

# Аномалии костного таза

---

Выполнила :

Студентка 5 курса

Группа 163А

Османова Земине

Преподаватель: Румянцева З.С.

# Классификация

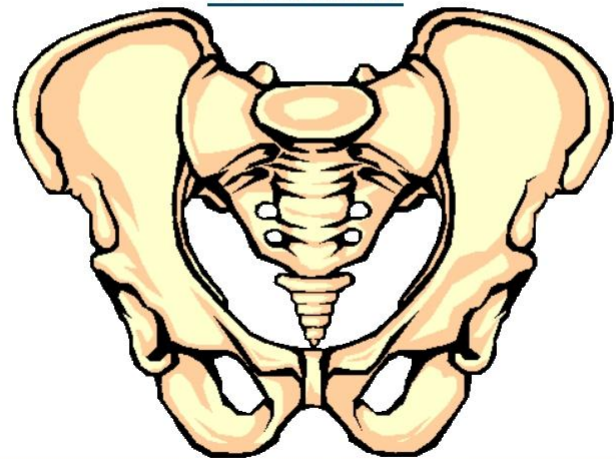
- Узкий таз-

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

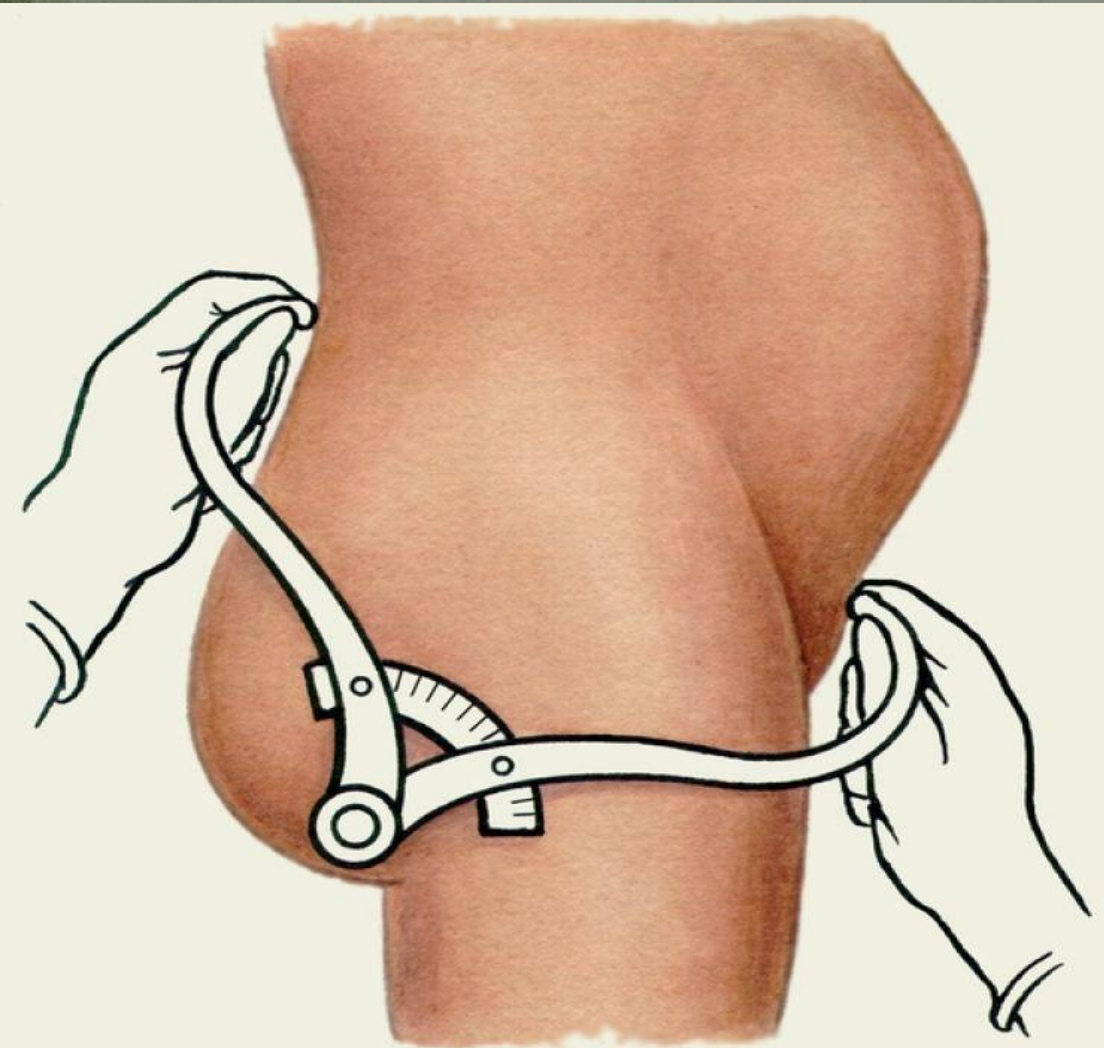
- Широкий таз

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

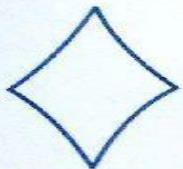
---

- - 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**

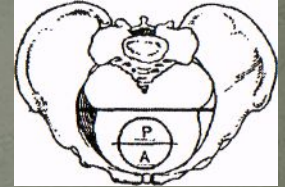


Форма поперечного ромба  
при кососуженном тазе

# Классификация Caldwell-Moloy (1933)

Рентгенологическая, учитывающая особенности строения таза:

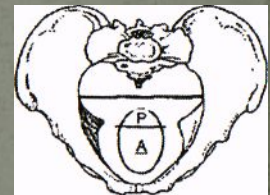
- **Гинекоидный тип** (55% всех тазов) соответствует нормальному женскому тазу.



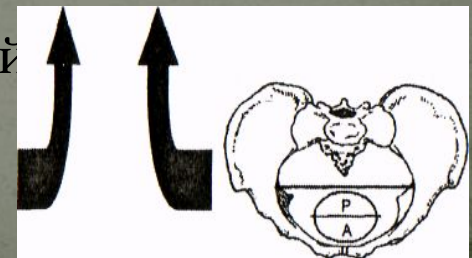
- **Андроидный тип** (20% всех тазов) - мужской таз. Отмечается клиновидная форма входа, узкий лонный угол, крестец недостаточно изогнут, отклонен кпереди. Таз воронкообразно сужается книзу.



- **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*

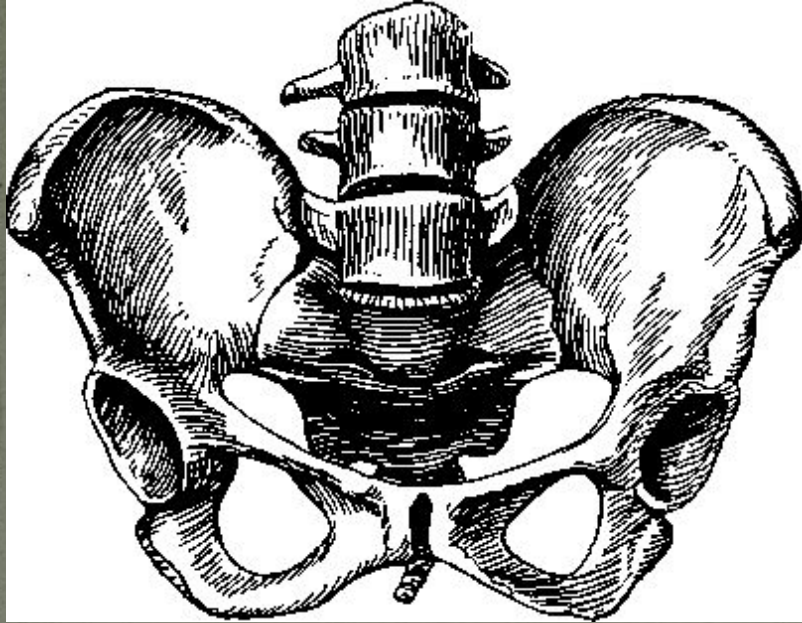
3. Общеравномерносуженный

# Классификация по форме сужения

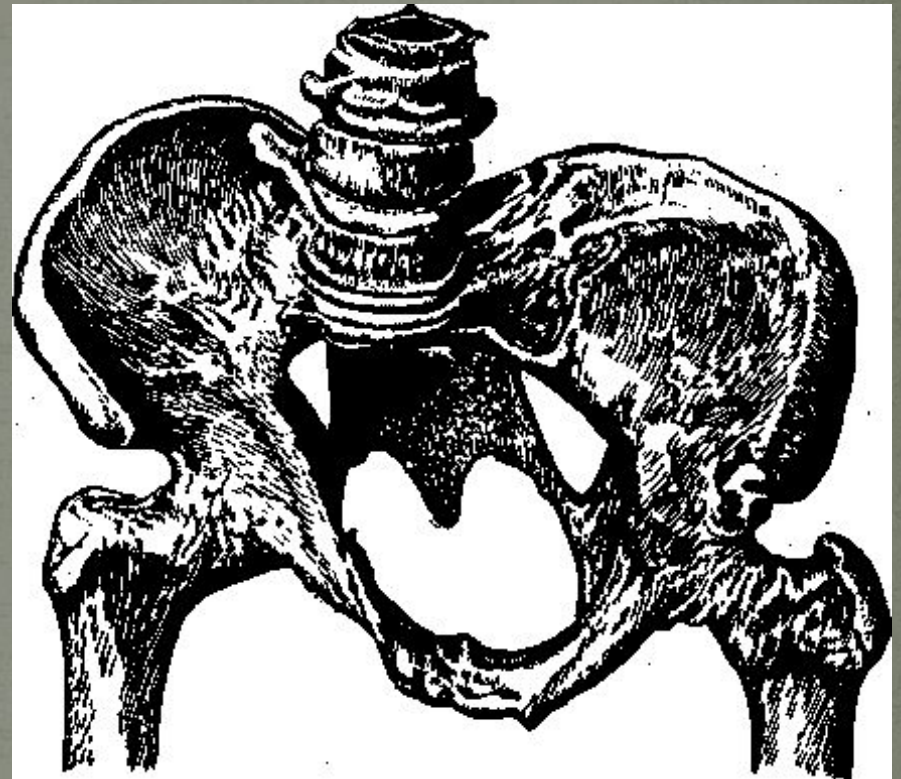
## II. Редко встречающиеся формы:

- (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

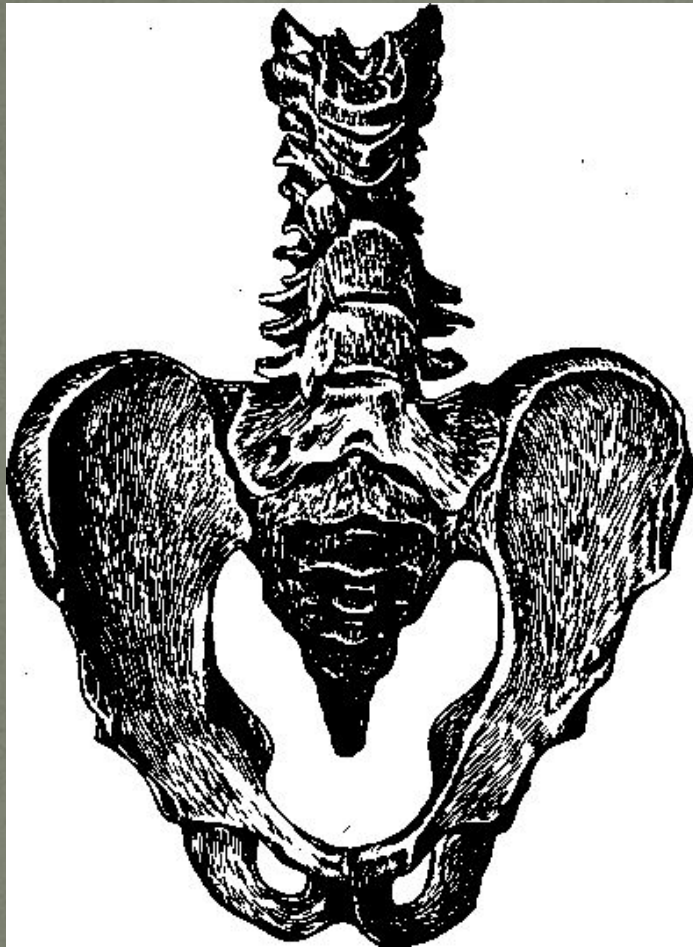
# Редко встречающиеся формы



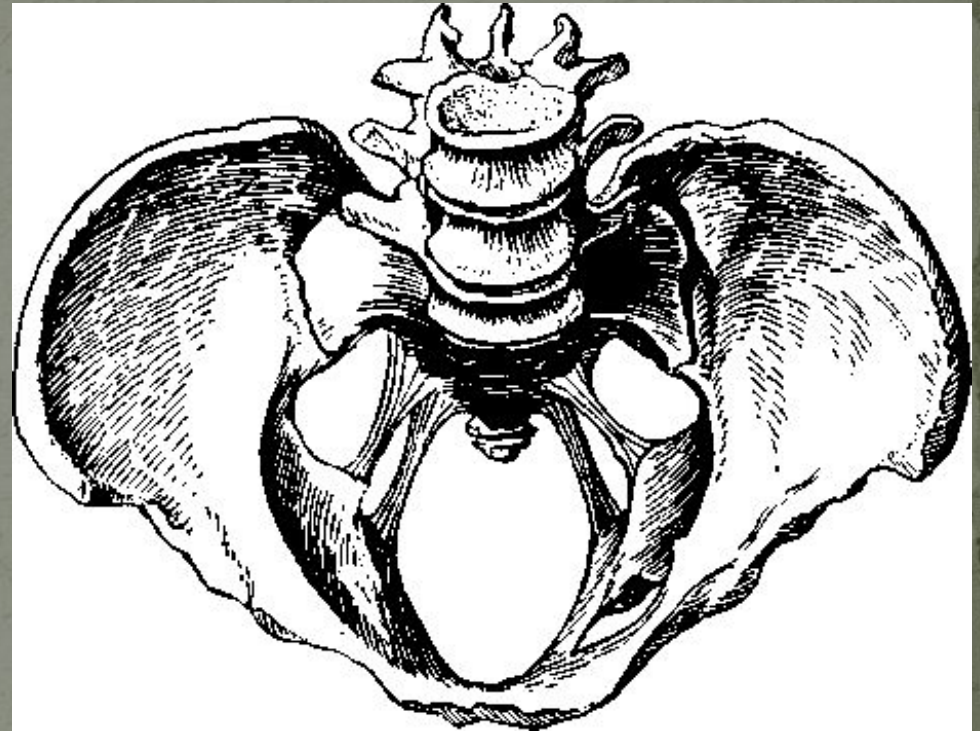
Хондродистрофический  
таз



Анкилотический таз



Кифотический таз



Воронкообразный таз

# Классификация анатомически узкого таза

---

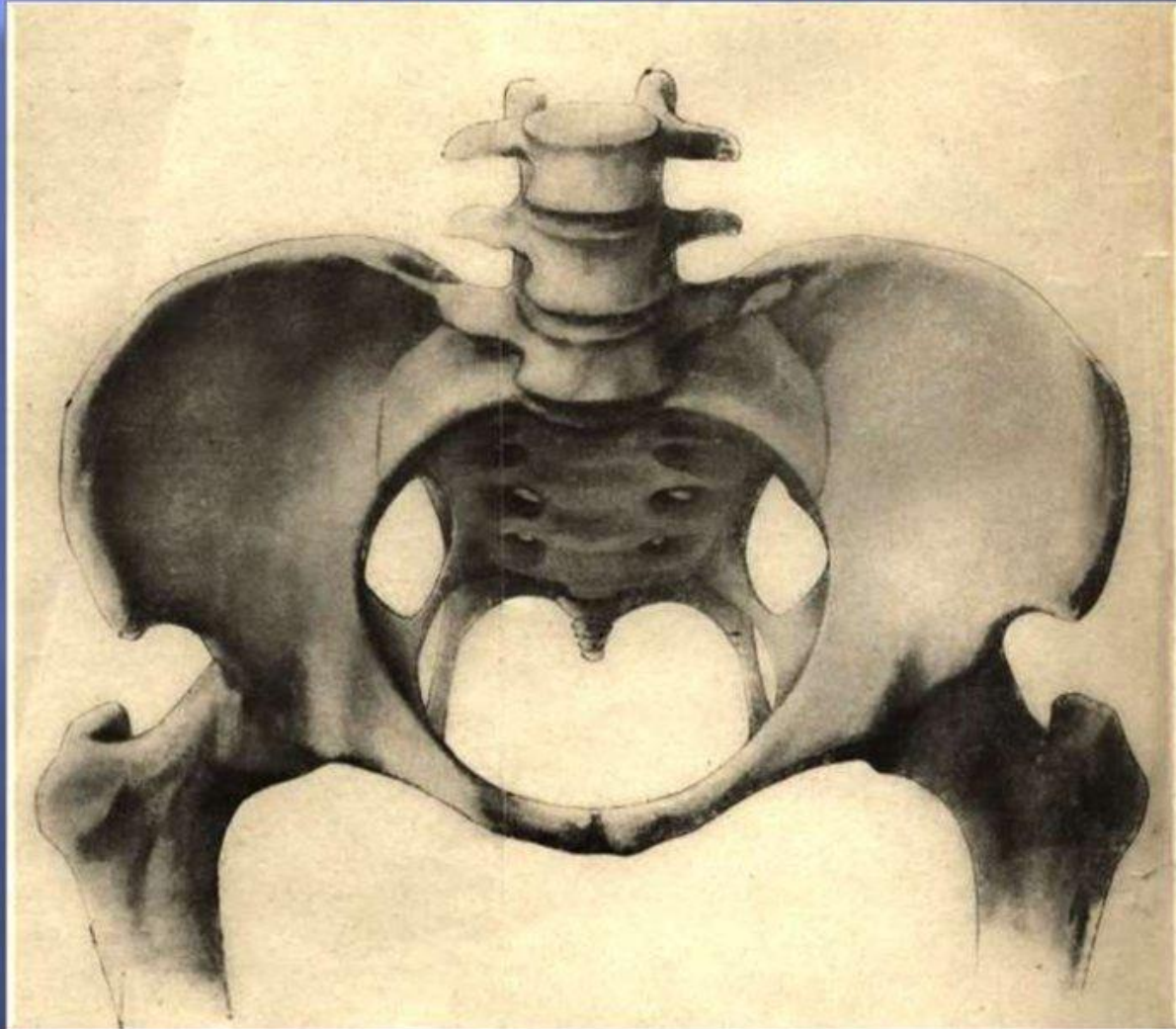
## II. По степени сужения

- ✓ 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

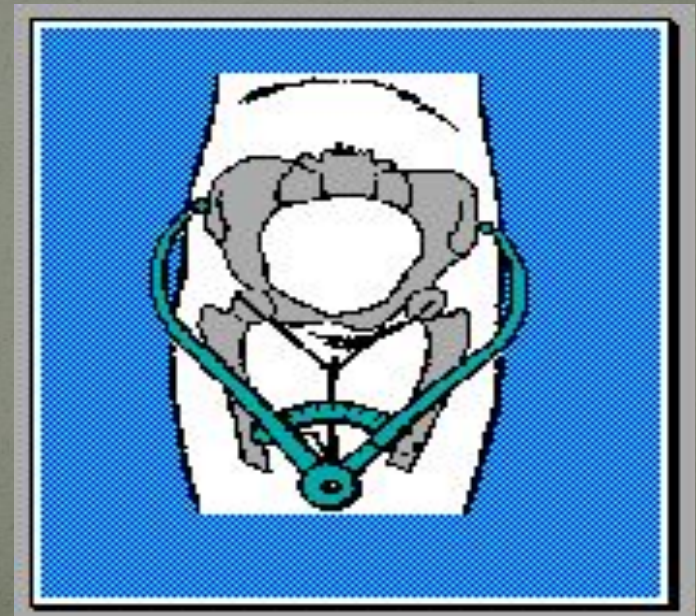
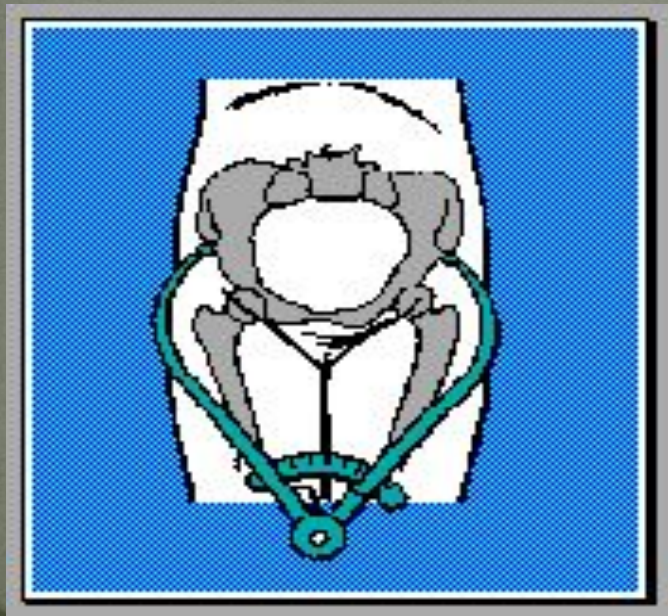
## Distantia spinarum –

