

Аномалии костного таза

Выполнила :

Студентка 5 курса

Группа 163А

Османова Земине

Преподаватель: Румянцева З.С.

Классификация

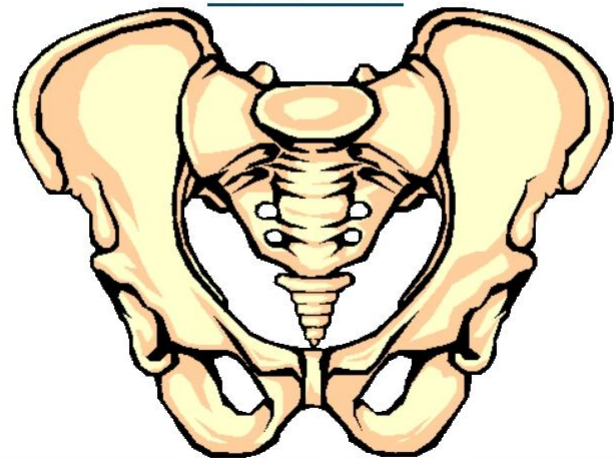
- Узкий таз-

в котором все или хотя бы один из наружных размеров уменьшен на 2 см и более

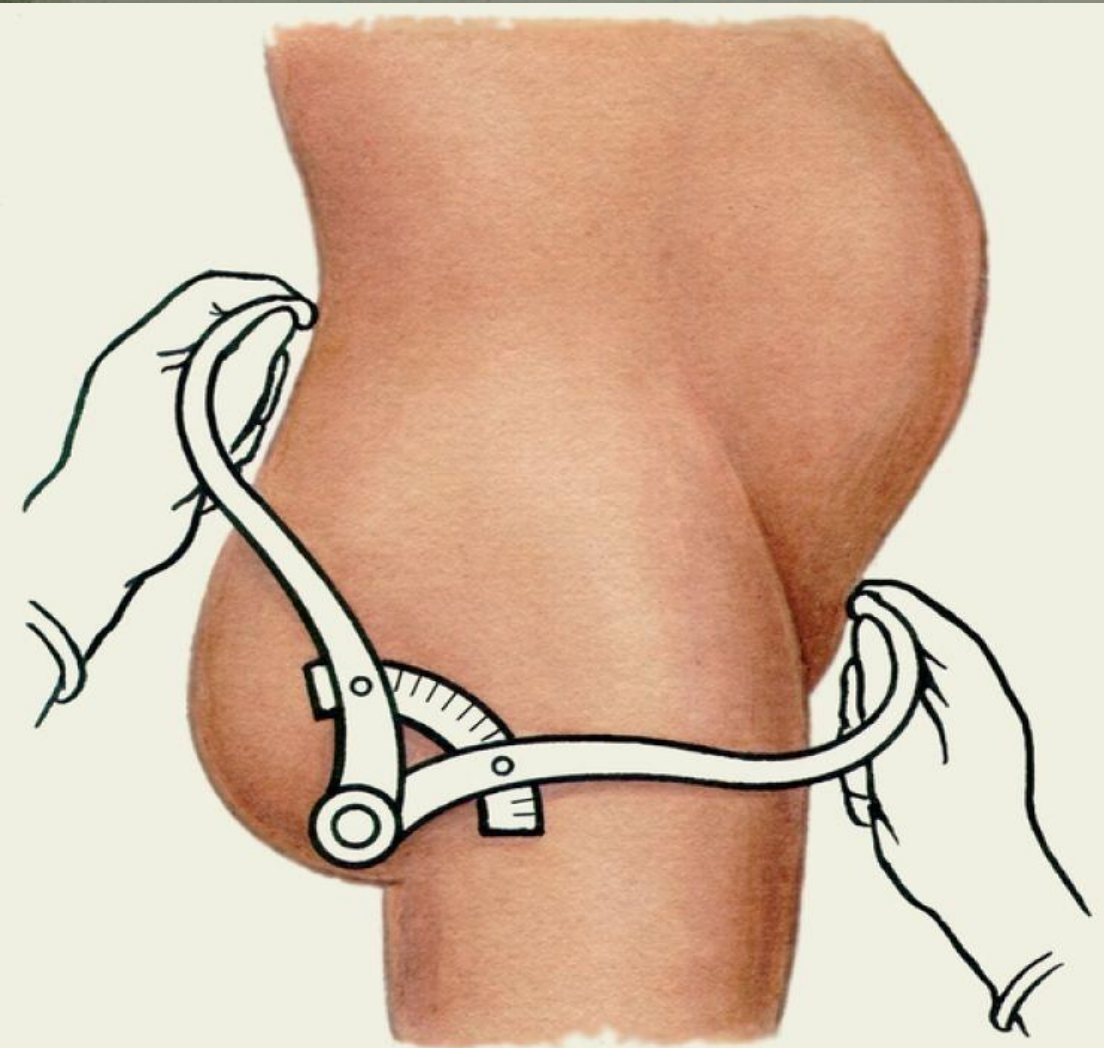
- Широкий таз

Размеры на 2 – 3 см больше

ТАЗ С АКУШЕРСКОЙ ТОЧКИ
ЗРЕНИЯ



В акушерстве существует два понятия об узком тазе:



- Анатомически узкий таз
- Клинически узкий таз

Определение

- **Анатомически узкий таз** — таз, у которого хотя бы один размер укорочен по сравнению с нормальным на 1,5-2 см.
- **Функционально узкий таз** (клинически узкий таз) — таз, препятствующий течению родов вследствие несоразмерности головки плода и таза рожениц, независимо от его размеров - крупный плод, разгибательные вставления

Факторы риска возникновения клинически узкого таза

- - анатомически узкий таз;
- - большой плод;
- - разгибательные предлежания головки плода;
- - переношенная беременность;
- - гидроцефалия у плода;
- - опухоли и изъяны развития плода;
- - опухоли и изъяны развития таза матери;
- - опухоли органов малого таза.

При наличии факторов риска возникновения клинически узкого таза особое внимание в родах уделяется ведению партограмм.

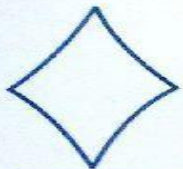
Условия диагностики клинически узкого таза

- - раскрытие шейки матки больше 8 см
- - отсутствие плодного пузыря
- - опорожненный мочевого пузырь
- - нормальная сократительная деятельность матки

Классификации

- по особенностям строения,
- по форме сужения,
- по степени сужения

Узкий таз



Форма поперечного ромба
общеравномерно суженном тазе



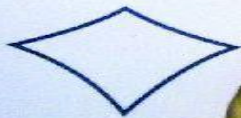
Общеравномерно суженный таз



Простой плоский таз



Форма поперечного ромба
при простом плоском тазе



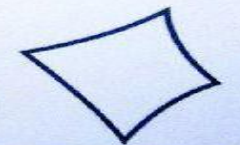
Форма поперечного ромба
плоскоррахитическом тазе



Плоскоррахитический таз



Кососуженный таз

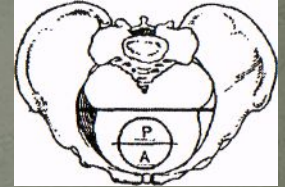


Форма поперечного ромба
при кососуженном тазе

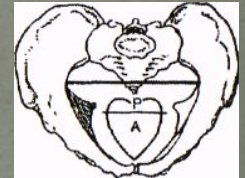
Классификация Caldwell-Moloy (1933)

Рентгенологическая, учитывающая особенности строения таза:

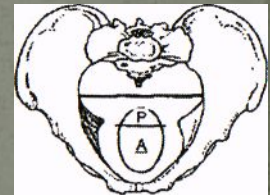
- **Гинекоидный тип** (55% всех тазов) соответствует нормальному женскому тазу.



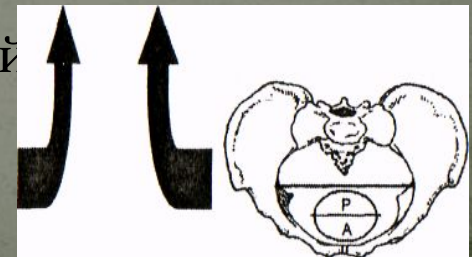
- **Андроидный тип** (20% всех тазов) - мужской таз. Отмечается клиновидная форма входа, узкий лонный угол, крестец недостаточно изогнут, отклонен кпереди. Таз воронкообразно сужается книзу.



- **Антропоидный тип** (20-22% всех тазов) напоминает таз человекообразных обезьян. Форма полости удлинено-овальная, крестец узкий и длинный, лонная дуга узкая.



- **Платипеллоидный тип** напоминает простой плоский таз (3% всех тазов). Форма входа в таз поперечно-овальная, наклон крестца средний, лонная дуга широкая.



Классификация анатомически узкого таза

I. По форме сужения

Часто встречающиеся формы:

