

Аномалии костного таза.  
Клинически узкий таз. Крупный  
плод

Воровский В.С  
163А

# Аномалии костного таза

- Это анатомические изменения, при которых все или хотя бы один из наружных размеров таза отличаются от нормальных на 2 см и более.
- Включает в себя узкий, широкий и деформированный таз

# Широкий таз

- чаще наблюдается у высоких, крупных женщин. Предполагаемые размеры таза: *distantia spinarum* - 28-29 см, *distantia cristarum* 30-32 см, *distantia trochanterica* - 33-34 см, *conjugata externa* 22-23 см.
- При влагалищном исследовании определяют удлинение диагональной конъюгаты и увеличение расстояния между седалищными буграми, лонным сочленением и крестцом.

# Роды

- В родах при широком тазе могут наблюдаться следующие осложнения:
  - разгибательные вставления головки плода;
  - быстрые или стремительные роды;
  - разрывы мягких родовых путей;
  - внутричерепные кровоизлияния у плода.
- Для профилактики быстрых и стремительных родов применяют обезболивание, включая эпидуральную анестезию, продолжающуюся до рождения плода, ведение второго периода родов на боку.

# Узкий таз

Частые формы	Редкие формы
Поперечносуженный таз.	Кососмещенный и кососуженный таз.
Общеравномерносуженный таз	Таз, сопровождающийся экзостозами, костными опухолями или переломами его в анамнезе
Плоский таз	Кифотический таз.
	Другие формы таза



*нормальный таз*



*простой плоский*



*поперечносуженный*



*плоскорихитический*



*общеравномерносуженный*



*кососуженный*



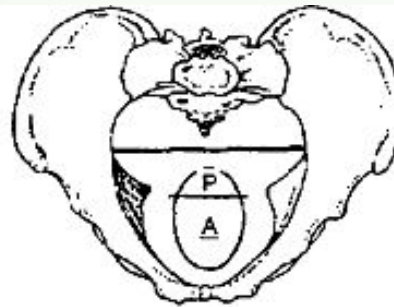
*остеомалятический*

# Рентгенологическая классификация

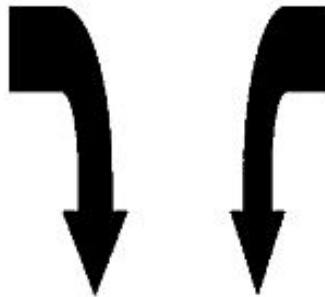
- **Гинекоидный тип** (55% всех тазов) соответствует нормальному женскому тазу. Это короткий, широкий и емкий таз. Лонная дуга широкая, наклон средний, кривизна крестца выражена. Телосложение женское, шея и талия тонкие, бедра широкие, масса и рост средние.
- **Андроидный тип** (20% всех тазов) - мужской таз. Отмечается клиновидная форма входа, узкий лонный угол, крестец недостаточно изогнут, отклонен кпереди. Таз воронкообразно сужается книзу. Отмечается мужской тип телосложения женщины: широкие плечи, толстая шея, талия не выражена. При данной форме таза наблюдается наибольшее количество патологии.
- **Антропоидный тип** (20-22% всех тазов) напоминает таз человекообразных обезьян. Форма полости удлинено-овальная, крестец узкий и длинный, лонная дуга узкая. Особенности телосложения таких женщин: высокий рост, сухощавость, плечи широкие, талия и бедра узкие, ноги длинные, тонкие.
- **Платипеллоидный тип** напоминает простой плоский таз (3% всех тазов). Форма входа в таз поперечно-овальная, наклон крестца средний, лонная дуга широкая. Этот тип встречается у высоких худых женщин со слабо развитой мускулатурой, сниженным тургором кожи.



гинекоидный

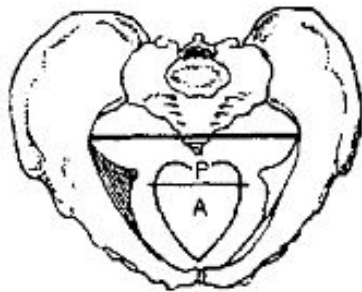


андроидный

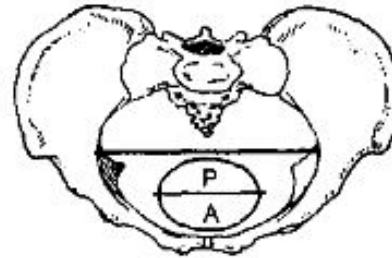


Смешанные формы

андроидный



платипеллоидный



# Степени сужения

- Степень сужения таза определяется по *истинной конъюгате*.
- I - истинная конъюгата менее 11 см и более 9 см;
- II - истинная конъюгата от 9 см до 7,5 см;
- III - истинная конъюгата от 7,5 см до 5,5 см;
- IV - истинная конъюгата 5,5 см и меньше.



