

**Кафедра перинатологии, акушерства и гинекологии
лечебного факультета**



Тема: УЗКИЙ ТАЗ В СОВРЕМЕННОМ АКУШЕРСТВЕ



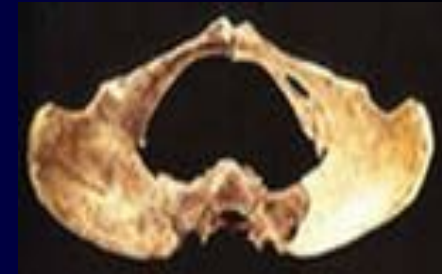
**Разживина У.А.
Группа 2/4
Преподаватель Куренько Л.А.**

План лекции



- Актуальность темы
- Поняте анатомически и клинически узкого таза
- Причины и профилактика возникновения узких тазов
- Часто встречающиеся формы сужения таза
- Течение беременности и ведение родов при узких тазах
- Выводы

Определение понятия «анатомически»



и «клинически» узкого таза.

Анатомически узким тазом принято считать таз, в котором все размеры или хотя бы один из них укорочен по сравнению с нормальным на 1,5-2 см и больше. Основным показателем сужения таза принято считать размер истинной конъюгаты; если она меньше 11 см, то таз считается узким.

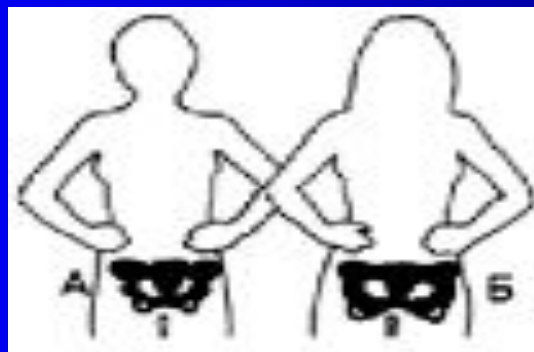
Клинически узкий таз - это несоответствие между головкой плода и тазом матери, независимо от размеров последнего. (Калганова Р.И., 1965г.)

Причины формирования анатомически узкого таза.

1. Задержка полового развития и инфантилизм;
2. Конституциональные особенности;
3. Частые инфекционные заболевания в детстве;
4. Психофизические нагрузки в пубертатном возрасте,
5. Нарушения менструальной и генеративной функции,
4. Нарушения минерального обмена и, в частности, Са и Р;
5. Туберкулез;
6. Рахит;
7. Переломы костей таза и конечностей;
8. Опухоли костей таза.

Частота встречаемости анатомически и возникновения клинически узкого таза.

- Частота
возникновения
анатомически
узкого таза
колеблется от 1,04 до 7,7% (Steer Ch.M., 1983; Langnickel D., 1987 и др.)



- Частота возникновения
клинически узкого таза
при анатомическом сужении таза – 25-30 %, при нормальных размерах таза – 0,3 %.

КЛАССИФИКАЦИЯ

А. Сравнительно часто встречающиеся формы узкого таза:

- 1) общеравномерносуженный таз - 8,5%**
- 2) поперечносуженный таз 45,2%**
- 3) плоский таз:
 - а) простой плоский таз - 13,6%**
 - б) плоскорахитический таз - 6,5%**
 - в) таз с уменьшением широкой части полости - 21,8%****

Б. Редко встречающиеся формы узкого таза: - 4,4%

- 1) кососмещенный и кососуженный таз;**
- 2) таз, суженный экзостозами, костными опухолями, вследствие переломов таза со смещением;**
- 3) другие формы таза.**

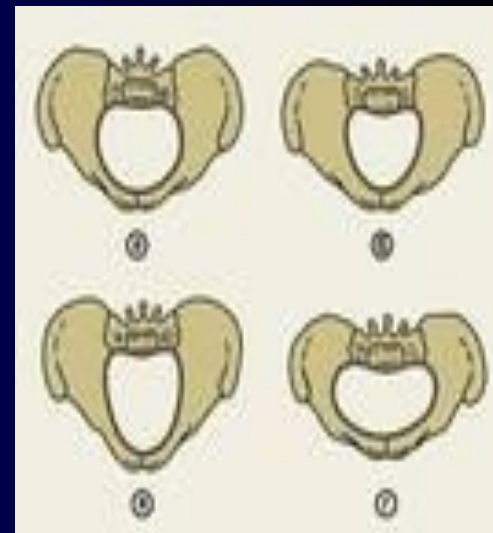
Классификация А.Я.Крассовского (1885г.)