1. Поперечносуженный

2. Плоский

1) *Простой плоский*

2) *Плоскоррахитический*

3) *Таз с уменьшением прямого диаметра широкой части полости*

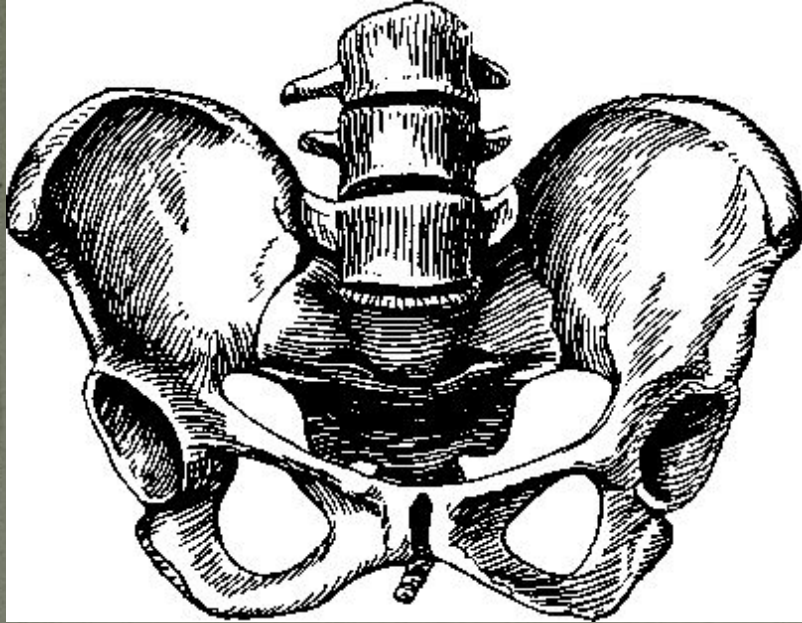
3. Общеравномерносуженный

Классификация по форме сужения

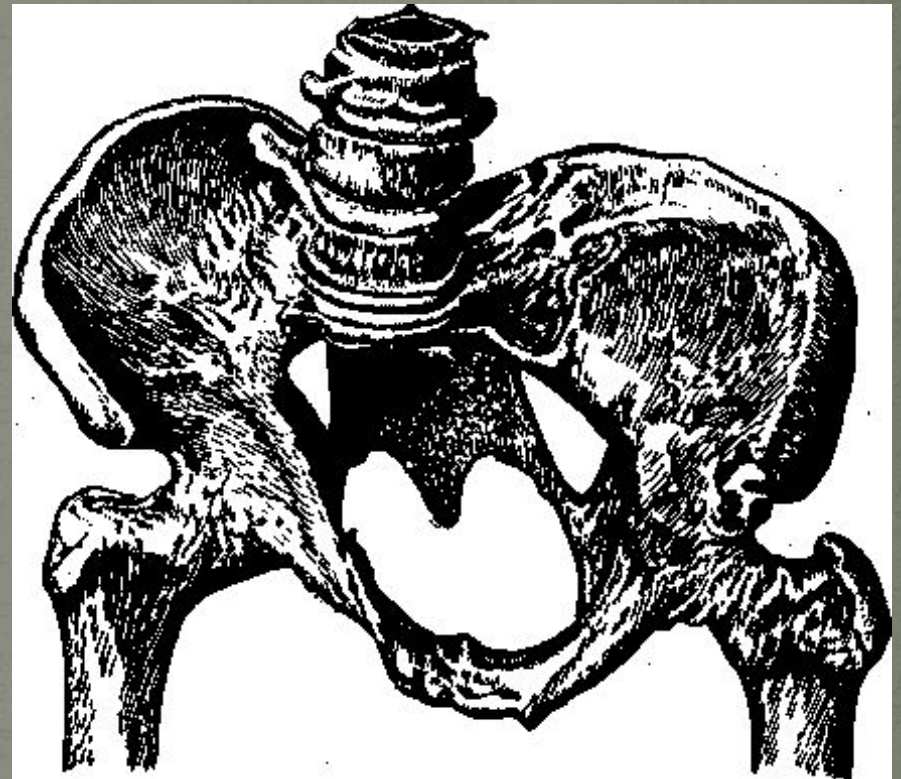
II. Редко встречающиеся формы:

- (4) *Кифотический таз* — кифоз позвоночника с увеличением истинной конъюгаты, уменьшением поперечного размера выхода таза, лобковый угол острый, полость таза воронкообразная.
- (5) *Спондилолистический таз* — анатомически узкий таз с уменьшенным прямым размером входа из-за соскальзывания пятого поясничного позвонка с основания крестца.
- (6) *Остеомалятический таз* — таз, деформированный в результате остеомаляции

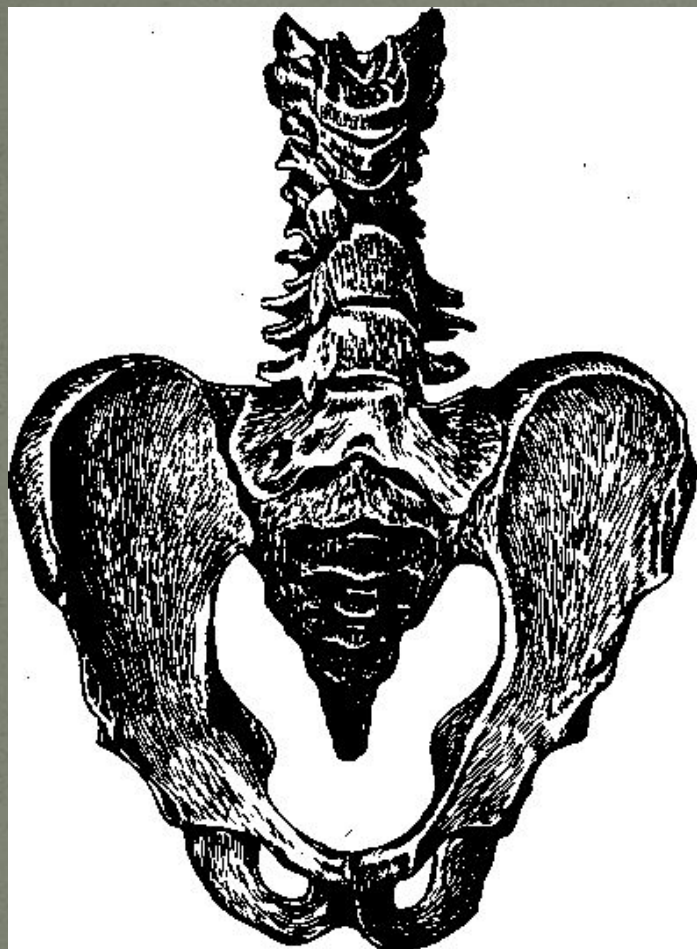
Редко встречающиеся формы



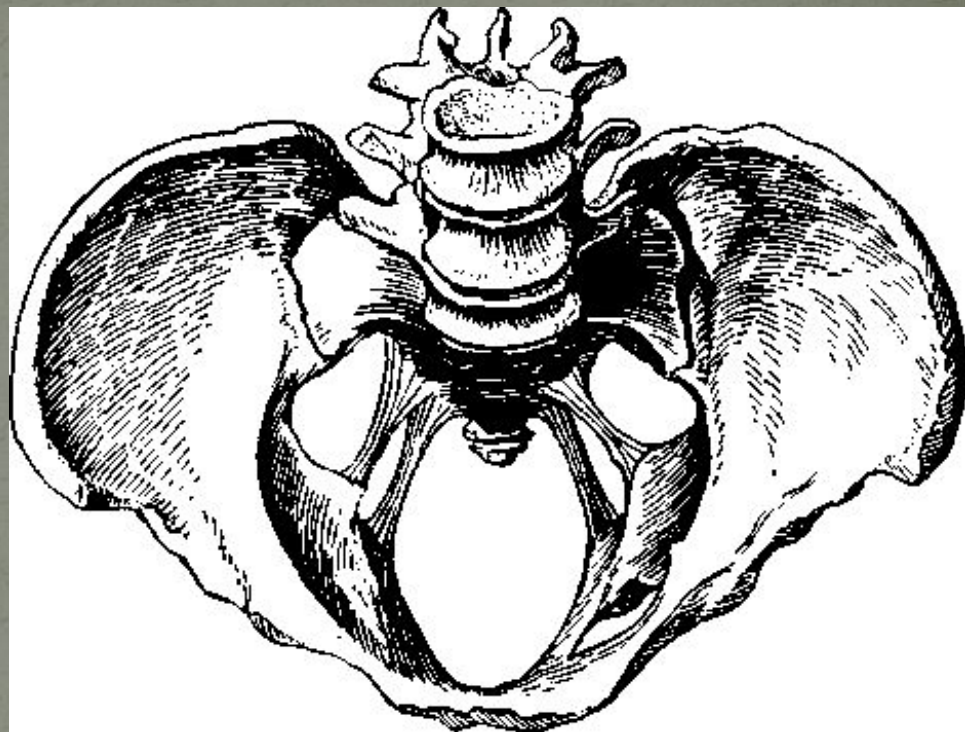
Хондродистрофический
таз



Анкилотический таз



Кифотический таз



Воронкообразный таз

Классификация анатомически узкого таза

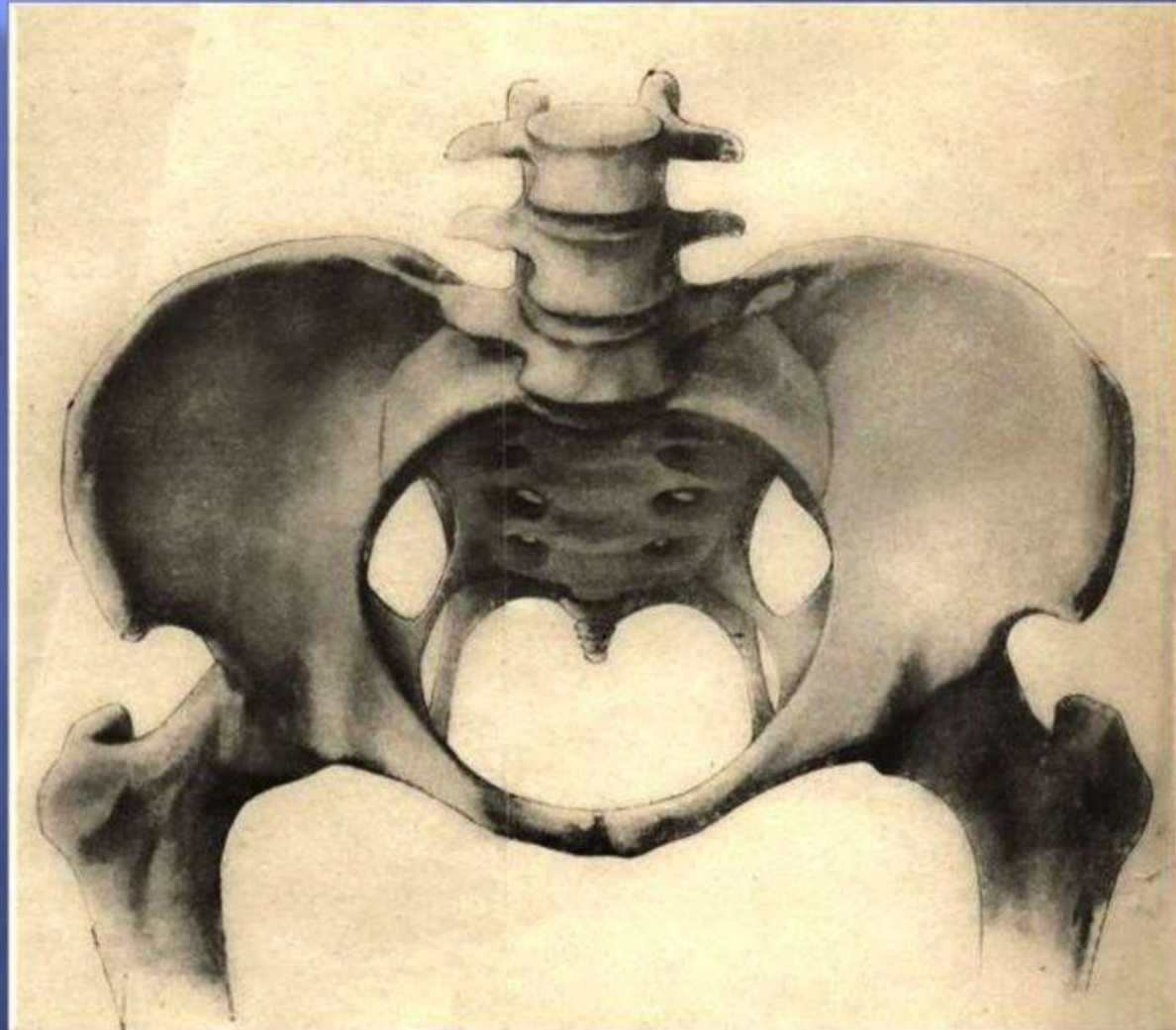
II. По степени сужения

- ✓ Первая степень - ИК 11 - 9 см
- ✓ Вторая степень - ИК 9 - 7,5 см
- ✓ Третья степень - ИК 7,5 - 6,5 см
- ✓ Четвертая степень - ИК < 6,5 см

Этиология:

- Недостаточное питание
- Инфантилизм
- Рахит
- Полиомиелит
- Туберкулез костей таза
- Травмы
- Быстрый рост в периоде менархе, чрезмерная физическая нагрузка, интенсивные занятия спортом с раннего возраста (спортивная гимнастика, фигурное катание и т.д.) вызывают "компенсаторную гиперфункцию организма", что приводит к формированию поперечносуженного таза.