между передне-верхними  
остями подвздошных  
костей

*25-26 см*

## Distantia cristarum –

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

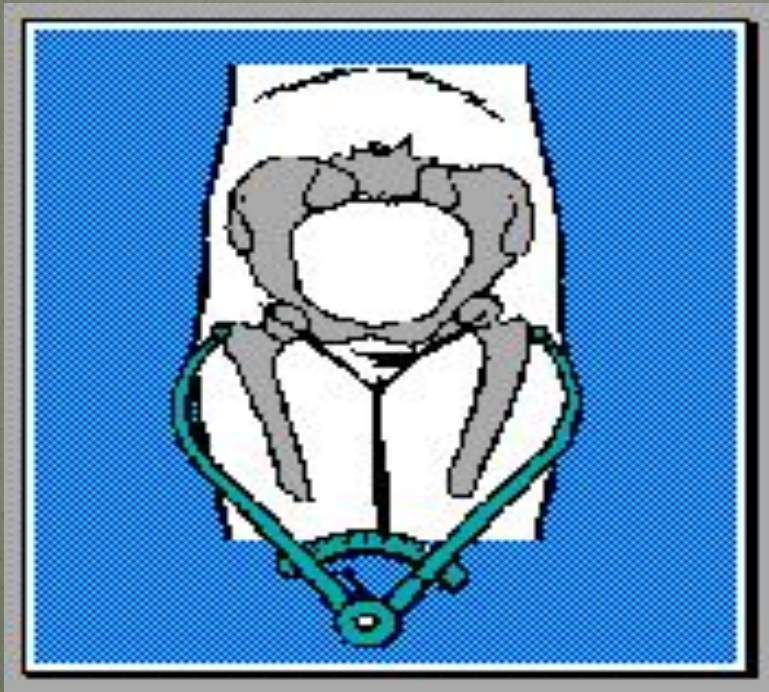


# Исследование таза

## Distantia trochanterica

между большими  
вертелами бедренных  
костей

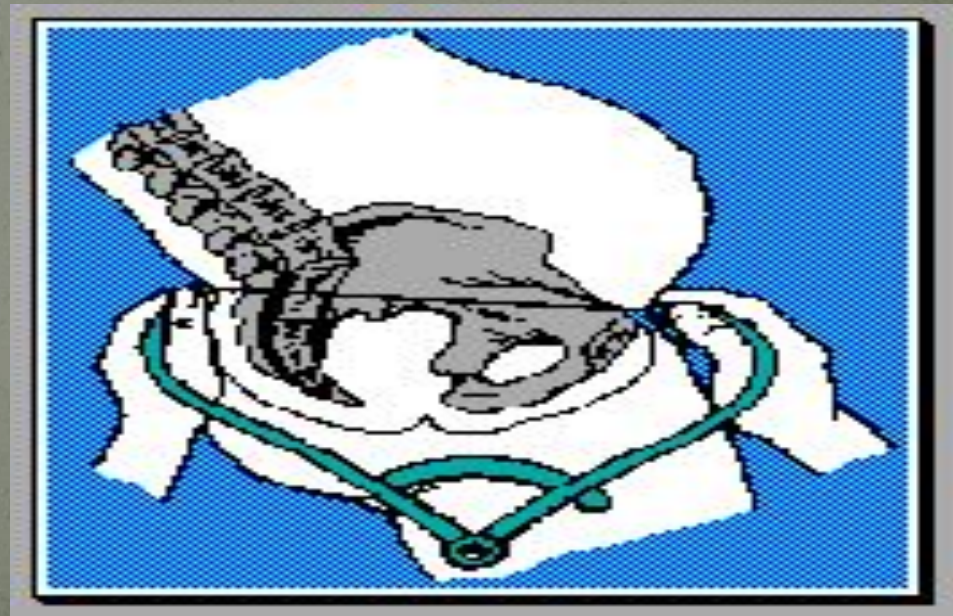
30 – 31 см



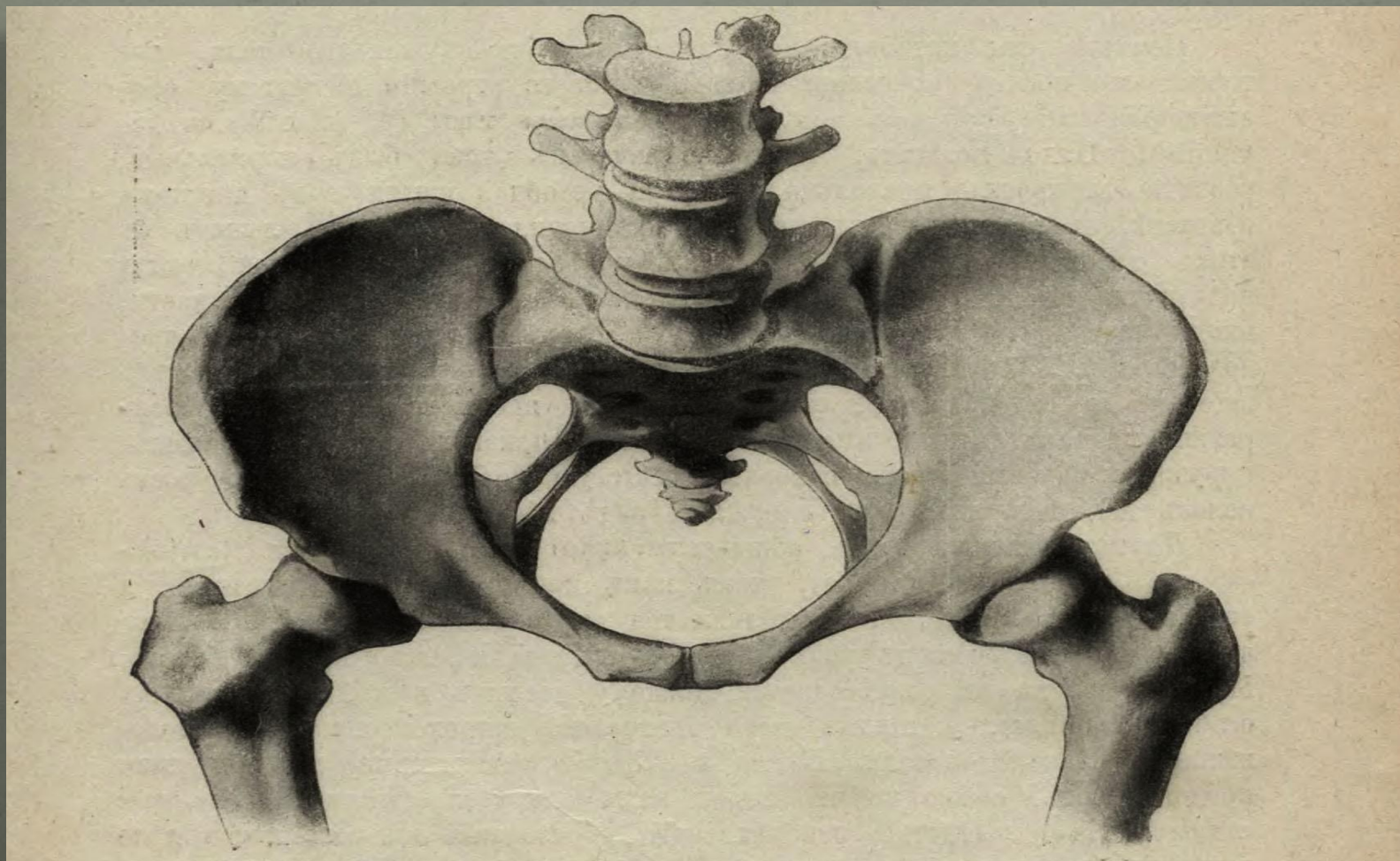
## Conjugata externa –

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