# Диагностика

- 1) Анамнез общий, из которого необходимо выяснить, не перенесла ли беременная в детстве рахит и другие заболевания или травмы, влияющие на формирование и строение скелета.
- 2) Анамнез специальный: начало и характер менструальной функции, течение предшествующих беременностей и родов, масса ранее родившихся детей и другие данные, позволяющие оценить функцию половых органов женщины до беременностей и при предыдущих родах.
- 3) Объективные общие данные: рост и масса тела беременной, пропорциональность тела, подвижность суставов, строение позвоночника и прочие данные, позволяющие оценить состояние скелета в данный период.
- 4) Объективные специальные данные: форма живота при поздних сроках беременности (остроконечная у первородящих и «отвислая» у повторнородящих), угол наклона таза (в норме он составляет  $45-55^\circ$ , при узком тазе нередко больше, при этом крестец, ягодицы и наружные половые органы отклонены кзади и имеется выраженный лордоз поясничного отдела позвоночника).

# Поперечносуженный таз

- **Поперечносуженный таз** имеет сужение поперечных размеров. Суженным считается таз, в котором поперечные размеры малого таза уменьшены хотя бы на 0,6-1,0 см и более. Прямые размеры плоскости входа и узкой части полости малого таза могут быть уменьшены или, наоборот, увеличены. В зависимости от этого вход в малый таз может иметь округлую или продольно-овальную форму. Из других особенностей поперечносуженного таза обращают на себя внимание малая развернутость крыльев подвздошной кости и узкая лонная дуга.

# Общеравномерносуженный таз

- **Общеравномерносуженный** имеет укорочение всех размеров на 1,5-2 см. Общерав-номерносуженный таз сохраняет форму нормального таза, встречается у женщин правильного миниатюрного строения. Кости таза у них, как и кости всего скелета, обычно тонкие, в связи с чем полость таза может быть достаточной и не оказывать препятствий для прохождения плода.

-

# Простой плоский таз

- *Простой плоский таз* - смещение крестцовой кости к лонному сочленению. В результате уменьшены прямые размеры плоскости входа, широкой, узкой части малого таза и плоскости выхода. Поперечные и косые размеры сохраняют нормальную величину.
- Форма и кривизна крестца остаются обычными. Иногда между I и II крестцовым позвонком определяется добавочный мыс, который располагается ближе к лонному сочленению, чем истинный. При простом плоском тазе угол лонной дуги достаточно широкий.

# Плоскоррахитический таз

- *Плоскоррахитический таз* является следствием перенесенного в детстве рахита. Дистрофические изменения в костной ткани, свойственные рахиту, снижают ее плотность, в результате чего натяжение мышечно-связочного аппарата и давление позвоночника способствуют деформации и изменению расположения костей. Крестец поворачивается вокруг сагиттальной оси так, что мыс приближается к лонному сочленению, уменьшая прямой размер входа, а крестцово-копчиковое сочленение вместе с копчиком отодвигается кзади, увеличивая прямой размер выхода. Крестец при этом уплощен (вогнутость отсутствует) и укорочен в длину (рис. 13.5). Последний крестцовый позвонок вместе с копчиком в результате натяжения седалищно-крестцовых связок крючкообразно загнут вперед, но это не сказывается на увеличенном прямом размере выхода.

# Течение беременности

Течение беременности до середины III триместра, как правило, какими-либо особенностями не отличается.

Перед родами у беременных с узким тазом возможны:

- • высокое стояние головки над входом в малый таз как у повторно-, так и у первородящих;
- • неправильные положения плода (косое, поперечное, тазовое);
- • разгибательные предлежания головки (переднеголовное, лобное, лицевое);
- • преждевременное излитие околоплодных вод.