Изображение нормального женского таза



Основные наружные размеры нормального таза, см

| Форма таза | <i>Distantia spinarum</i> | <i>Distantia cristarum</i> | <i>Distantia trochanterica</i> | <i>Conjugata externa</i> | <i>Conjugata diagonalis</i> |
|------------|-------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|------------------------------|---------------------------------|
| Норма | 25-26 | 28-29 | 30-31 | 20-21 | 12,5 и > |

Исследование таза

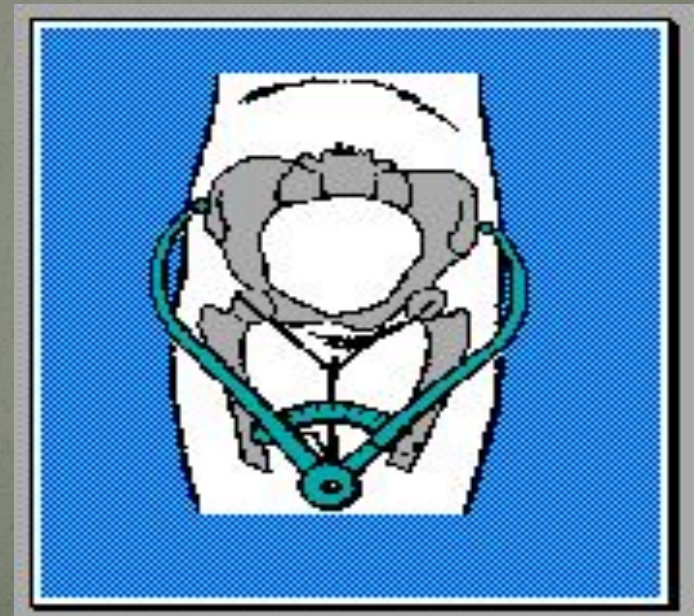
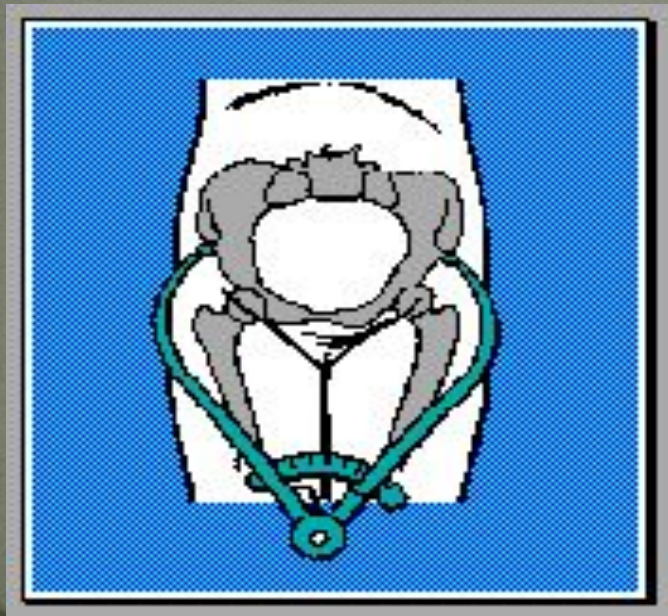
Distantia spinarum –

между передне-верхними
остями подвздошных
костей

25-26 см

Distantia cristarum –

между наиболее
отдаленными точками
гребней подвздошных
костей *28-29 см*

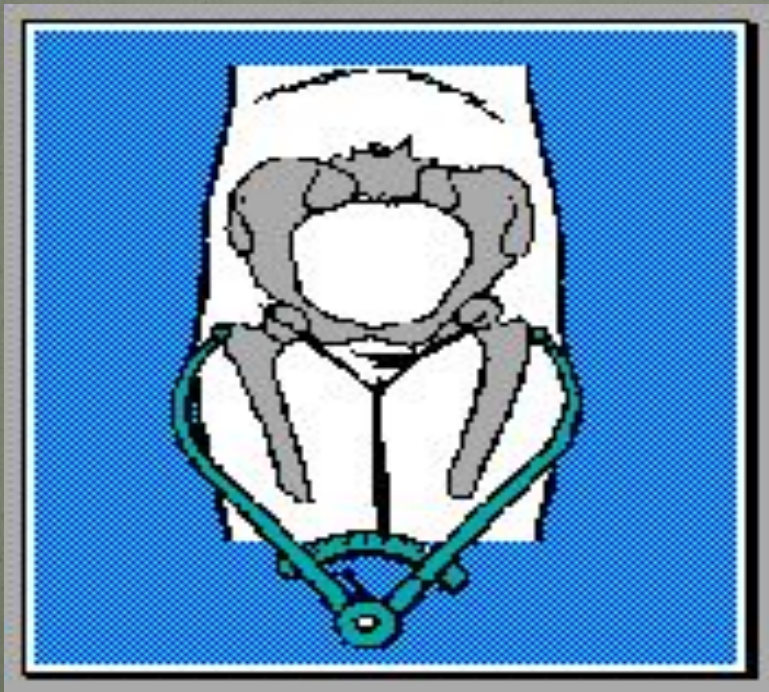


Исследование таза

Distantia trochanterica

между большими
вертелами бедренных
костей

30 – 31 см



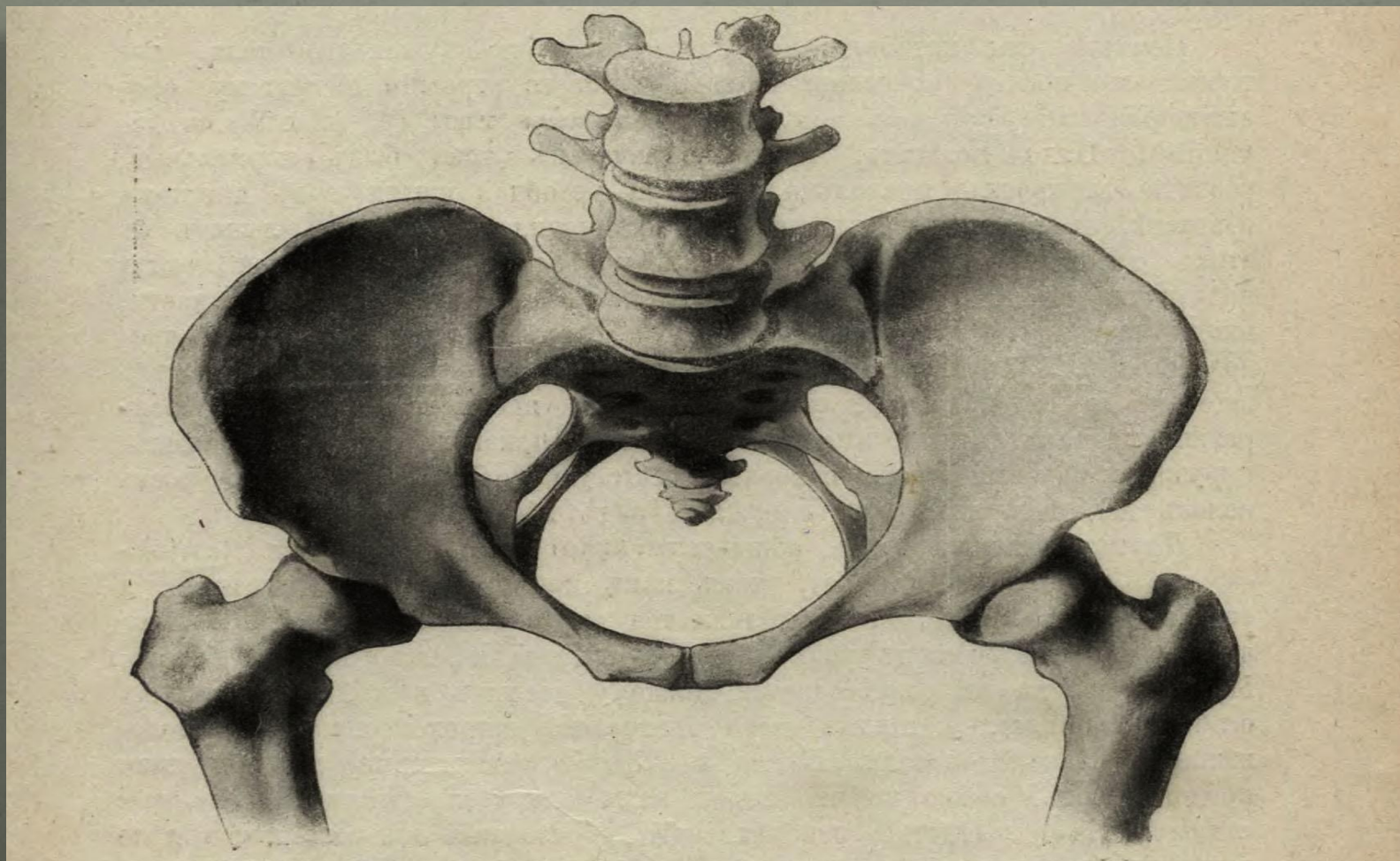
Conjugata externa –

наружный прямой размер
таза – между серединой
верхнего края симфиза и
верхний угол ромба