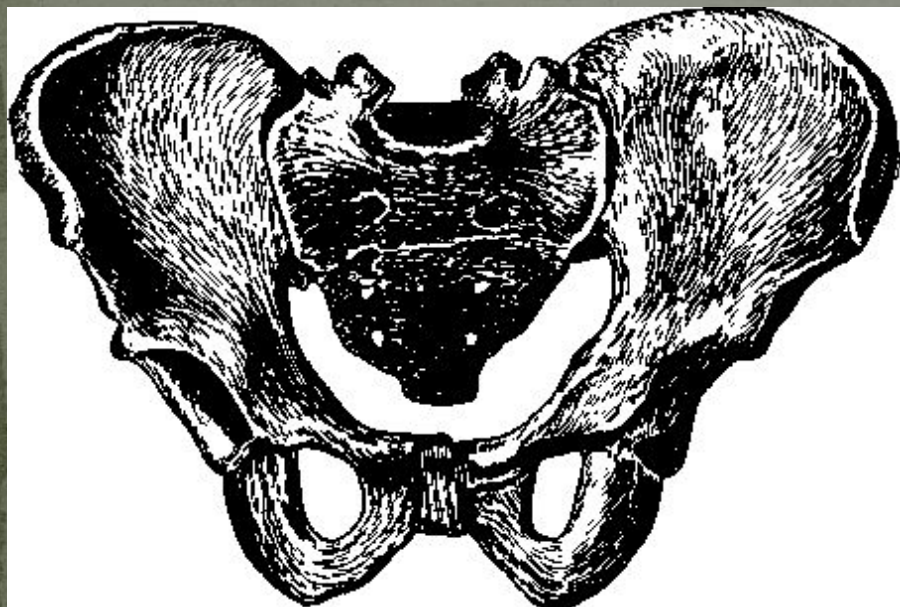
Михаэлиса – 20-21 см



# Общеравномерносуженный таз



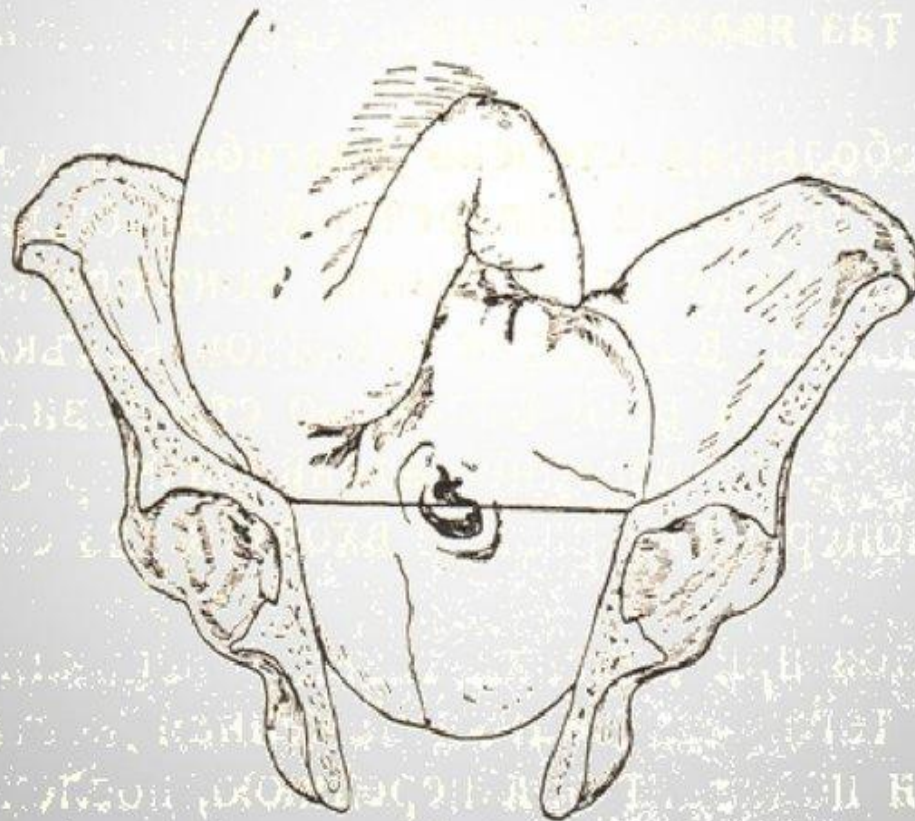
# Общеравномерносуженный таз



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

# БИОМЕХАНИЗМ РОДОВ ПРИ ОБЩЕРАВНОМЕРНОСУЖЕННОМ ТАЗЕ

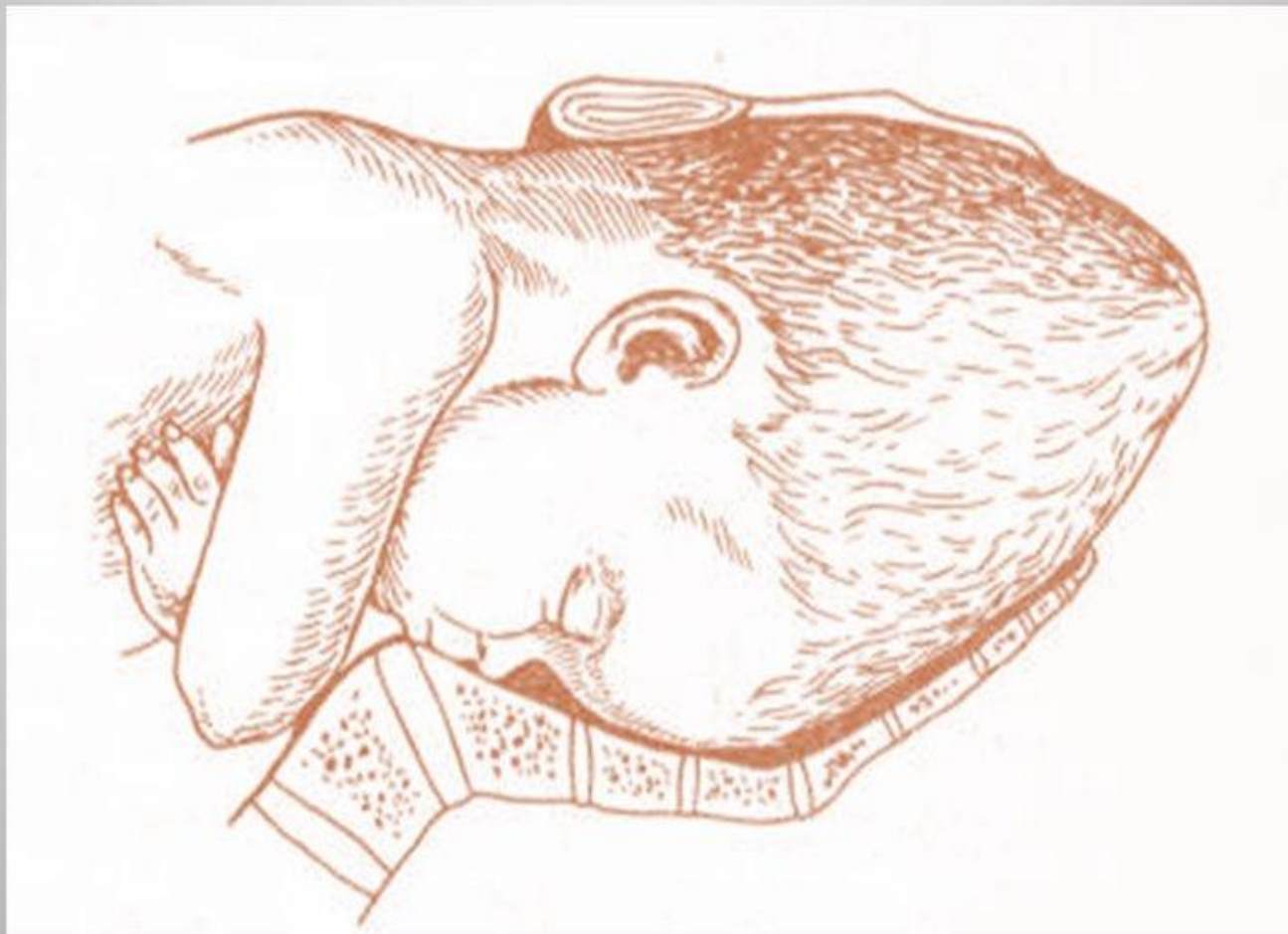
Благоприятное вставление головки  
(в максимальном сгибании).