А. Обширные тазы.

Б. Узкие тазы.

1 Равномерносуженные тазы:

- а) общеравномерносуженный таз;
- б) таз карлиц;
- в) инфантильный таз.



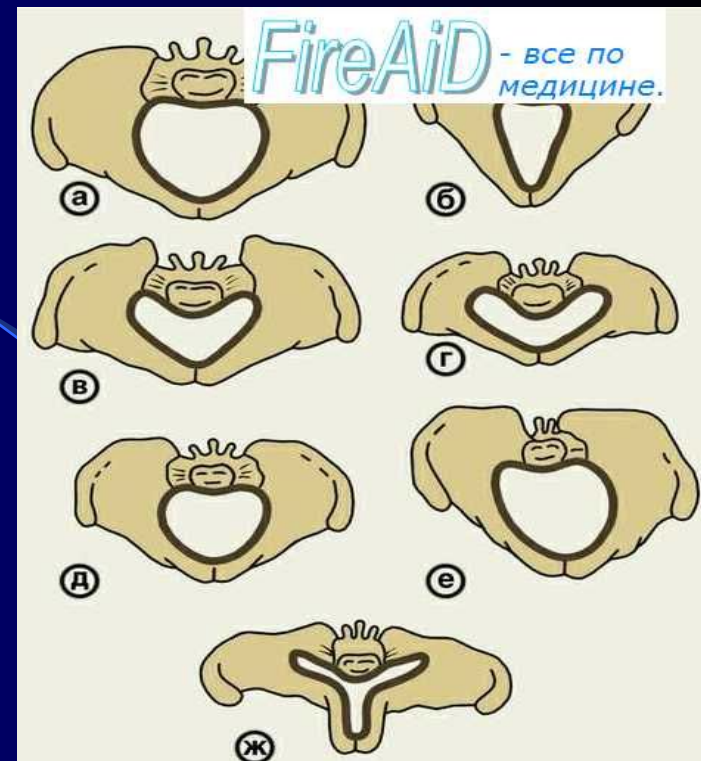
2. Неравномерносуженные тазы:

1) Плоские тазы:

- а) простой плоский таз;
- б) рахитический плоский таз;
- в) плоский люксационный таз при двустороннем вывихе бедра;
- г) общесуженный плоский таз.

2) Косые тазы:

- а) анкилотический кососуженный таз;
- б) коксальгический кососуженный таз;
- в) сколиозорахитический кососуженный таз;
- г) кифосколиозорахитический кососуженный таз;
- д) тазы с односторонним вывихом бедра.



3) Поперечносуженные тазы:

- а) анкилотический поперечносуженный таз;
- б) кифотический поперечносуженный таз;
- в) спондилолистетический поперечносуженный таз;
- г) воронкообразный поперечносуженный таз.

4) Спавшиеся тазы:

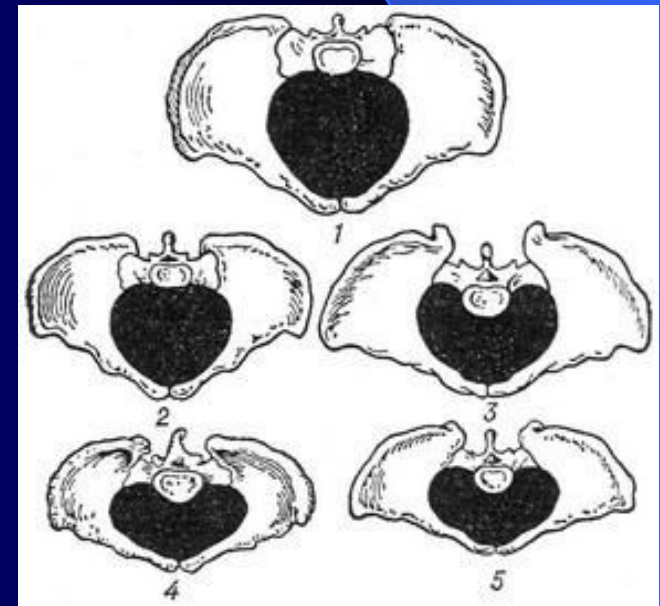
- а) остеомалаятический спавшийся таз;
- б) рахитический спавшийся таз.