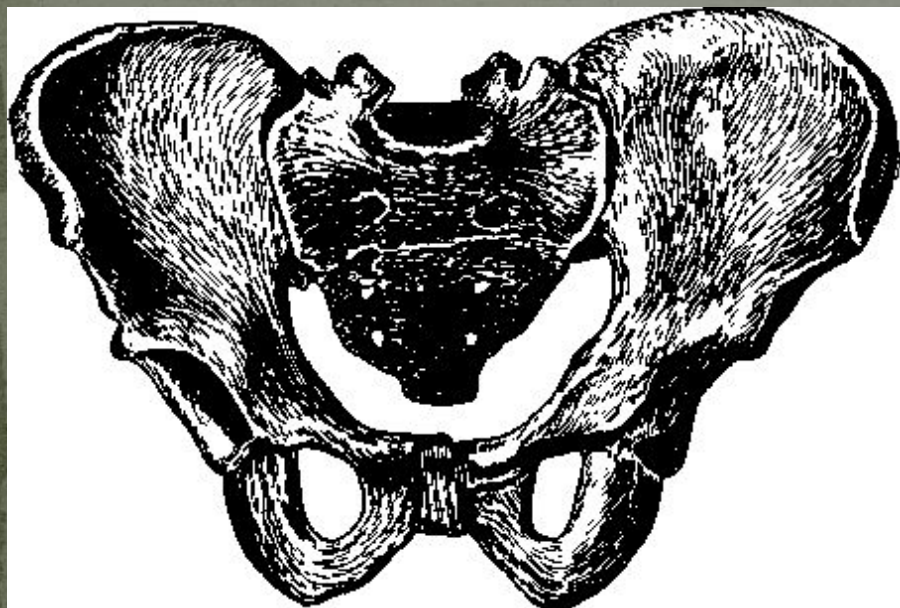
Михаэлиса – 20-21 см



Общеравномерносуженный таз



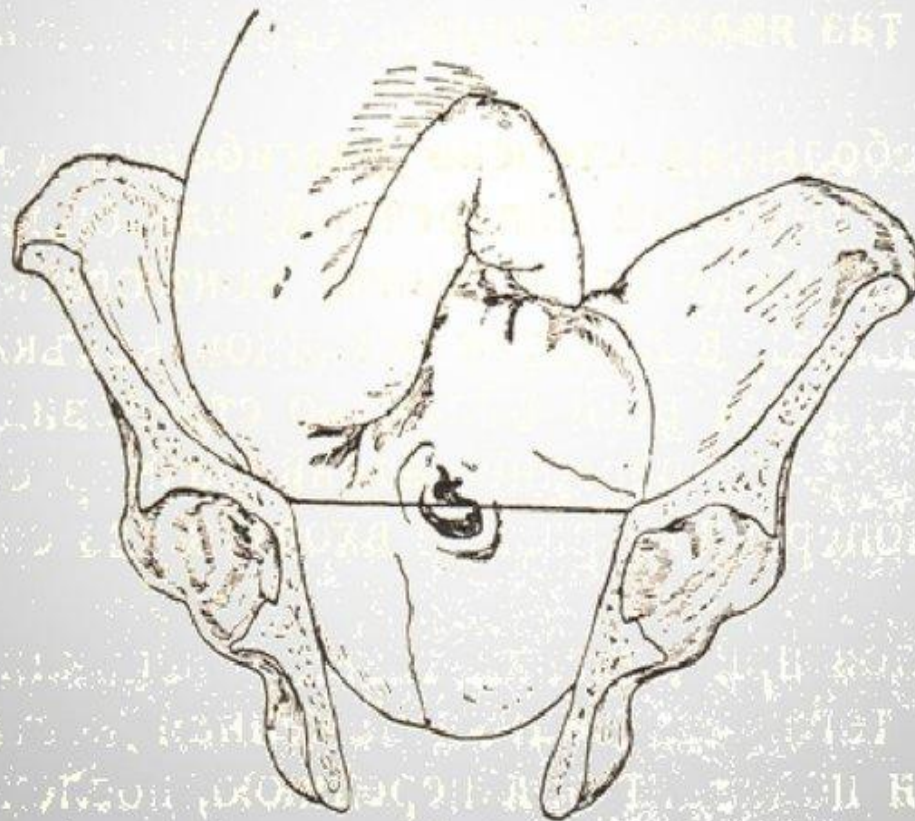
Общеравномерносуженный таз



Определение:
общеравномерно-
суженным считается
таз при уменьшении
всех размеров на
одинаковую
величину (1,5 - 2
см).

БИОМЕХАНИЗМ РОДОВ ПРИ ОБЩЕРАВНОМЕРНОСУЖЕННОМ ТАЗЕ

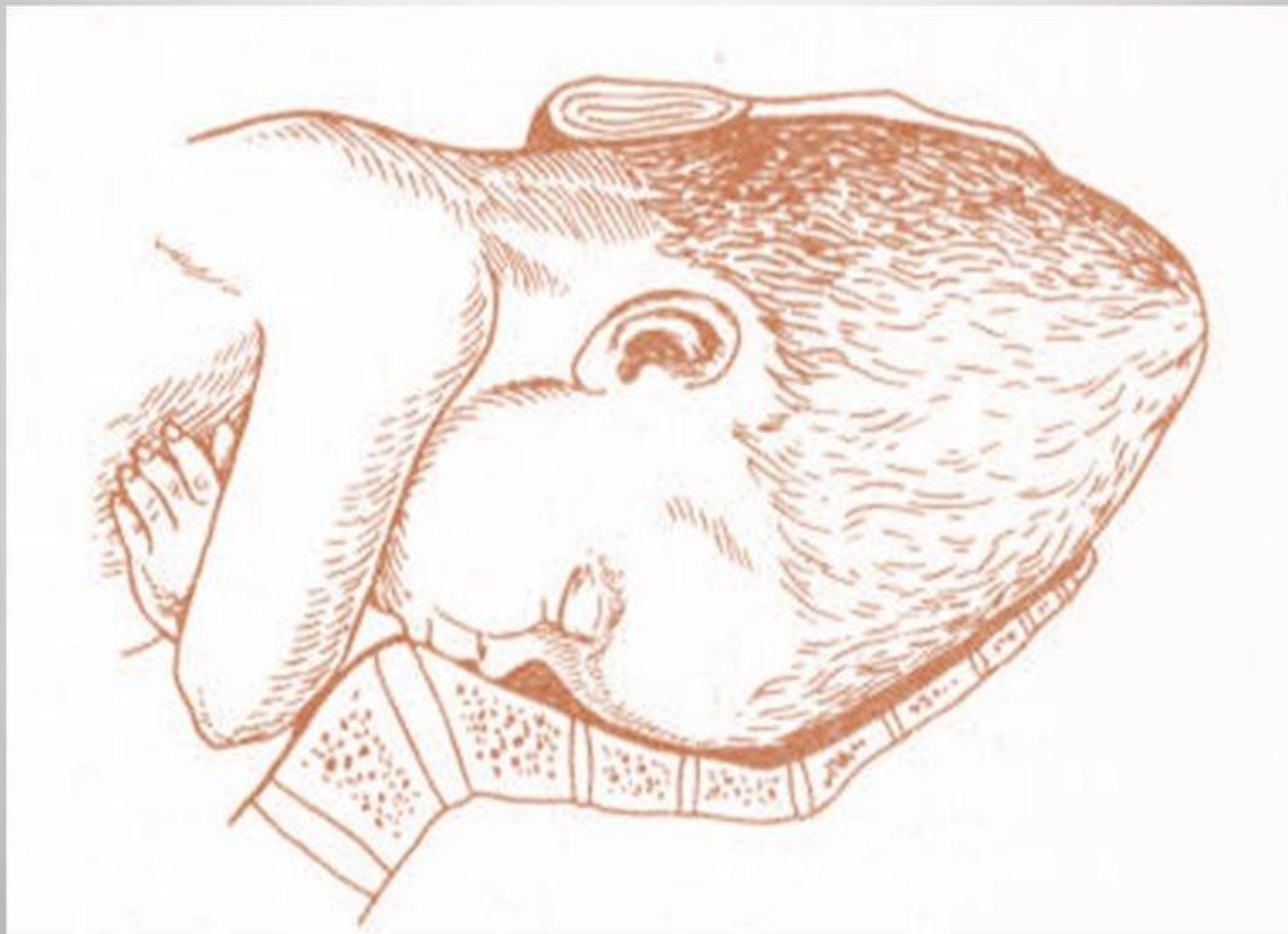
Благоприятное вставление головки
(в максимальном сгибании).



Механизмы родов . **Равномерносуженный таз**

- **1-й момент · Максимальное сгибание головки.**
Стреловидный шов только в косом размере, головка долго отпускается. Резкая конфигурация головки
- **2-й момент · Внутренний поворот головки затылком кпереди**
- *Долгое стояние во 2 плоскости.*
- **3-й момент Низкое разгибание головки – всегда острый лонный угол-разрыв промежности ,рождение головки плода**
- **4-й момент Внутренний поворот плечиков и наружный поворот головки**
- **Проводная точка Малый родничок**
- **Точка фиксации Теменные бугры — внутренняя поверхность лонных дуг**
- **Размер, которым рождается головка Малый косой — 9,5 см**
- **Форма головы Резко долихоцефалическая - вследствие конфигурации родовой опухоли и клиновидного выставления в малый таз**

СИЛЬНОЕ СГИБАНИЕ И РЕЗКАЯ КОНФИГУРАЦИЯ ГОЛОВКИ ПРИ ОБЩЕРАВНОМЕРНОСУЖЕННОМ ТАЗЕ



Течение родов

Первый период:

Т.к. головка длительно подвижна над 1 плоскостью нет пояса соприкосновения, следовательно раннее излитие околоплодных вод- выпадение пуповины ,мелких частей плода –длительный безводный период

Т.к. нет плодного пузыря –слабость родовой деятельности и разрыв шейки матки –ущемление ш.м между головкой и костями таза

Второй период

- Длительный ,затяжной

Вторичная слабость родовой деятельности –утомление-внутриутробная гибель плода .

При длительном стояние головки в одной из плоскостей , ущемление мягких тканей и в дальнейшем развитием свищей

Восходящая инфекция

При возникновении клинического узкого таза срочно кесарево сечение



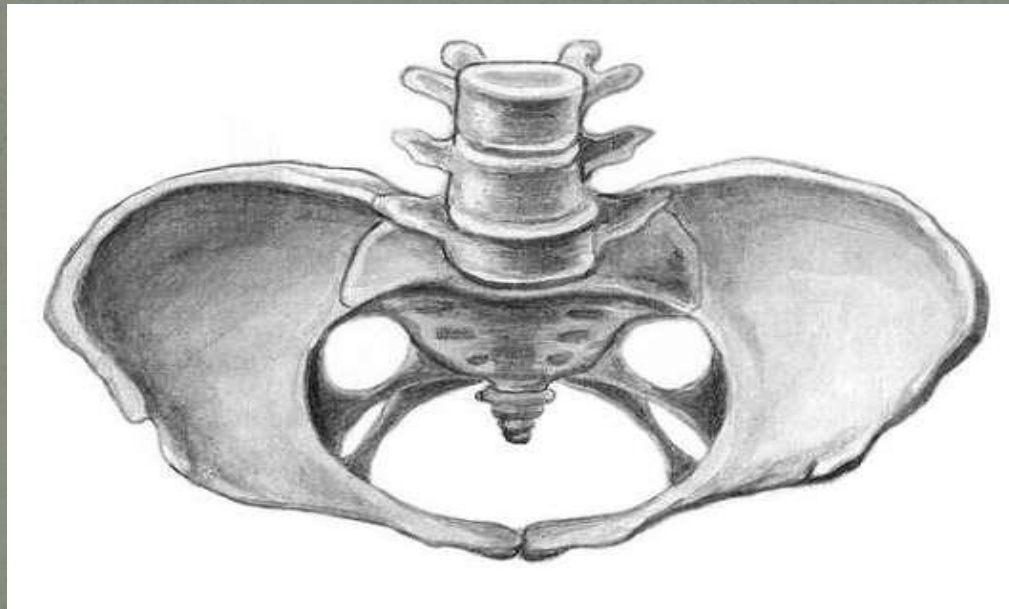
Третий период

- Часто наблюдается гипо или атоническое кровотечение т.к роды длительные затяжные, слабость родовой деятельности.