# 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



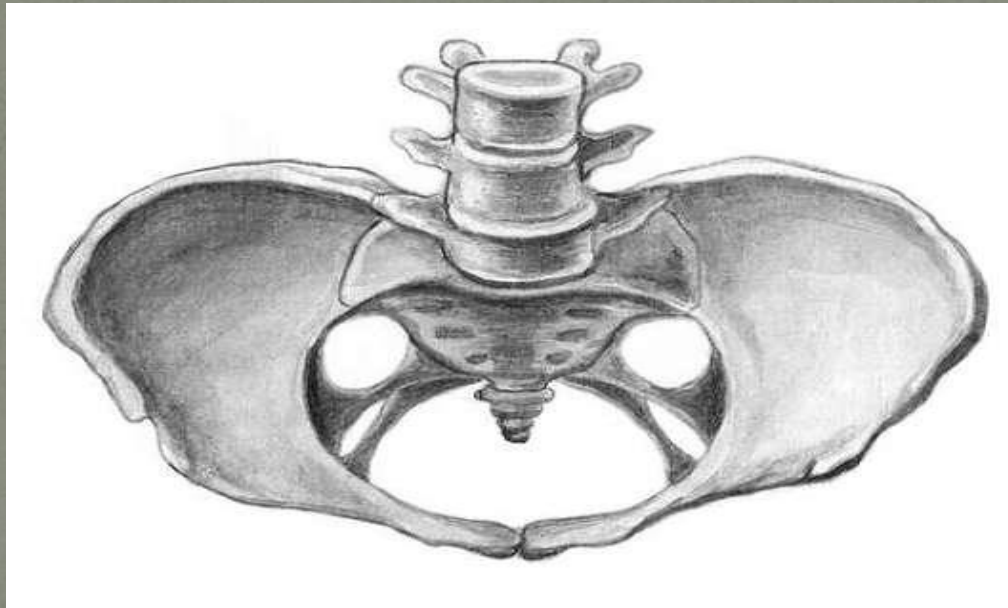
# Третий период

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



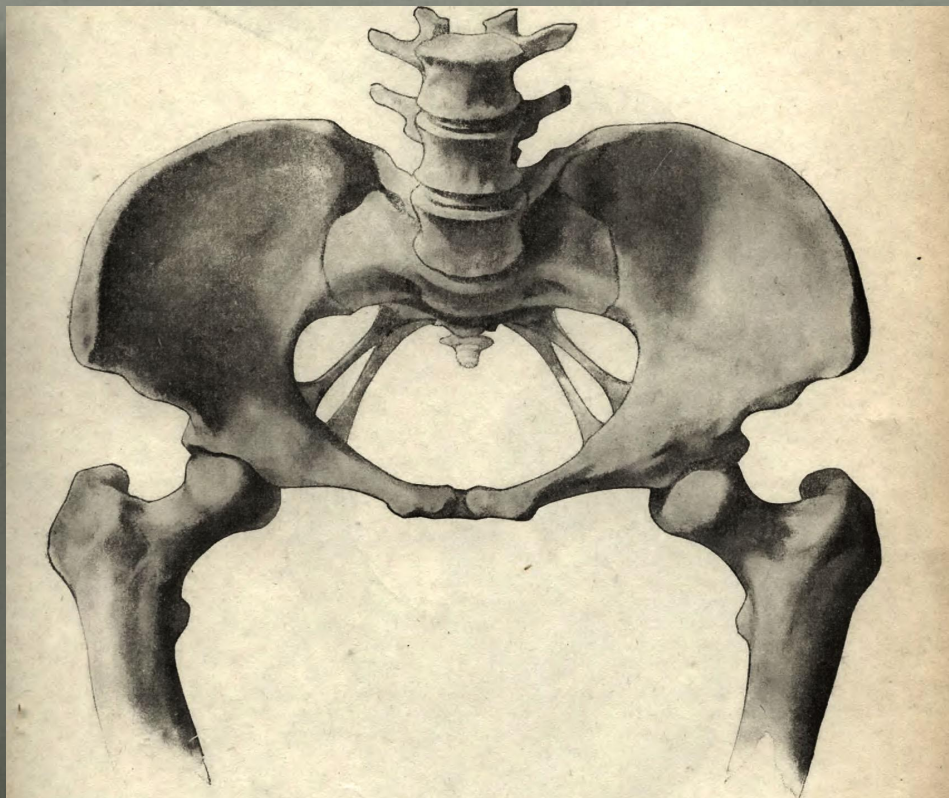
# Плоский таз

**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

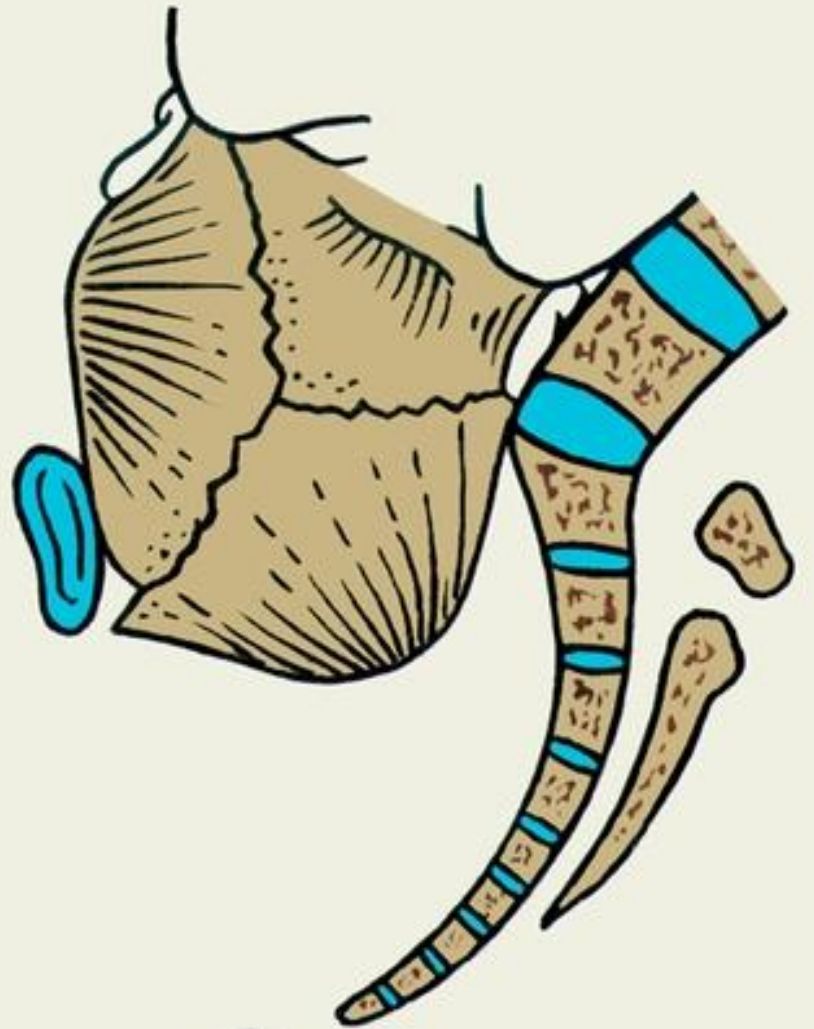
Стреловидный шов отклонен к мысу(передний асинклитизм, Негелевский, роды возможны, при хорошей родовой деятельности) или к лону (задний асинклитическое, Лиумановский роды невозможны, головка садиться на лоно –разрыв матки –кесарево сечение )