5) Расщепленный или открытый спереди таз.

6) Остистые тазы.

7) Тазы с новообразованием.

8) Тазы закрытые.



За рубежом широко используют классификацию Caldwell-Moloy (1933), учитывающую особенности строения таза: 1) гинекоидный (женский тип таза), 2) андроидный (мужской тип), 3) антропоидный (присущий приматам), 4) платипеллоидный (плоский).

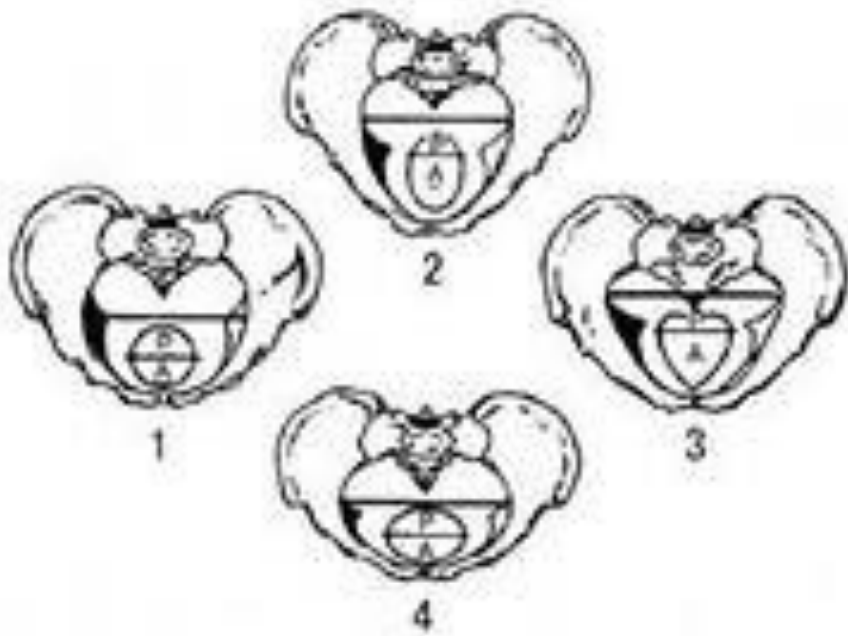


Рис. 1. Четыре основные формы таза по классификации Caldwell—Moloy.

- Линия, проходящая через наибольший поперечный диаметр таза, делит вход в таз на задний (Р) и передний (А) сегменты.

Степени сужения таза, основанные на размерах истинной конъюгаты.

принято различать четыре степени сужения таза:

- первая — истинная конъюгата < 11 см и > 9 см;
- вторая — меньше 9 см и больше 7,5 см;
- третья — меньше 7,5 см и больше 6,5 см;
- четвертая — меньше 6,5 см.



Основные наружные размеры узкого таза, CM

Форма таза	<i>Distantia spinarum</i>	<i>Distantia cristarum</i>	<i>Distantia trochanterica</i>	<i>Conjugata externa</i>	<i>Conjugata diagonalis</i>
Поперечно-суженный	23	26	29	20	13
Простой плоский	26	29	31	18	11
Равномерно-суженный	24	26	28	18	11
Плоскорихитический	26	26	31	17	10

Поперечносуженный таз (Робертовский):

1. Уменьшены поперечные размеры при нормальных прямых размерах.
2. Удлиненный крестцовый ромб - вертикаль больше чем горизонталь.
3. Форма входа м/таза круглая или продольно-овальная.



Поперечносуженный таз (Робертовский):

4. Крутое стояние крыльев подвздошных костей (или малая развернутость).
5. Узкая лонная дуга то есть малый лонный угол.
6. При влагалищном исследовании диагональная конъюгата нормальных размеров.