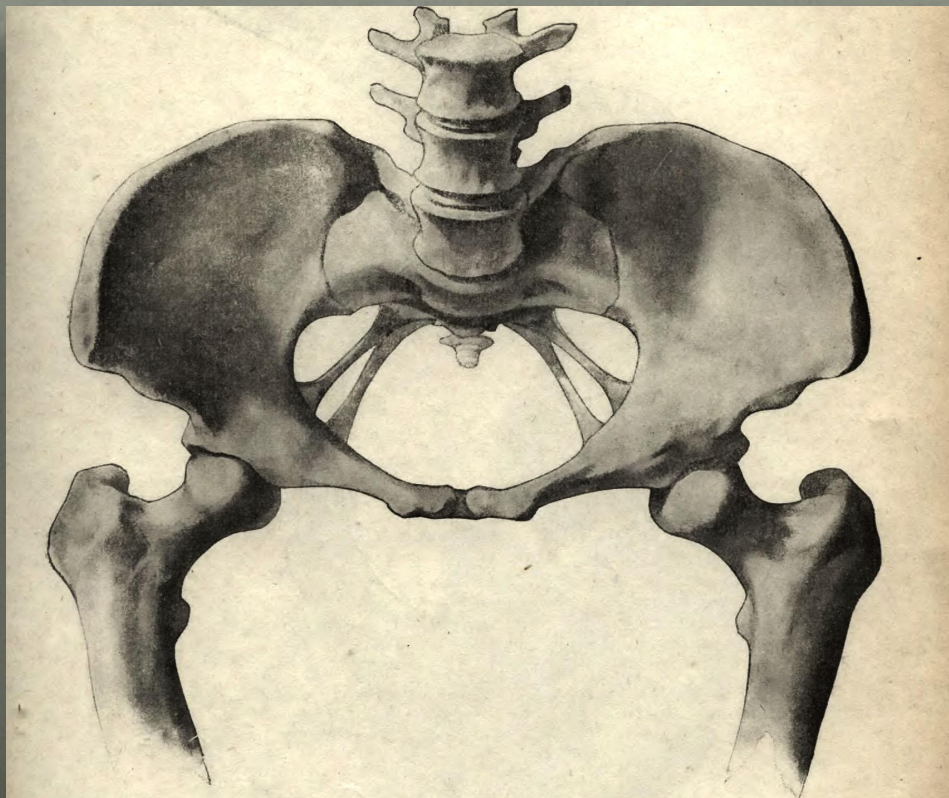
Плоский таз

Определение: плоским называется таз при укорочении одного или всех прямых размеров при обычной величине поперечных и косых.



Плоскоррахитический таз

при уменьшении прямого размера плоскости входа в малый таз (истинной конъюгаты) и увеличении всех других прямых размеров.



Плоскоррахитический таз



Крылья подвздошных костей развернуты (DS и DC практически равны).

Мыс крестца выступает вперед (достигается при владалищном исследовании) – уменьшена истинная конъюгата, крестец уплощен, передняя поверхность плоская как доска, иногда определяется ложный мыс. Увеличен поперечный размер выхода. Плоскость входа имеет форму карточного сердца

Механизмы родов Рахитический таз.

- ▣ 1-Й момент Легкое разгибание головки

Долго стоит в 1 плоскости. Проводная точка – большой родничок

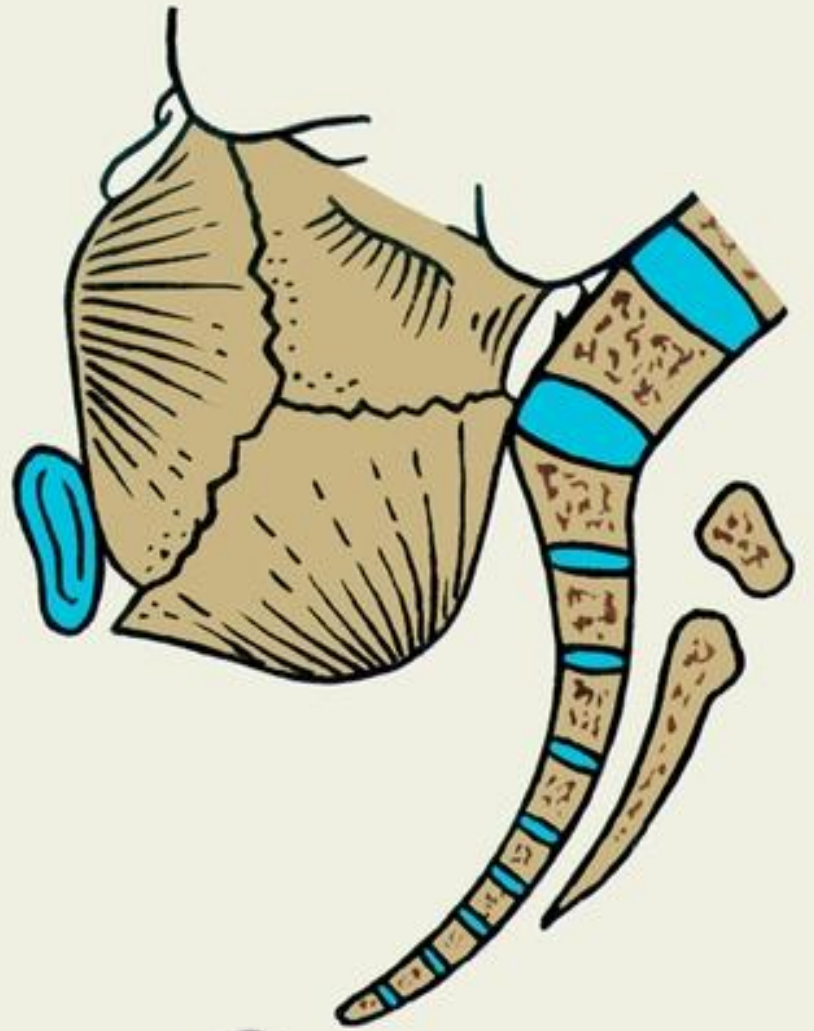
Стреловидный шов отклонен к мысу(передний асинклитизм, Негелевский, роды возможны, при хорошей родовой деятельности) или к лону (задний асинклитическое, Лиумановский роды невозможны, головка садиться на лоно –разрыв матки –кесарево сечение)

- ▣ 2-Й момент Сгибание головки и внутренних поворот головки .

- 3-й момент Разгибание головки
- 4-й момент Внутренний поворот плечиков и наружный поворот головки
- Проводная точка- Большой родничок
- Точка фиксации Подзатылочная ямка — нижний внутренний край лонного сочленения
- Размер, которым рождается головка -Прямой — 12 см
- Форма головы - сплющенная



(a)



(b)

Течение родов

Длительные , т.к. головка долго подвижна на первой плоскости

Рекомендуется лечь на бок противоположной позиции

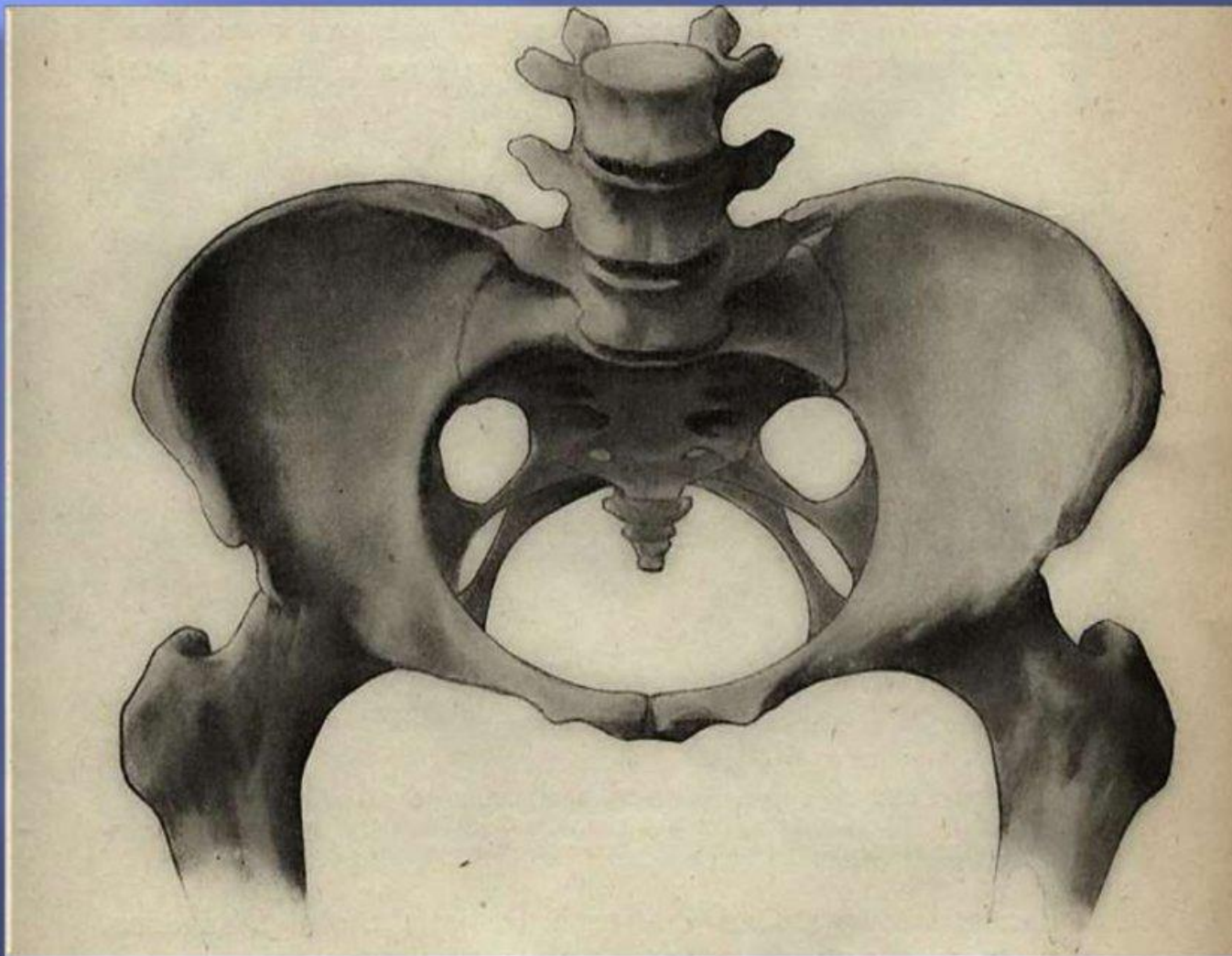
Раннее излитие околоплодных вод –
выпадение пуповины