- ▣ 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

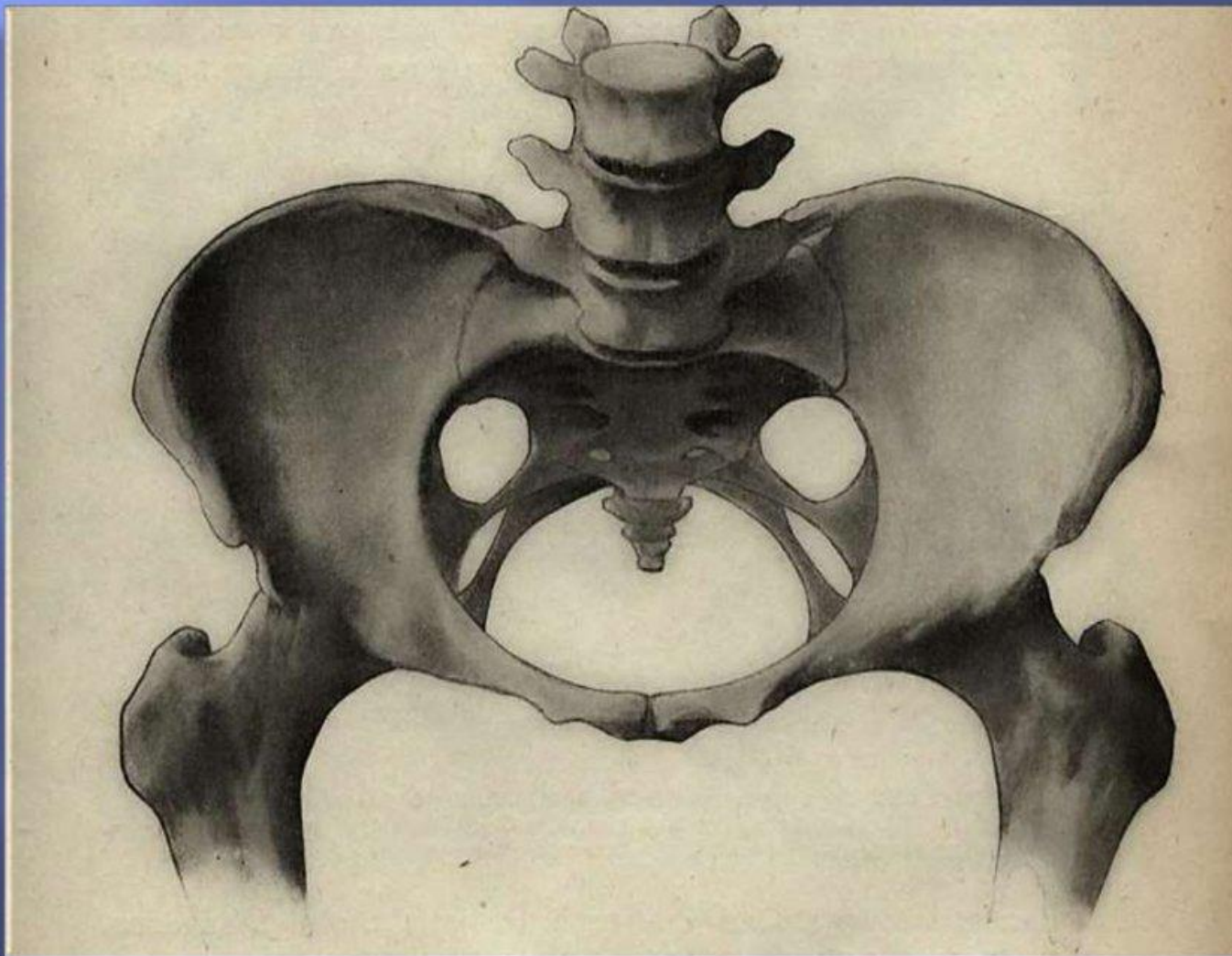
Раннее излитие околоплодных вод –  
выпадение пуповины

Слабость родовой деятельности

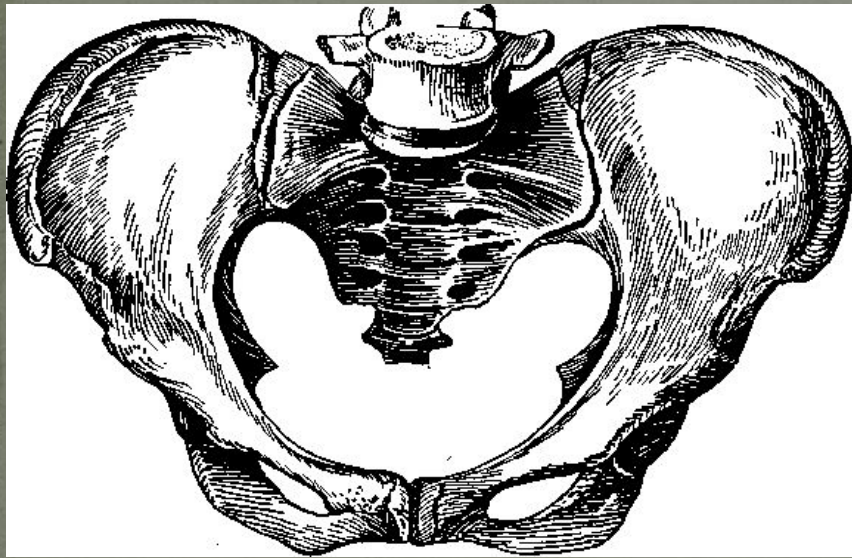
Разрыв мягких и костных родовых путей



# 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

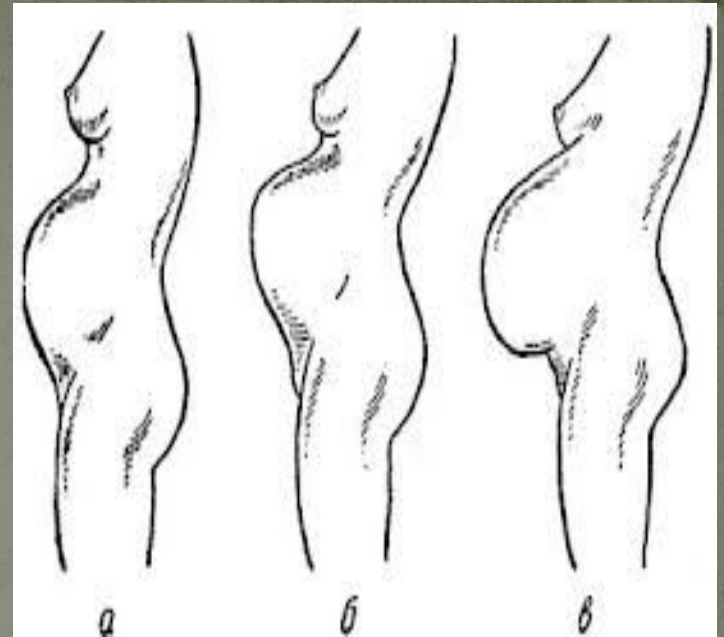


# Диагностика

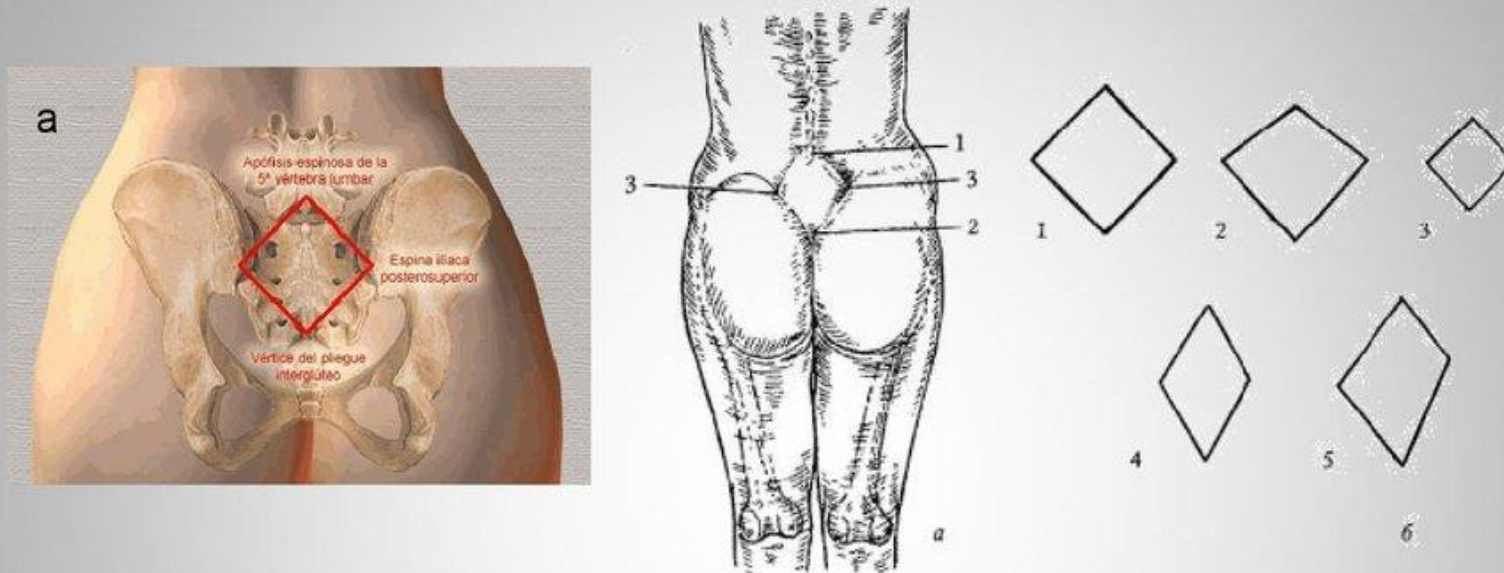
## 2. Объективное исследование:

### 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;

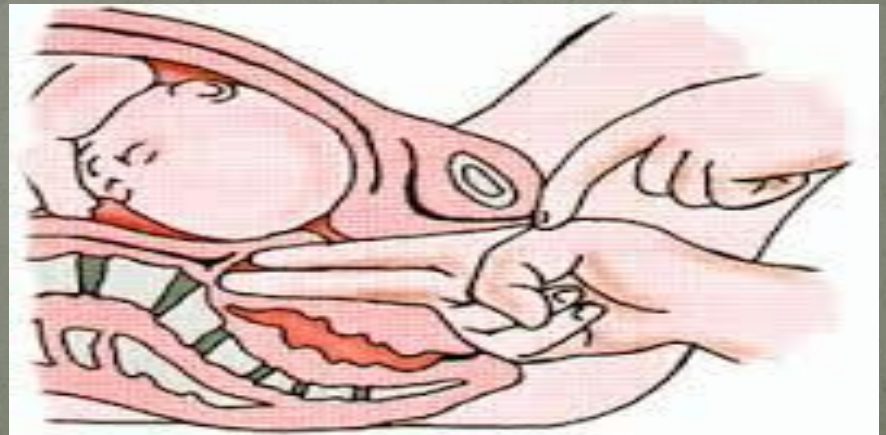
**б — формы ромба Михаэлиса при нормальном тазе и различных аномалиях костного таза:**

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.