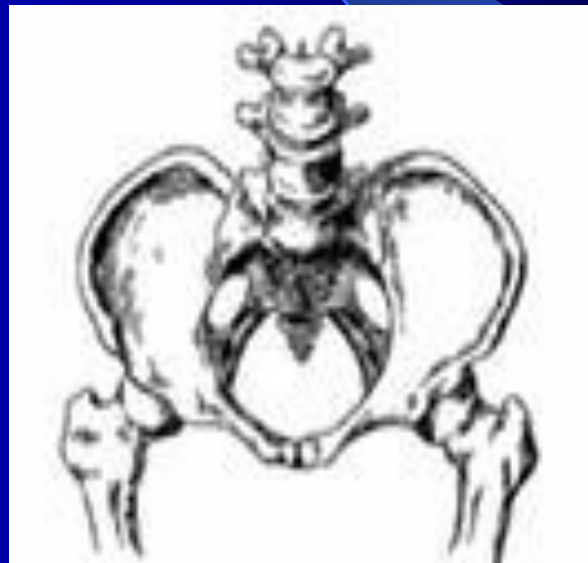
Общеравномерносуженный таз:

1. **Равномерно уменьшены все размеры на 1.5 см.**
2. **Совершенно правильно сформированный таз у женщины невысокого роста правильного телосложения. Острый лонный угол.**



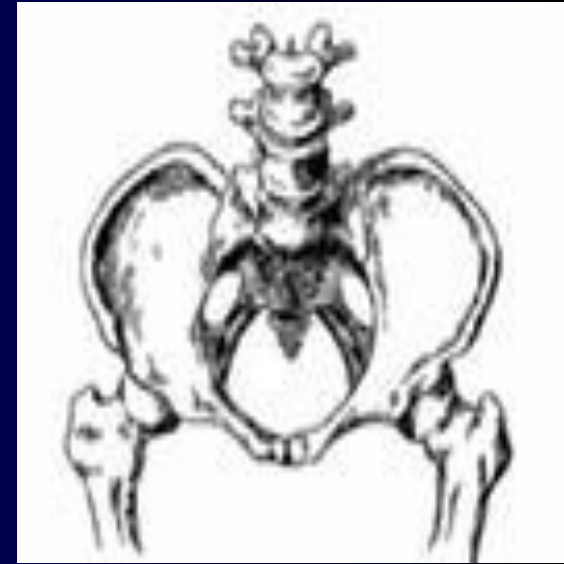
Общеравномерносуженный таз:

1. **Инфантильный** – встречается при наличии признаков общего инфантилизма – крестец узкий и малоизогнутый, мыс стоит высоко, лобковый угол острый.

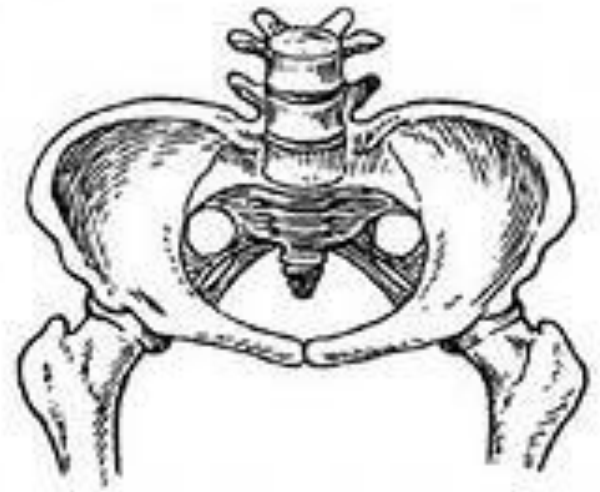


Общеравномерносуженный таз:

2. Таз мужского типа – у женщин высокого роста с признаками интерсексуальности (массивные кости, оволосение по мужскому типу) – высокая воронкообразная форма полости м/таза, острый лонный угол.
3. Карликовый таз – крайняя степень сужения ОРСТ, встречается у женщин карликового роста



Простой плоский таз (Девентеровский).



1. Все прямые размеры уменьшены, это связано с тем, что крестец равномерно приближен к лонному сочленению.
2. Крылья подвздошных костей широко развернуты.
3. Крестцовый ромб уплощен, то есть вертикаль меньше 11 см.

Плоскоррахитический таз

Характеризуется уменьшением прямого размера входа и увеличением всех остальных прямых размеров таза, при этом все кости таза деформированы.

При диагностике данной формы таза следует обращать внимание на признаки перенесенного в детстве рахита ("квадратная голова", искривление ног, позвоночника, грудины и др.), уменьшение вертикального размера крестцового ромба и изменение его формы.