Слабость родовой деятельности

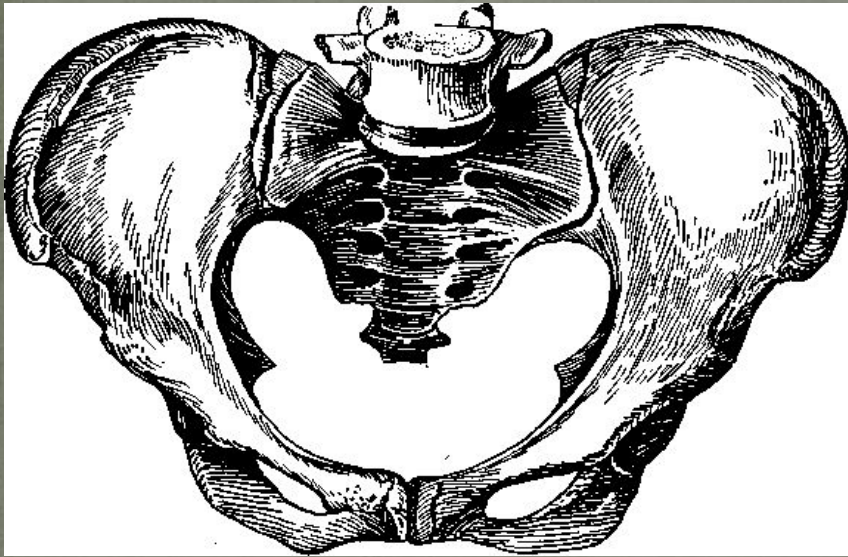
Разрыв мягких и костных родовых путей



Простой плоский таз



Простой плоский таз



- при уменьшении всех прямых размеров малого таза
- крестец приближен к лону
- поперечные размеры таза нормальные

Механизмы родов

Такой же как при плоско рахетичеком, головка испытывает затруднение во всех плоскостях

При хороших схватках головка опускается в полость таза. Но внутренний поворот совершить не может и стреловидный шов будет во всех плоскостях – низкое поперечное стояние стреловидного шва

Роды живым плодом невозможно

Течение родов

Длительные , т.к. головка долго подвижна на первой плоскости

Рекомендуется лечь на бок противоположной позиции

Раннее излитие околоплодных вод – выпадение путей пуповины

Слабость родовой деятельности

Разрыв мягких и костных родовых путей

ОБЩЕСУЖЕНОПЛОСКИЙ ТАЗ

- **Определение:** уменьшение всех размеров, но прямые сужены на 2 .

Содержит черты ОРСТ и Плоского

Биомеханизм родов может идти по типу ОРСТ или плоских таза

При 1 степени Роды возможны если

- Средний размер плода до 3.500
- - Хорошая родовая деятельность
- - хорошая конфигурация
- - правильное вставление головки

- Во 2 степени в интересах плода кесарево сечение
- 3 и 4 степенью – роды невозможны

ПОПЕРЕЧНОСУЖЕННЫЙ ТАЗ

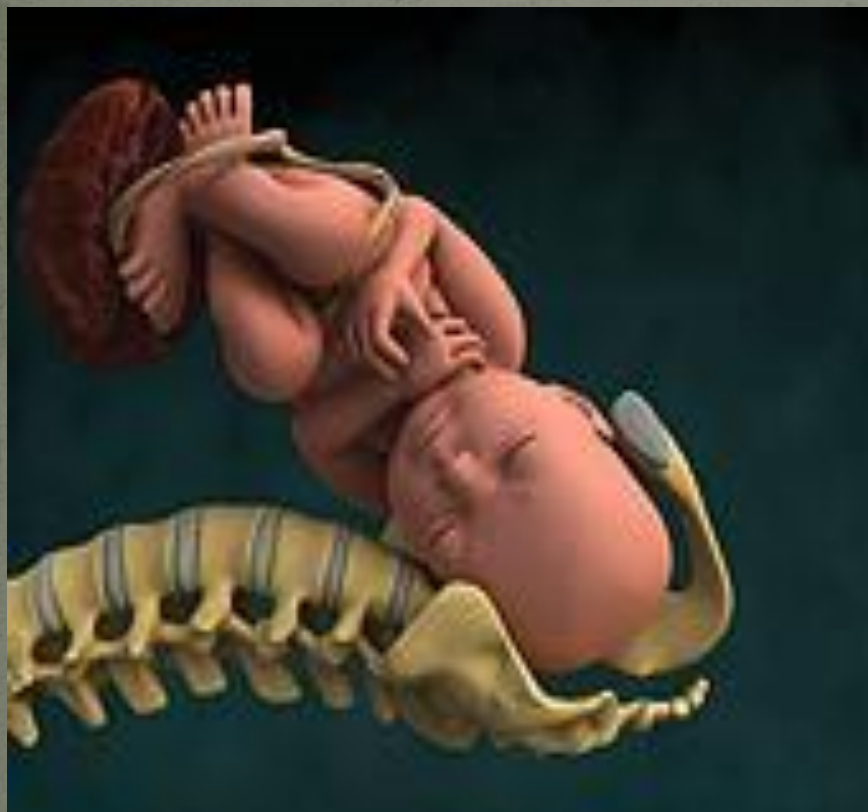


- **Определение:**
поперечносуженным считается таз при уменьшении поперечных размеров на 1,5 - 2 см при нормальных или увеличенных прямых размерах.

Анатомические особенности:

- Женщины часто имеют мужской тип телосложения (развитые мышцы, относительно широкие плечи, иногда рост выше среднего, более массивный костный скелет).
- Крутое стояние крыльев подвздошных костей, сближение седалищных остей, узкая лонная дуга. Высокое стояние мыса. Уменьшение поперечного размера выхода и поперечного размера крестцового ромба. Вход в таз имеет круглую или продольноовальную форму.

Диагностика узкого таза



Диагноз узкого таза должен устанавливаться в женской консультации при постановке беременной на учет. В амбулаторной карте устанавливают факт узкого таза и составляют план ведения родов.

Запоздалой диагностики узкого таза в женской консультации не должно быть.

Диагностика

1. Анамнез:

- инфантилизм,
- перенесённые заболевания и травмы,
- акушерский анамнез - осложнённое течение и исход предыдущих родов

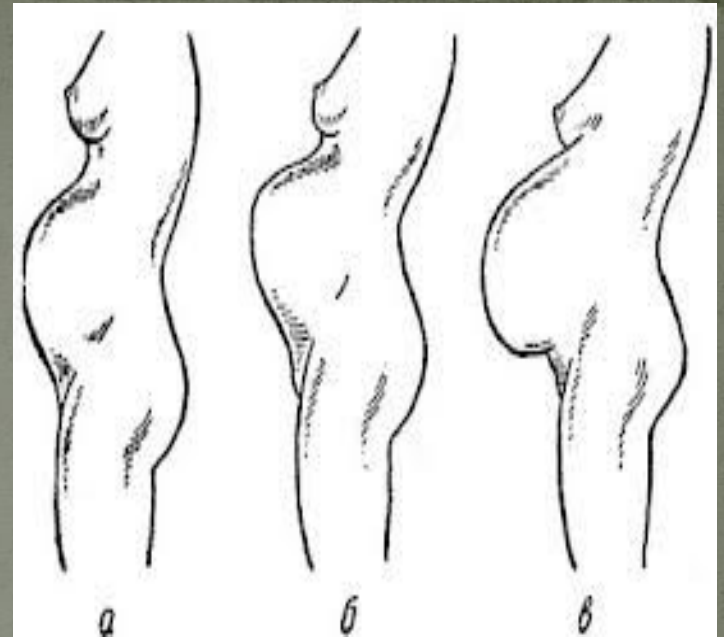


Диагностика

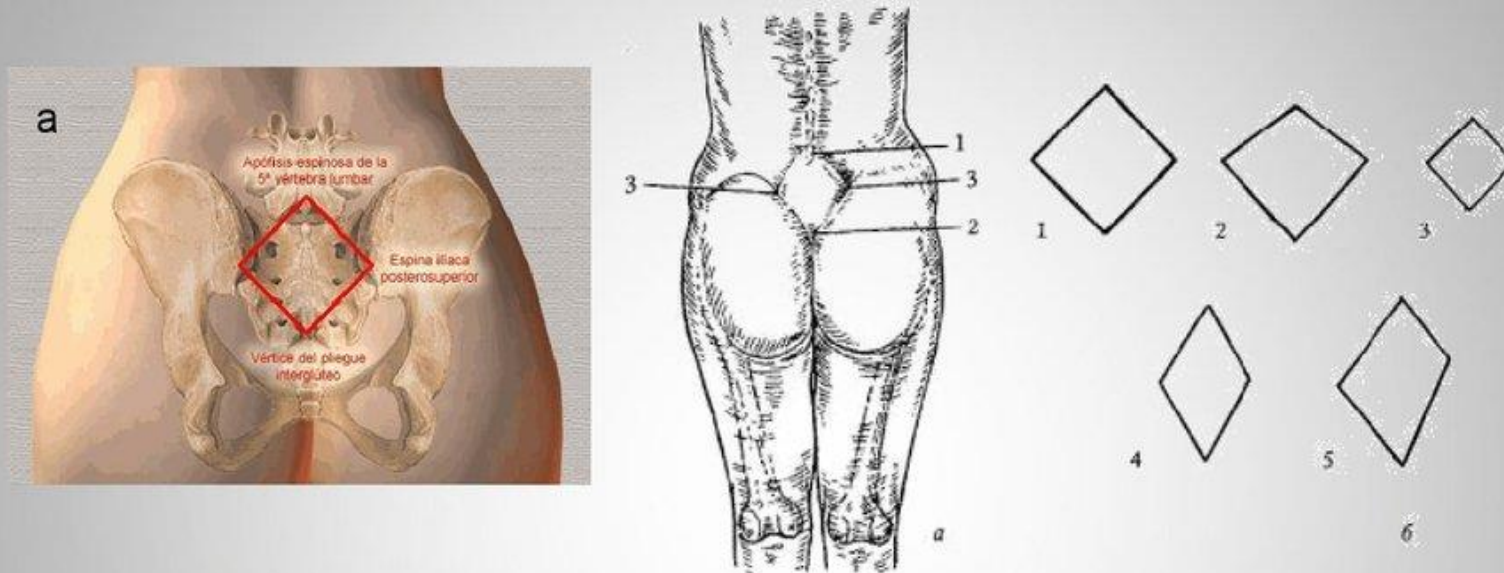
2. Объективное исследование:

а. общий осмотр:

- небольшой рост (150 см),
- нарушение походки,
- признаки инфантилизма (недостаточное развитие вторичных половых признаков, вирилизация и т.д.)
- признаки перенесённого рахита,
- оценка ромба Михаэлиса, искривления позвоночника, тугоподвижности суставов, укорочение ноги,
- изменение формы живота у беременных - отвислый живот у повторнородящих, остроконечный - у первородящих



РОМБ МИХАЭЛИСА



а — общий вид:

1) углубление между остистыми отростками последнего поясничного и первого крестцового позвонков; 2) верхушка крестца; 3) задневерхние ости подвздошных костей;

