роды обычно заканчиваются самопроизвольно;

- при слабой родовой деятельности, крупной головке роды обычно заканчиваются оперативными вмешательствами.

*Положительный признак Вастена* - показание к оперативному вмешательству.

Роды при узком тазе могут пройти благополучно при условии:

- наличия хорошей родовой деятельности;

- средних размерах плода;

- правильном вставлении головки;

- хорошей конфигурации головки.

При отсутствии хотя бы 1-го из перечисленных условий роды могут принимать патологическое течение (возникает клинически узкий таз) даже при не резко выраженном его сужении.

При ведении родов у женщин с узким тазом следует всегда помнить, что чрезмерный консерватизм в родах может привести к тяжелым осложнениям и к вынужденной плодоразрушающей операции, поэтому важно не пропустить показаний и момента для кесарева сечения.

 Диагноз клинически узкого таза ставится во время родов при хорошей родовой деятельности, после отхождения околоплодных вод, при полном открытии шейки матки, при головке, прижатой ко входу в малый таз и при наличии симптомов несоответствия головки плода и входа в таз.

О наличии клинически узкого таза свидетельствуют:

- высокое расположение контракционного кольца;

- болезненность нижнего сегмента матки при пальпации;

- симптом прижатия мочевого пузыря - роженица не может самостоятельно мочиться;

- положительный признак Вастена, Цангемейстера;

- данные влагалищного исследования - полное раскрытие шейки, отечность ее краев, отсутствие плодного пузыря, большая родовая опухоль на головке плода, прижатой ко входу в таз.

Выделяют относительное и абсолютное клиническое несоответствие.

Для *относительного клинического несоответствия* характерны:

* особенности вставления головки и механизм родов, свойственные имеющейся форме сужения таза;
* умеренная конфигурация головки;
* замедленное поступательное движение головки при нормальной родовой деятельности;
* признак Вастена «вровень»;

Признаки *абсолютного клинического несоответствия*:

* беспокойное поведение роженицы;
* болезненность внизу живота во время схватки;
* преждевременное появление непроизвольных потуг;
* особенности вставления головки, присущие форме сужения таза;
* выраженная конфигурация и родовая опухоль на головке или отсутствие конфигурации при переношенной беременности;
* отсутствие поступательных движений головки при энергичной родовой деятельности и полном открытии шейки матки;
* симптомы прижатия мочевого пузыря(затруднённое мочеиспускание, примесь крови в моче);
* признаки Вастена и Цангемейстера положительные – головка нависает над входом в малый таз;
* при влагалищном исследовании и неполном открытии шейка матки во время схватки не натягивается на головку плода, иногда наблюдается отёк шейки матки;
* появление признаков гипоксии плода;
* симптомы угрозы разрыва.

Наличие 3-4-х из вышеуказанных признаков свидетельствует об абсолютном клиническом несоответствии между размерами таза матери и головки плода, что является абсолютным показанием к кесареву сечению.

**Особенности течения беременности и родов при узком тазе**

Особенности течения беременности при узком тазе:

I половина беременности при узком тазе протекает без осложнений. В конце беременности головка плода в узкий таз не вставляется. Дно матки стоит высоко, оттесняя вверх диафрагму, у беременных возникает одышка, увеличивается ЧСС, повышается утомляемость.

Осложнения во время беременности у женщин с анатомически узким тазом:

Могут возникнуть разгибательные предлежания, косое и поперечное положение плода, асинклитическое вставление, высокое прямое стояние головки плода, преждевременное излитие околоплодных вод.

Осложнения при узких тазах в I периоде родов:

- несвоевременное отхождение вод - 64,6 %;

- неправильная форма живота (остроконечный или отвислый), что препятствует правильному вставлению головки плода и неблагоприятно влияет на развитие сократительной деятельности матки (слабость родовой деятельности: первичная 18,2 % и вторичная - 19,4 %, бурная родовая деятельность - 17 %);

- неправильное положение плода и предлежание, которое бывает в 4 раза чаще, чем при нормальных родах;

- неблагоприятное расположение головки плода - 74,3 %;

- разрыв шейки матки;

- выпадение мелких частей плода и пуповины (4 %);

- эндометрит в родах.

- внутриутробная гипоксия плода;

Осложнения при узких тазах во II периоде родов:

- слабость родовой деятельности;

- появление преждевременных, безрезультатных потуг;

- эндометрит в родах;

- разрыв матки;

- разрыв лонного сочленения;

- асфиксия плода;

- образование мочеполового и кишечного свищей.

Осложнения при узких тазах в III периоде родов:

- гипотоническое и атоническое кровотечение.

Осложнения при узких тазах в послеродовом периоде:

- высокая частота послеродовых септических осложнений;

- симфизит;

- мочеполовые и кишечные свищи.

**Ведение беременных с узким тазом в ЖК:**

Все беременные женщины находятся на диспансерном учете в группе высокого риска. Своевременно выявляют и предупреждают осложнения, уточняют срок родов, госпитализируют за 2-3 недели до предполагаемых родов (для более детального обследования размеров таза и выработки плана ведения предстоящих родов), предупреждают возможность перенашивания, ГГВК-фон. План ведения родов очень детальный.

**Предусмотреть:**

1. Возможность плановой операции кесарева сечения.

2. Возможность начать роды через естественные родовые пути и пересмотреть план в родах.

3. Роды через естественные родовые пути.

При общеравномерносуженном тазе роженицу укладывают на сторону, в которую обращен затылок плода, при плоских - на противоположную.

К профилактическим мероприятиям осложнений при анатомически узком тазе относятся:

- своевременная оценка узкого таза в ЖК;

- госпитализация беременной за 2-3 недели до родов;

- профилактика перенашивания беременности;

- коррекция веса плода;

- досрочное прерывание беременности;

- своевременное выявление и лечение осложнений;

- постельный режим в I периоде родов при подвижной предлежащей части.

Профилактика узкого таза начинается с внутриутробного периода, направлена она на предупреждение тяжелых инфекционных заболеваний, рахита, туберкулеза, полиомиелита; профилактика травм таза.

Мероприятия:

1) Полноценное витаминизированное питание;

2) Занятия физ. культурой и спортом;

3) Соблюдение правил школьной гигиены (рац. питание, отдых, умеренные физические нагрузки, занятия, обеспечивающие формирование и укрепление костного таза);

4) Охрана труда женщины;

5) Гигиена воспитания