Плоскоррахитический таз

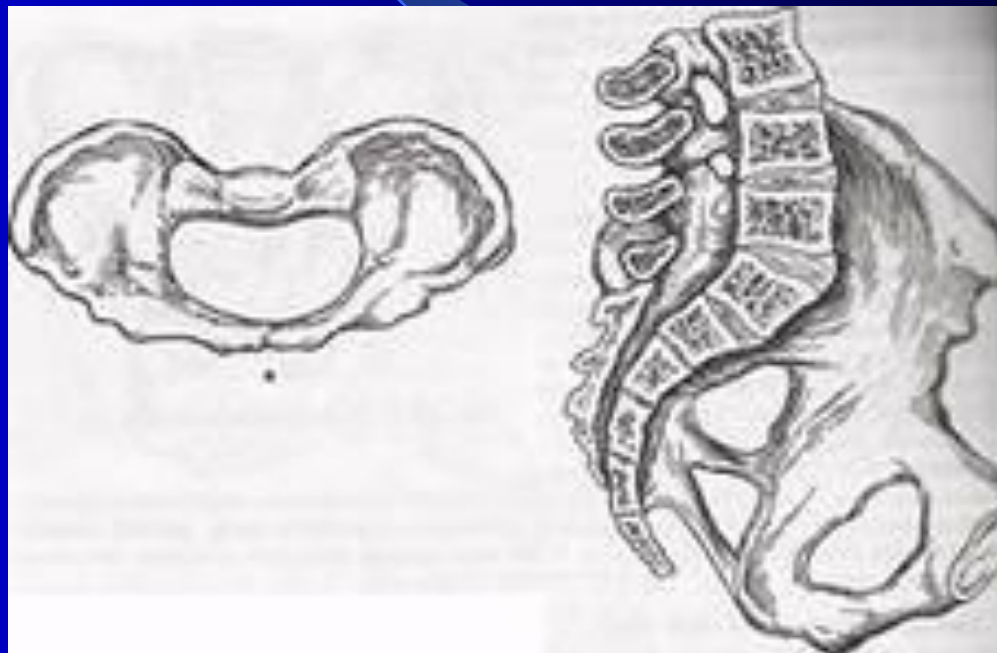
- 1. Изменен и деформирован крестец.**
Основанием крестец повернут кпереди, к лону, а верхушка крестца сдвинута кзади.
- 2. Форма крестца резко деформирована.**
Крестцовая кость заметно укорочена (низкие позвонки). Крестцовые позвонки уменьшены в передне-заднем размере — крестец кажется более тонким.

Плоскоррахитический таз

3. На передней поверхности крестца имеется ложный мыс – окостенение хрящевой прослойки между 1 и 2 позвонками.
4. Крылья подвздошных костей развернуты и *d.spinarum* и, *d.cristarum* обычно почти равны, резко уменьшена наружная конъюгата. При влагалищном исследовании достигим мыс, крестец уплощен.

Плоскоррахитический таз

Крестец в плоскоррахитическом тазу –
уплощен, укорочен, утончен, уширен



Плоскоррахитический таз

- 5. Седалищные бугры отклонены кнаружи**
- 6. Лобковая дуга широкая, лонный угол тупой**
- 7. Отмечается большая степень наклона таза**
- 8. Копчик вместе с последним крестцовым позвонком загнут кпереди**
- 9. Ромб Михаэлиса уплощен**

Плоскоррахитический таз

Мал, низок, уплощен во входе и
уширен (относительно) в полости
таза и выходе.



ДИАГНОСТИКА УЗКОГО ТАЗА.

- 1. Анамнез: развитие в детстве, в период полового созревания, болезни на протяжении всей жизни.**



ДИАГНОСТИКА УЗКОГО ТАЗА.