# Механизм родов

- **Механизм родов при поперечносуженном тазе** зависит от степени сужения. При нормальном прямом размере плоскости входа головка вставляется в таз асинклинически передней теменной костью, в результате чего стреловидный шов смещается кзади. Если головка опускается в полость таза, то в дальнейшем механизм родов не отличается от такового при нормальном тазе: внутренний поворот головки, ее разгибание и наружный поворот.
- При сочетании уменьшенных поперечных размеров таза с увеличением прямых размеров, в частности истинной конъюгаты, головка устанавливается во входе в таз стреловидным швом в прямом размере, чаще затылком кпереди. Сгибаясь и не производя внутреннего поворота, головка опускается на тазовое дно до плоскости выхода, после чего разгибается и рождается с последующим изгнанием туловища из матки. При несоответствии размеров таза и головки может образоваться высокое прямое стояние головки. Это осложнение чаще появляется при заднем виде плода. Высокое прямое стояние головки осложняет ее продвижение по родовому каналу.

# Механизм родов

При равномерном сужении всех размеров головка при входе в малый таз начинает испытывать одинаковое сопротивление по всей окружности. В результате особенностями механизма родов являются:

- выраженное сгибание головки в плоскости входа в малый таз и вставление ее стреловидным швом в одном из косых размеров. В таком положении головка способна пройти малым косым (9,5 см) и бипариетальным (9,25 см) размерами через плоскость входа в ее косых размерах;
- максимальное сгибание головки, которое происходит при ее переходе из широкой части полости малого таза в узкую. Малый родничок занимает в полости таза центральное положение, проходя по проводной оси таза;
- выраженная долихоцефалическая конфигурация головки.

В момент прохождения по плоскостям малого таза, испытывая сдавление, головка вытягивается в длину, резко конфигурирует, образуя долихоцефалическую форму (рис. 13.10). В области малого родничка образуется большая родовая опухоль, которую необходимо распознать. Иначе могут быть такие ситуации, когда головка большим сегментом располагается в широкой части полости малого таза или даже выше, а родовая опухоль может доходить до плоскости выхода и даже показываться из половой щели, что может привести к ошибочному заключению относительно расположения головки. Рано появляющиеся потуги в данной ситуации чреваты осложнениями как для матери, так и для плода.



# Механизм родов

- Особенности механизма родов при плоскорохитическом тазе связаны с уменьшением прямых размеров плоскости входа в малый таз.
- В момент конфигурации в плоскости входа головка, встречая сопротивление со стороны мыса сзади и лонных костей спереди, не способна встаться в один из косых размеров. Она вступает во вход в таз стреловидным швом в поперечном размере. Для нахождения оптимального размера таза головка длительно находится над входом в таз.
- При небольшом разгибании головки через прямой размер входа в таз (наименьший размер в плоскости входа) головка проходит малым поперечным размером (8,5 см). Большой поперечный размер (9,5 см) головки отходит в сторону от истинной конъюгаты и располагается в боковом отделе плоскости входа, где больше пространства. Большой родничок при этом находится на одном уровне с малым. Разогнутая головка помещается во входе в таз с учетом того, что ее прямой размер равен 12 см, а поперечный размер входа в таз имеет длину 13 см.
- При плоских тазах, несмотря на разгибание и стояние в поперечном размере входа в таз, головка нередко не может опуститься в полость. Конфигурируя, головка сначала вставляется передней теменной костью, а задняя при этом упирается в мыс (рис. 13.11). Стреловидный шов отклонен к мысу (негелевский передний асинклитизм). Под влиянием схваток, воздействующих на головку, и давления мыса на заднюю теменную кость, последняя заходит за переднюю, благодаря чему уменьшается поперечный размер головки. При достижении соответствия под влиянием родовых сил задняя теменная кость соскальзывает с мыса, и головка проходит в полость входа.

# Механизм родов

- После прохождения в полость таза головка сгибается, ее дальнейшее продвижение может происходить по типу нормального механизма родов (внутренний поворот и разгибание).
- В полости таза бывают и другие варианты механизма родов. Роды могут проходить по типу заднего вида затылочного предлежания. Головка может остаться также в разогнутом виде, тогда плод рождается в переднеголовном предлежании.
- Из-за относительно увеличенных прямых размеров полости таза и плоскости выхода после задержки головки во входе в таз ее прохождение полости таза может быть чрезвычайно быстрым ("штурмовые" роды), что чревато травматическими повреждениями головки плода. Конфигурация головки ближе к брахицефалической с большой родовой опухолью на теменной кости, левой или правой в зависимости от позиции.

