

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



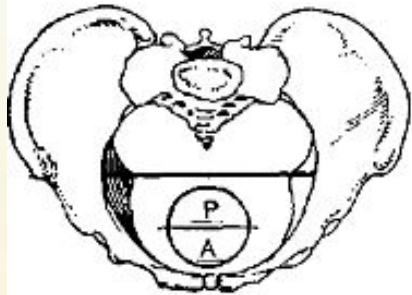
кососуженный



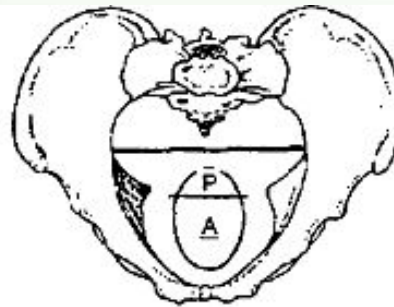
остеомалятический

Рентгенологическая классификация

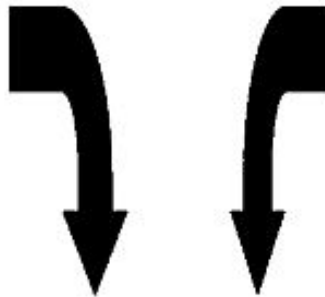
- **Гинекоидный тип** (55% всех тазов) соответствует нормальному женскому тазу. Это короткий, широкий и емкий таз. Лонная дуга широкая, наклон средний, кривизна крестца выражена. Телосложение женское, шея и талия тонкие, бедра широкие, масса и рост средние.
- **Андроидный тип** (20% всех тазов) - мужской 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

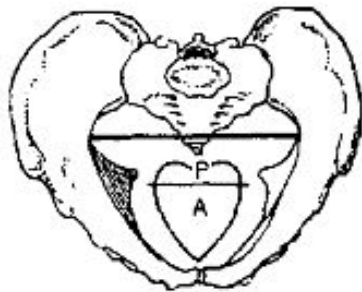


андроидный

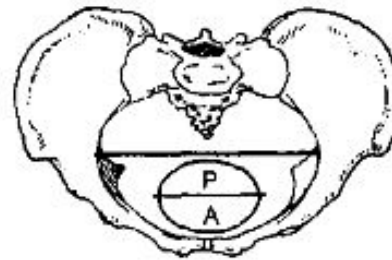


Смешанные формы

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