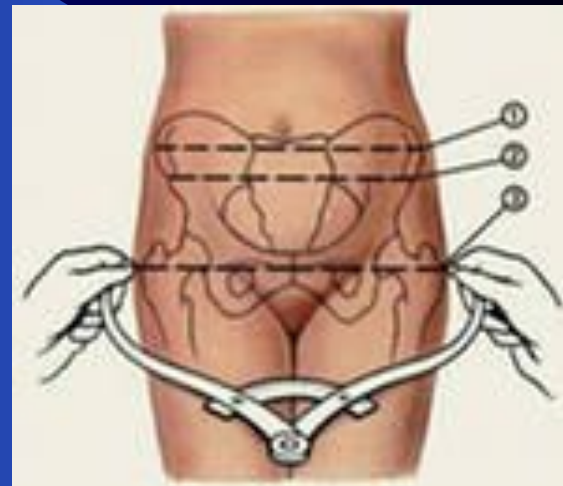
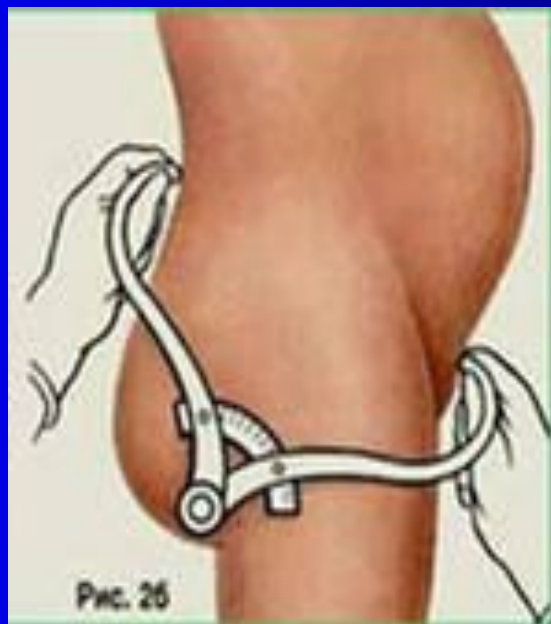
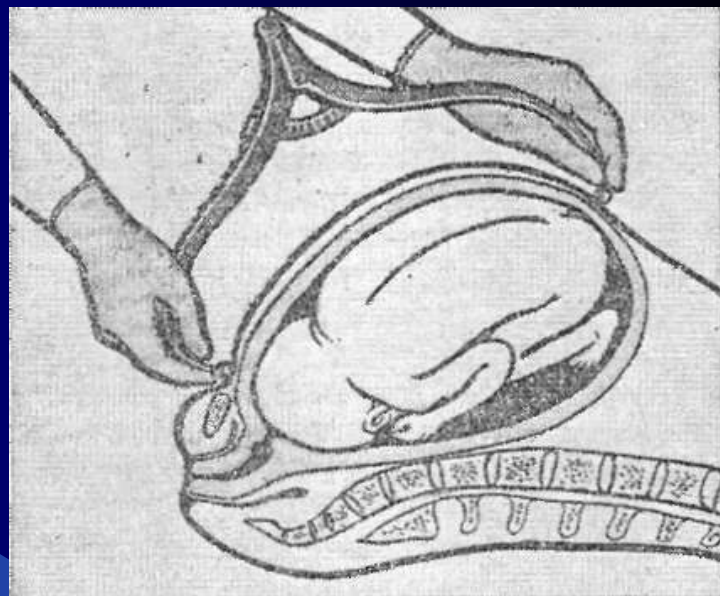
2. Наружный осмотр.

**Внешне – отвислый
живот.**



ДИАГНОСТИКА УЗКОГО ТАЗА.

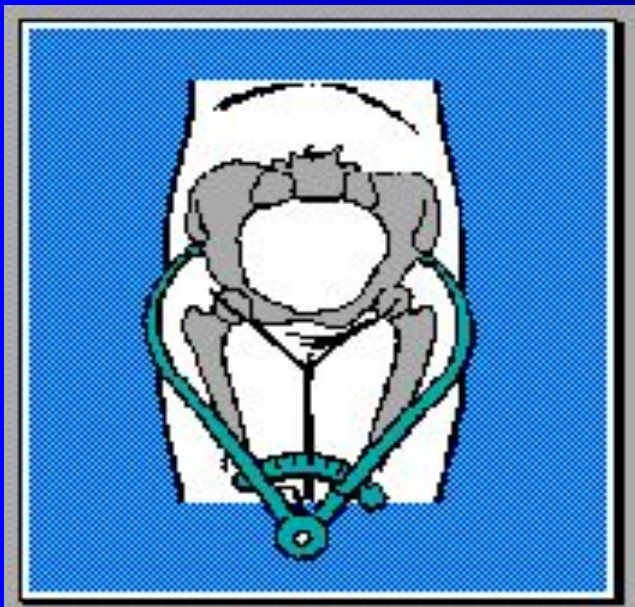
3. Измерение таза, размеров плода.