**Механизм родов при простом плоском тазе.** В плоскости входа в малый таз механизм вставления головки аналогичен родам при плоскорохитическом тазе.

- В дальнейшем, после вступления в полость таза, могут быть следующие варианты: рождение по типу затылочного предлежания; низкое стояние головки стреловидным швом в поперечном размере таза при затруднении внутреннего поворота головки. Головка доходит до плоскости выхода стреловидным швом в поперечном размере; если не происходит поворота, возникают осложнения (вторичная слабость родовых сил, острая гипоксия плода).

# Показания к кесареву сечению

- анатомически узкий таз при сужении III-IV степени (встречается крайне редко);
- • сужении таза I-II степени и средних размерах плода (до 3500 г и более);
- • экзостозы или костные опухоли в малом тазу, препятствующие прохождению плода;
- • резкие деформации таза в результате перенесенной травмы;
- • разрывы лонного сочленения, формирование мочеполовых и кишечно-половых свищей, обусловленных сужением таза, в предыдущих родах.
- • аномалии развития половых органов;
- • возраст первородящих 30 лет и более;
- • рубец на матке после операции;
- • отягощенный акушерский анамнез (длительное бесплодие, беременность после ЭКО и т.д.), отсутствие живых детей;
- • перенашивание беременности;
- • крупный плод (3800-4000 г и более);
- • тазовое предлежание;
- • хроническая гипоксия плода;
- • разгибательные предлежания головки плода.

# Клинически узкий таз

Подразумевает несоразмерность таза и головки плода.

Причины клинически узкого таза:

- анатомически узкий таз;
- крупный плод;
- неспособность головки к конфигурации;
- неправильные вставления головки:  
разгибательные предлежания (лобное, передний вид лицевого предлежания, переднеголовное при массе плода 3800 г и более); асинклитические вставления (заднетеменное, высокое прямое стояние стреловидного шва).

# Симптомы

- положительные симптом Вастена и данные измерения по Цангемейстеру;
- • выраженная конфигурация головки;
- • большая родовая опухоль;
- • замедление или отсутствие продвижения головки при хорошей родовой деятельности.

# Крупный плод

- плод, масса которого при рождении составляет 4000 г и более
- ; чрезвычайно крупный плод – 4500 г и более
- гигантский - 5000 г.

# Осложнения

Беременности:

- отеки
- ОПГ-гестоз
- многоводие
- перенашивание.

Родов:

- первичная и вторичная слабость родовой деятельности;
- преждевременное или раннее излитие околоплодных вод;
- затруднения при продвижении по родовому каналу.

# Диагностика

- Наиболее точным методом диагностики крупного плода является ультразвуковое сканирование. Наиболее важным показателем УЗИ плода считается величина бипариетального размера головки, окружности живота, длины бедренной кости плода и отношение длины бедренной кости к окружности живота. Также определяют форму макросомии: а) **симметричная форма** характеризуется пропорциональным увеличением всех фетометрических показателей; б) при **асимметричной форме** бипариетальный размер головки и длина бедренной кости незначительно превышают норму, а окружность живота значительно больше нормы.
- В срок беременности 38 нед. направляют в дородовое отделение акушерского стационара.
- Перед родами окружность живота у женщин с крупным плодом превышает 100 см, высота стояния дна матки равна 40-42 см. При головном предлежании можно измерить с помощью тазомера или специального циркуля прямой размер головки, который превышает 12 см.



# Роды

- Плановое кесарево сечение проводится у беременных с крупным плодом при наличии таких неблагоприятных факторов, как тазовое предлежание, рубец на матке, анатомически узкий таз любой степени сужения, перенашивание, хроническая гипоксия плода, тяжелые формы гестоза и экстрагенитальной патологии.
- У остальных беременных может планироваться родоразрешение через естественные родовые пути.
- При ведении спонтанных родов проводится профилактика гипоксии плода и слабости родовой деятельности, осуществляют превентивную перинеотомию, принимают меры для предупреждения кровотечений в последовый и ранний послеродовой периоды.
- Послеродовой период чаще осложняется инфекцией родовых путей, поэтому требует повышенного внимания.

**Спасибо за внимание**