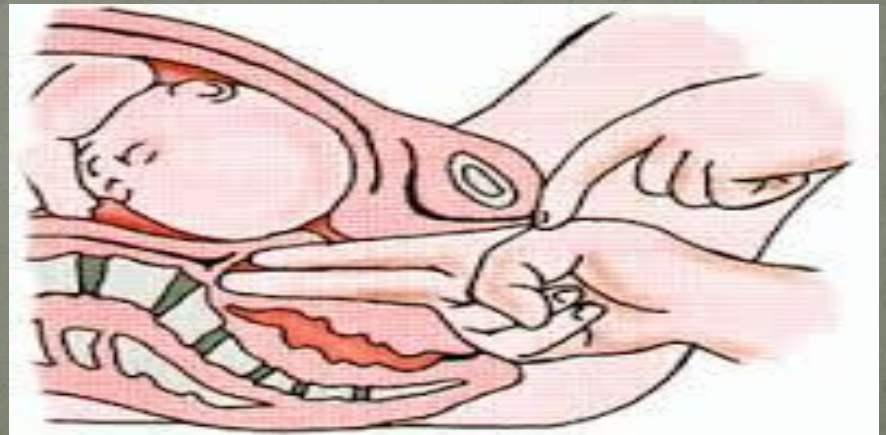
б — формы ромба Михаэлиса при нормальном тазе и различных аномалиях костного таза:

1) нормальный таз; 2) плоский таз; 3) общеравномерносуженный таз;
4) поперечносуженный таз; 5) кососуженный таз

Диагностика

Влагалищное исследование:

- определение диагональной конъюгаты (12,5-13 см),
- исследуются крестцовая впадина,
- седалищные ости,
- выявляются экзостозы и деформации в малом тазу



Симптомокомплекс клинически узкого таза

- отсутствие прижатия головки ко входу в малый таз с началом родовой деятельности;
- несвоевременное излитие околоплодных вод;
- «вставные потуги»- роженица начинает тужиться при головке прижатой ко входу в малый таз
- нарушение сократительной деятельности матки (вторичная слабость или дискоординация родовой деятельности);

Симптомокомплекс клинически узкого таза

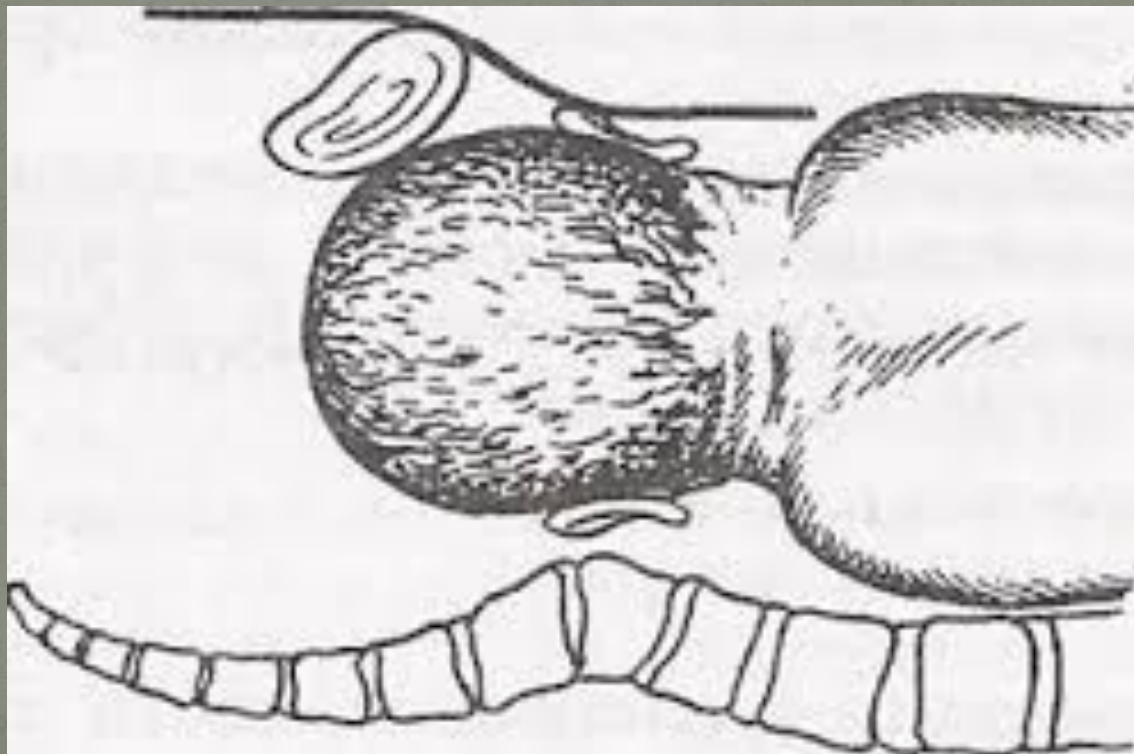
- нарушение биомеханизма родов, выявление разгибательных предлежаний, асинклитических вставлений, высокого прямого стояния стреловидного шва
- затруднение или прекращение самопроизвольного мочеиспускания;
- отек шейки матки (симуляция не полного раскрытия) и отек наружных половых органов
- выраженная конфигурация головки, образование родовой опухоли, кефалогематома или полное отсутствие конфигурации головки;
- положительный (или вровень) симптом Вастена;
- родовая травма новорожденного, подтвержденная данными нейросонографии, КТ.

Признаки соответствия головки и таза

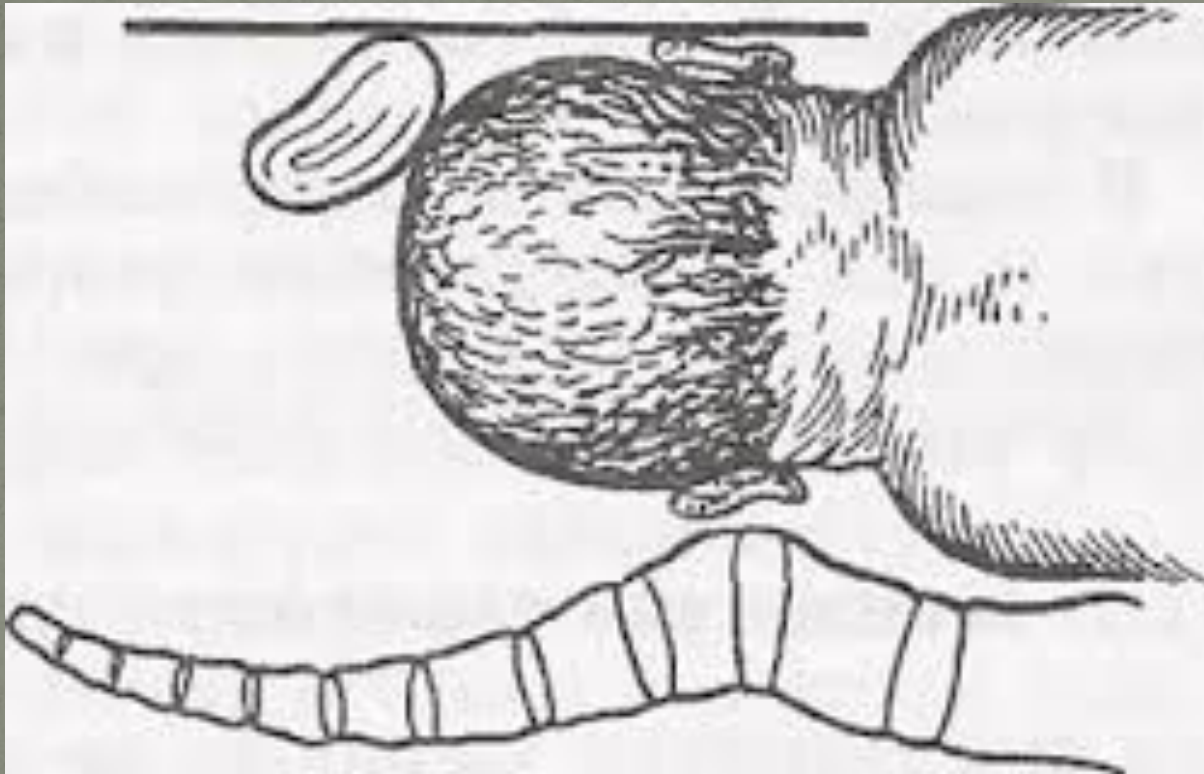
Признак Цангемайстера — измеряют степень возвышения передней поверхности головки над симфизом. В норме расстояние от головки до надкрестцовой ямки должно быть на 3-4 см меньше наружной конъюгаты. При одинаковой величине несоответствие небольшое, прогноз родов сомнительный.

Признак Вастена. После отхождения вод и вставления головки одну ладонь кладут на поверхность симфиза, другую — на область предлежащей головки. При соответствии размеров таза роженицы и головки передняя поверхность головки расположена ниже плоскости симфиза (признак *Вастена* отрицательный). Если передняя поверхность головки находится на одном уровне с симфизом (признак *Вастена* вровень), существует небольшое несоответствие размеров. При несоответствии размеров таза роженицы и головки передняя поверхность головки находится выше плоскости, симфиза (признак *Вастена* положительный).

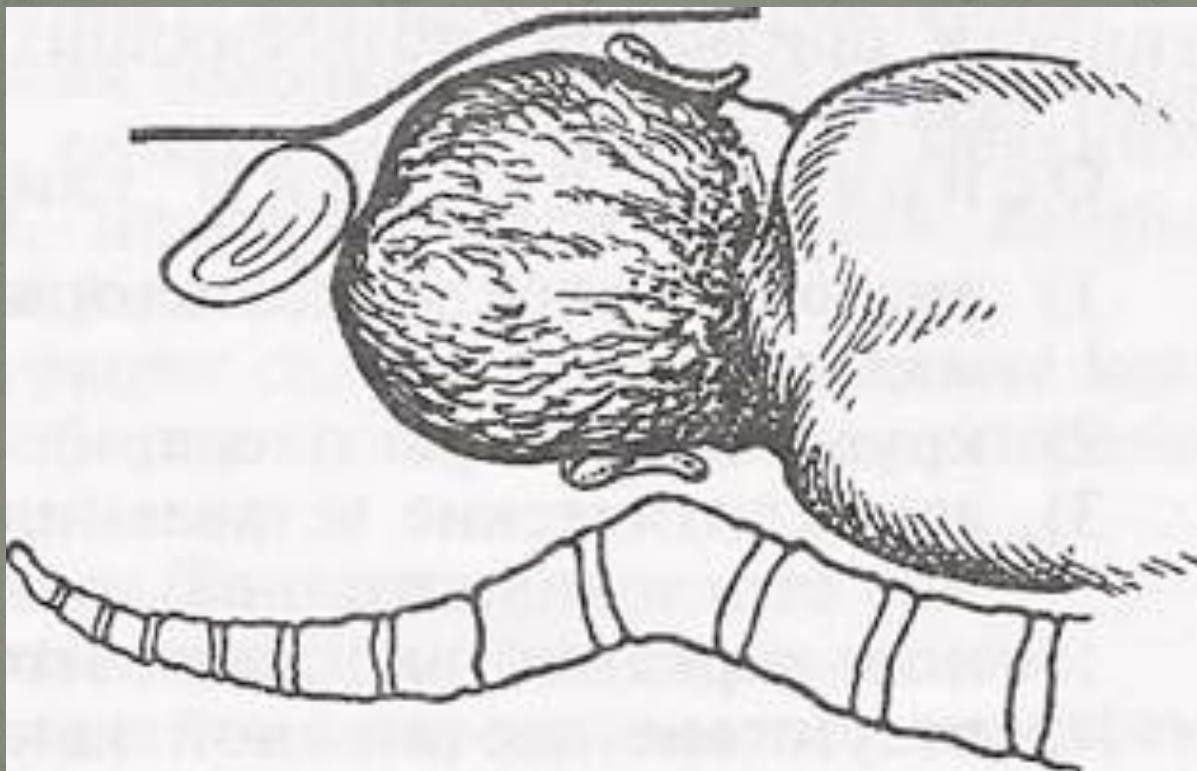
В норме головка вставляется в малый таз ниже лонного сочленения (отрицательный признак Вастена), а при клинически узком тазе головка нависает над лонным сочленением.