Исследование таза

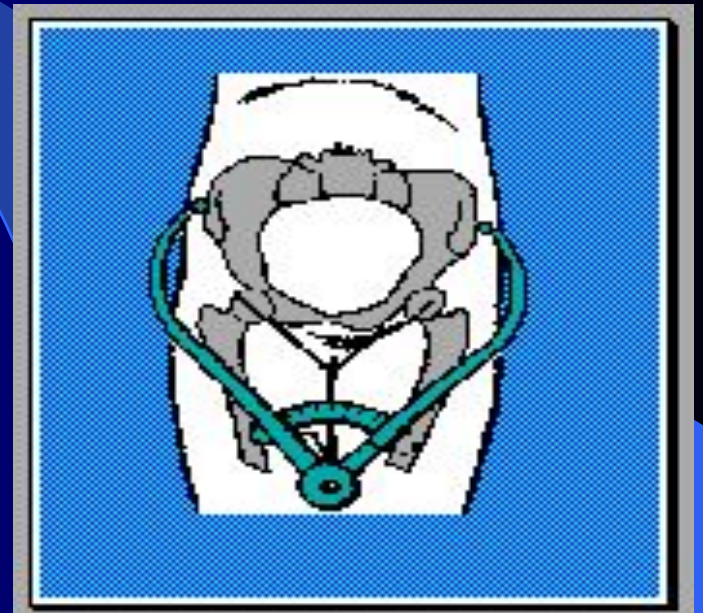
Distantia spinarum

между передне-
верхними остями
подвздошных костей
25-26 см



Distantia cristarum –

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



Исследование таза

Distantia trochanterica

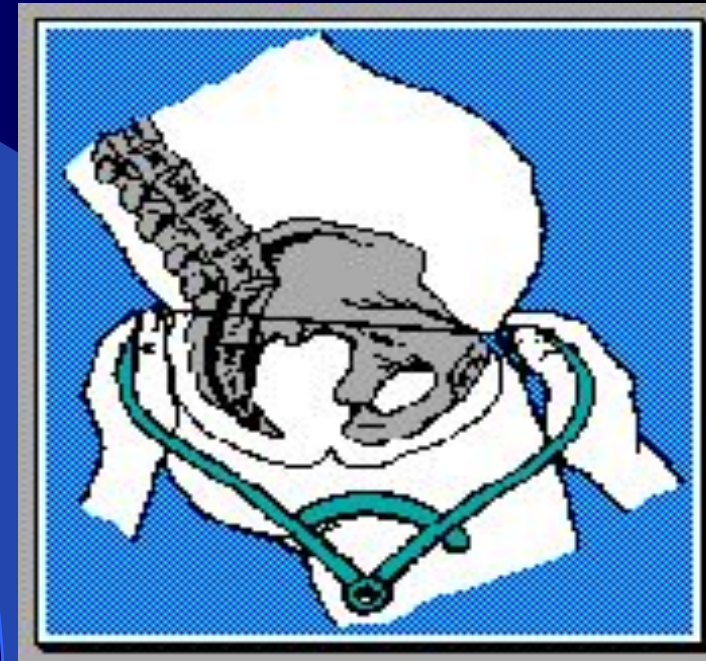
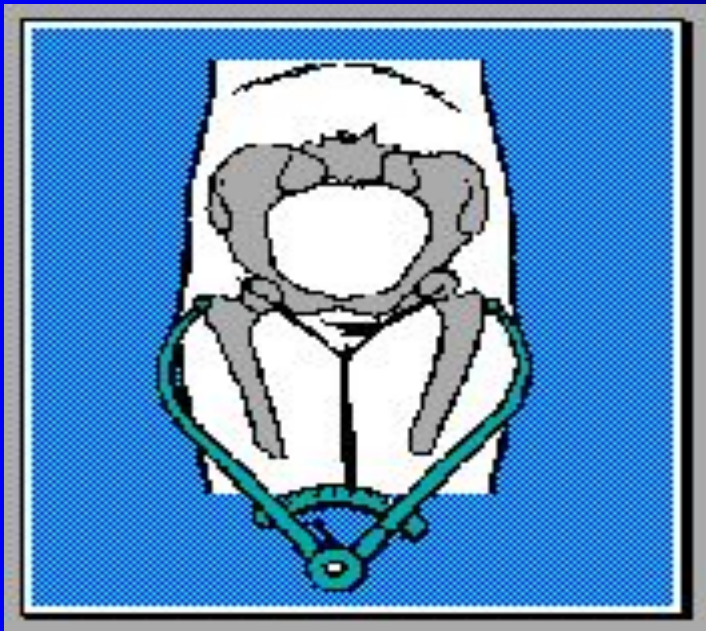
между большими
вертелами бедренных
костей