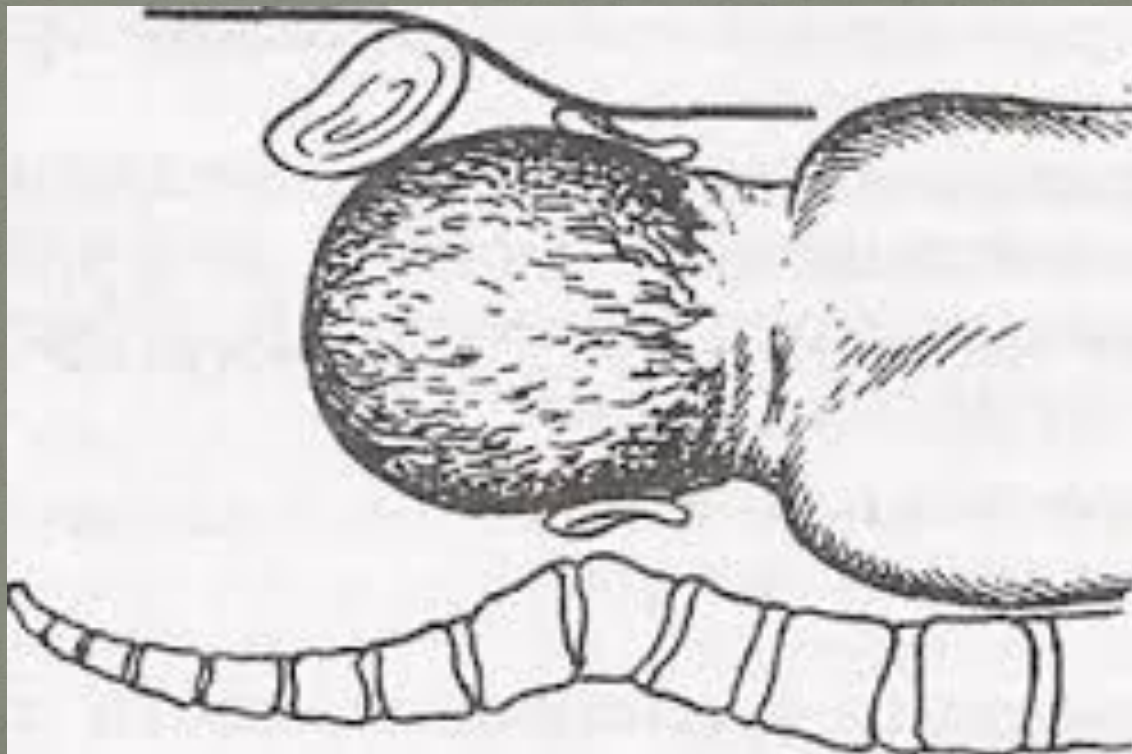
# Признаки соответствия головки и таза

**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.

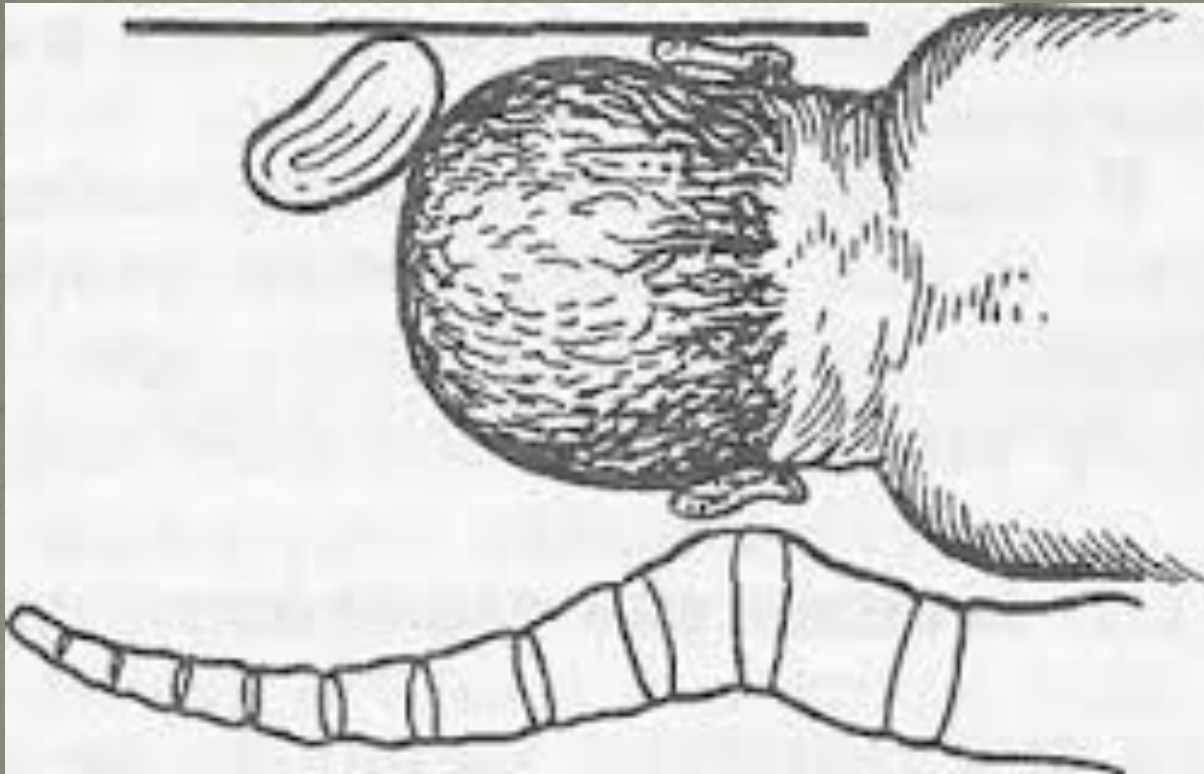
**Признак Вастена.** После отхождения вод и вставления головки одну ладонь кладут на поверхность симфиза, другую — на область предлежащей головки. При соответствии размеров таза роженицы и головки передняя поверхность головки расположена ниже плоскости симфиза (признак *Вастена* отрицательный). Если 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).



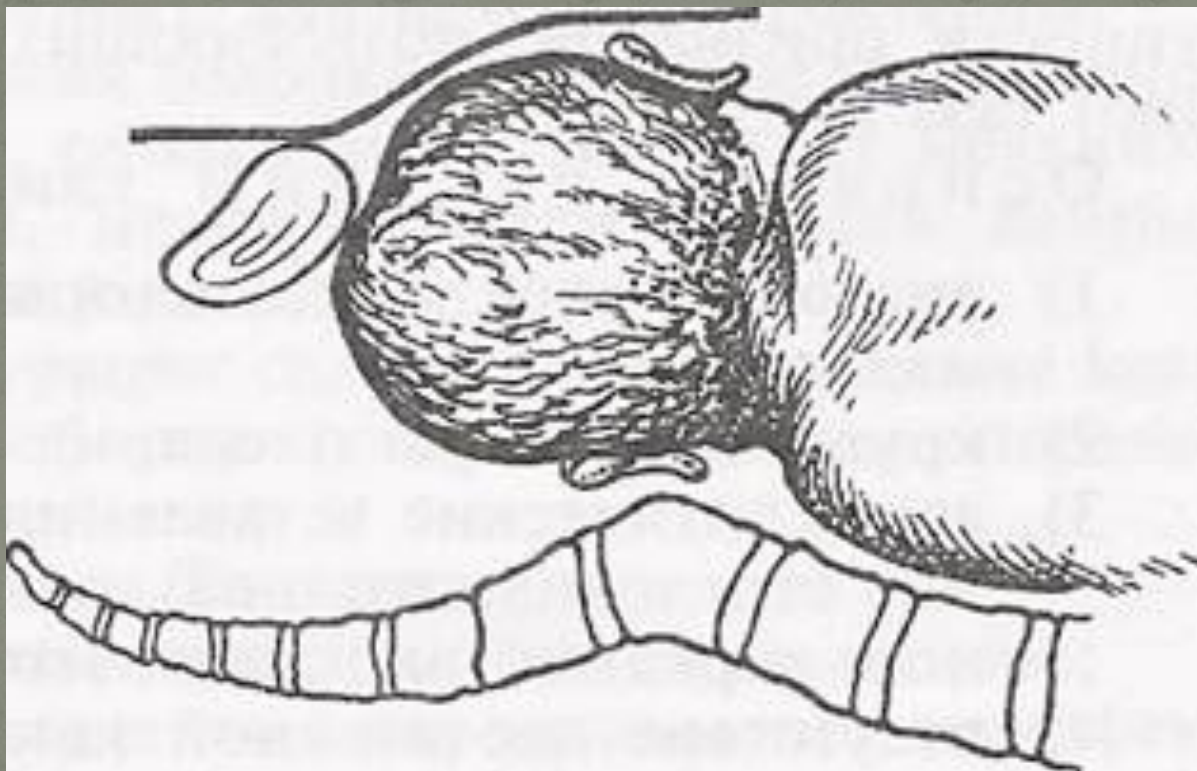
В норме головка вставляется в малый таз ниже лонного сочленения (отрицательный признак Вастена), а при клинически узком тазе головка нависает над лонным сочленением.