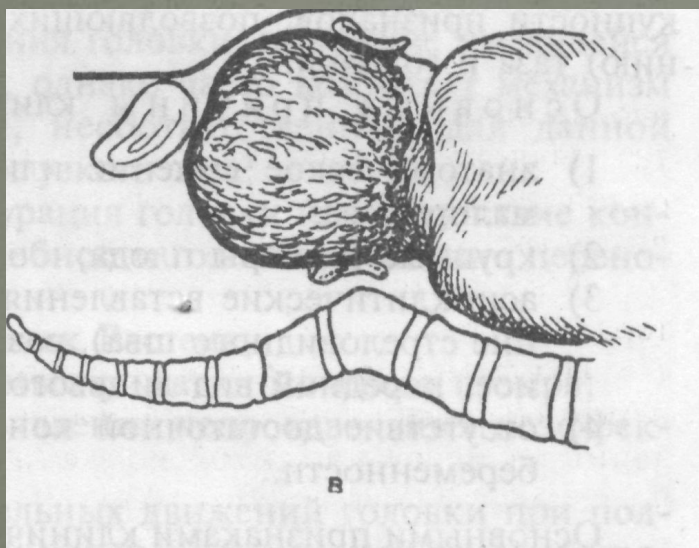
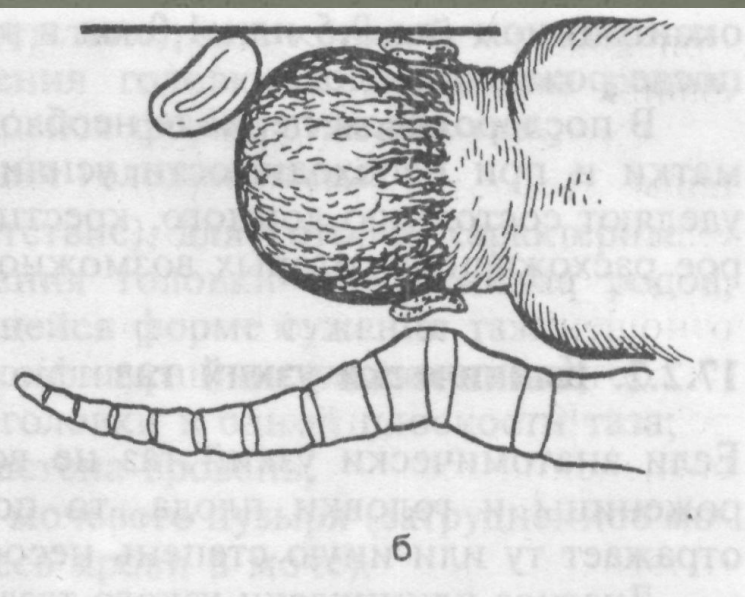
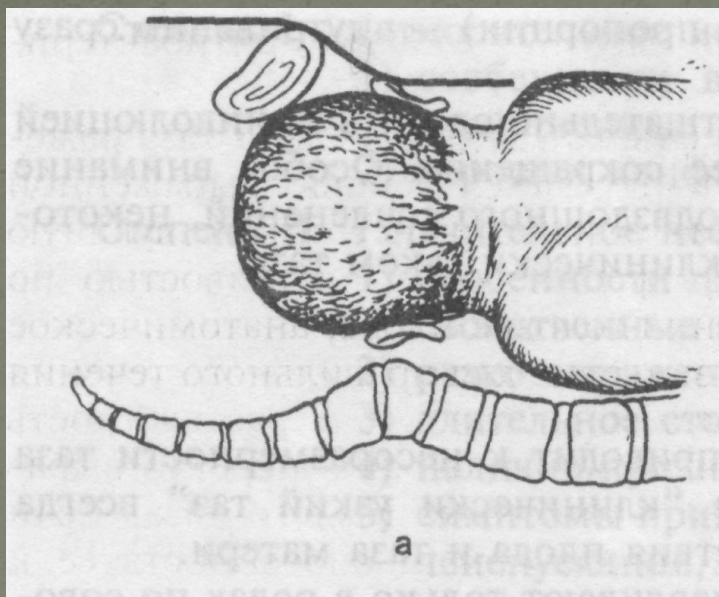


**Признак Вастена вровень -
плоскость головки и лона на одном
уровне.**



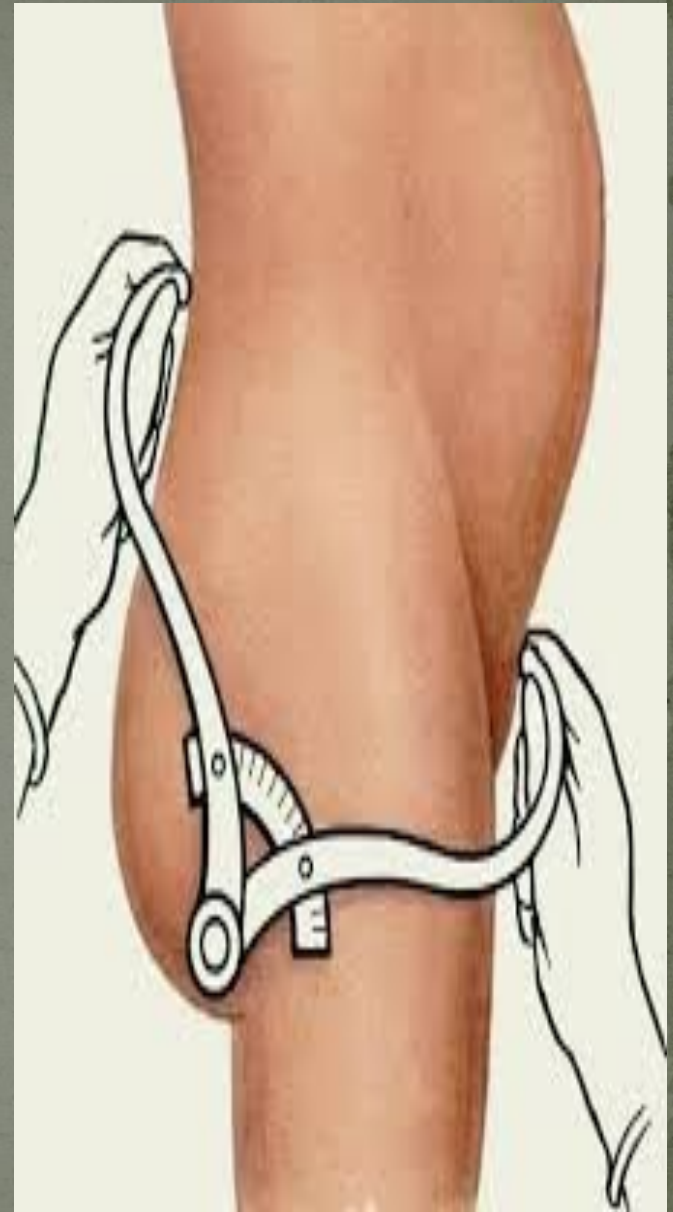
**Признак Вастена положительный –
верхний край головки выше уровня
лона.**





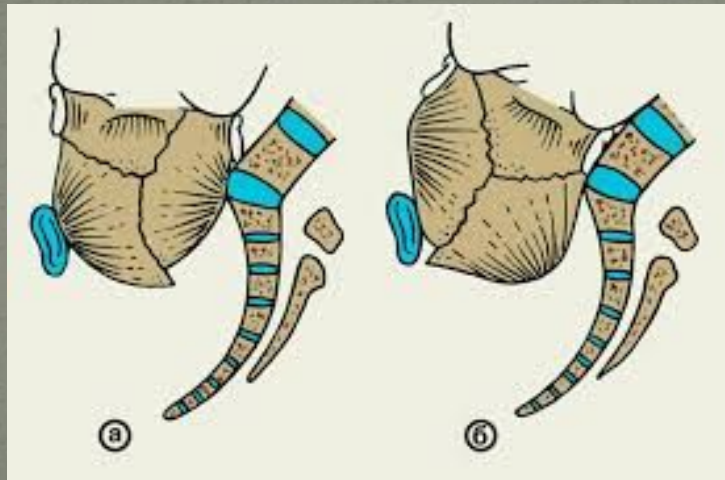
а — признак Вастена отрицательный; б — признак Вастена слабоположительный (“вровень”); в — признак Вастена положительный.

Симптом Цангемейстера - определение наружной конъюгаты, затем одна пуговка тазомера переставляется на головку плода, если головка нависает, то второе измерение больше чем наружная конъюгата. Если головка в полости малого таза, то второе измерение меньше первого. При симптоме вровень - первый и второй замер равны.



Особенности вставления головки:
конфигурация, нахождение костей друг на друга,
смещение стреловидного шва в сторону -
асинклитическое вставление.

Угрожающий разрыв матки - является
следствием клинически узкого таза. Это
чрезвычайно поздний признак.



Диагностические признаки клинически узкого таза

- 1) отсутствие поступательного движения головки при полном раскрытии шейки матки и нормальной родовой деятельности;
- 2) симптом Вастена вровень или положительный (размер Цангемейстера больше, чем наружная конъюгата);
- 3) недостаточное прилегание шейки матки к предлежащей головке плода;
- 4) высокое расположение контракционного кольца;
- 5) появление потуг при высоком расположении головки плода;

При наличии *двух или более* признаков устанавливается диагноз клинически узкого таза

7) симптомы сдавления мочевого пузыря

Акушерская тактика

Диагноз клинически узкого таза является показанием к **НЕМЕДЛЕННОМУ РОДОРАЗРЕШЕНИЮ** путем операции кесаревого сечения.

При условии гибели плода родоразрешение проводится путем плодоразрушающей операции.

NB!

Акушерские щипцы и вакуум-экстракция плода при клинически узком тазе противопоказаны

ПРОФИЛАКТИКА

- Правильное развитие девочек
- Оздоровительные мероприятия
- Выделение группы риска
- Госпитализация за 2 недели до родов

*СПАСИБО ЗА
ВНИМАНИЕ!*