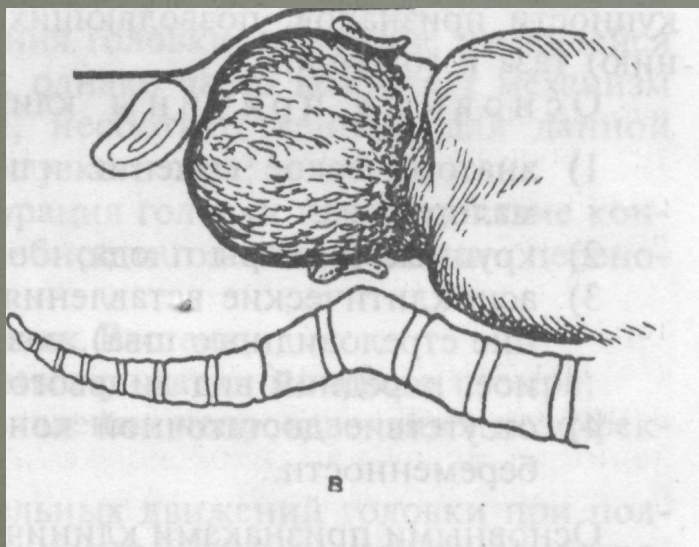
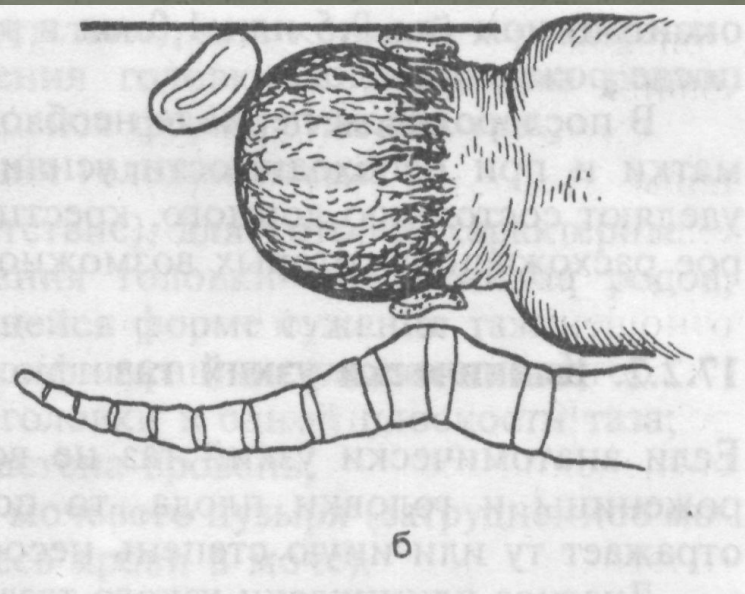
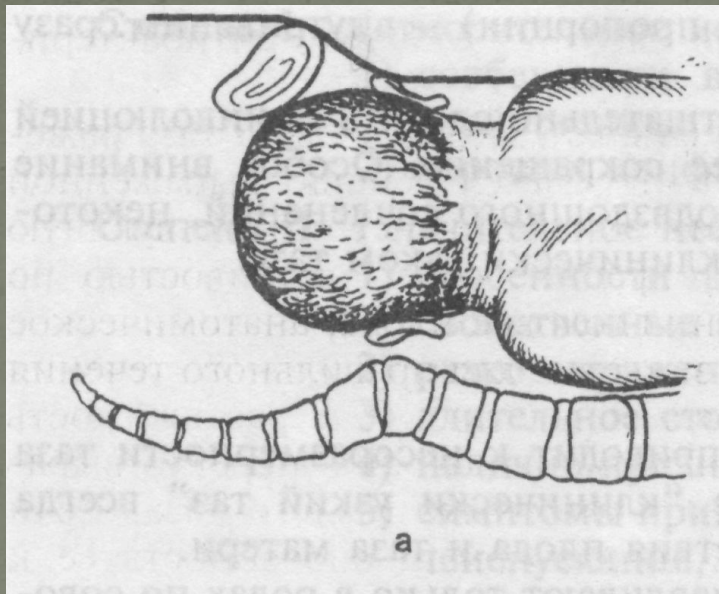


**Признак Вастена вровень -  
плоскость головки и лона на одном  
уровне.**



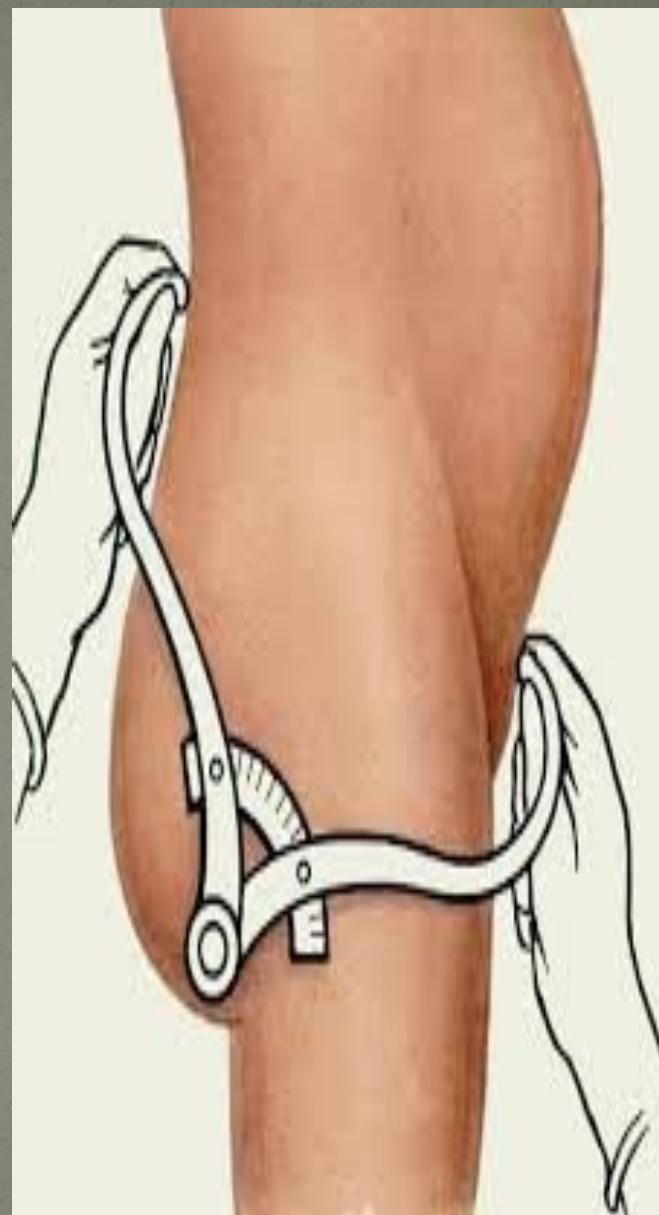
**Признак Вастена положительный –  
верхний край головки выше уровня  
лона.**





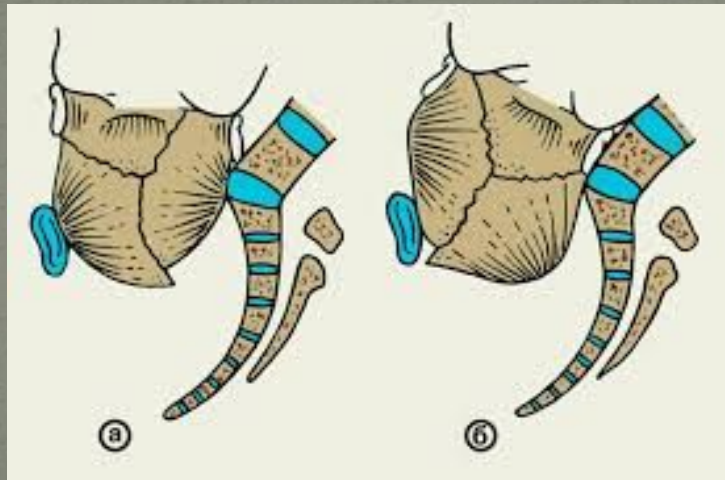
а — признак Вастена отрицательный; б — признак Вастена слабоположительный (“вровень”); в — признак Вастена положительный.

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!*