30 – 31 см

Conjugata externa –

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

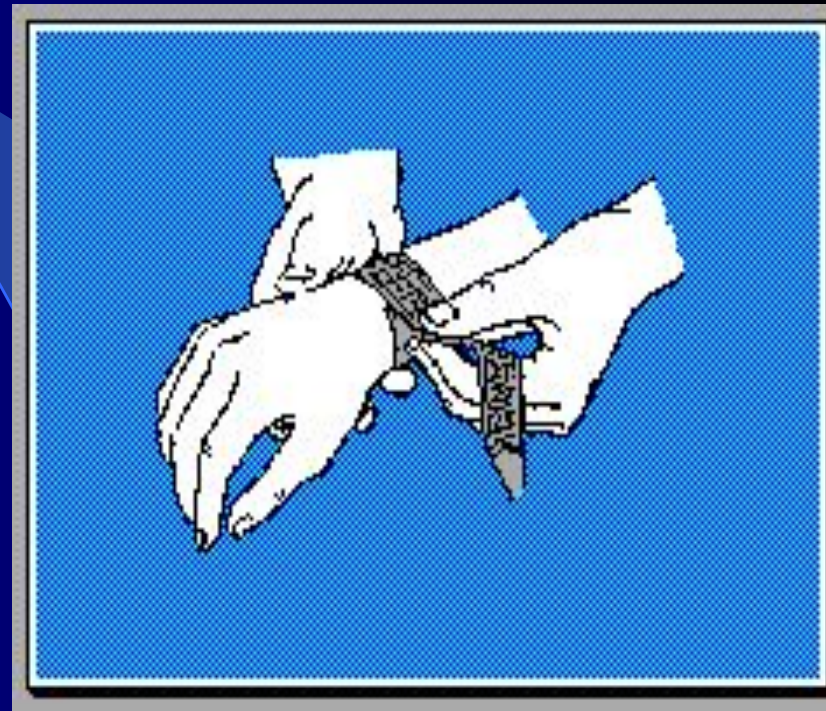
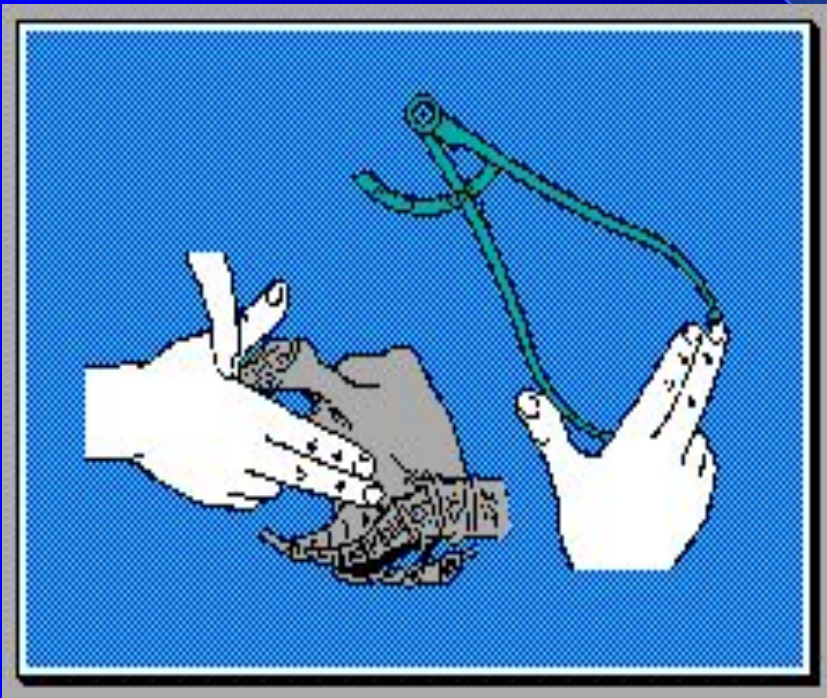
Михаэлиса – 20-21 см



ДИАГНОСТИКА УЗКОГО ТАЗА

Диагональная
конъюгата - Conjugata
diagonalis
(N – 12,5-13 см)

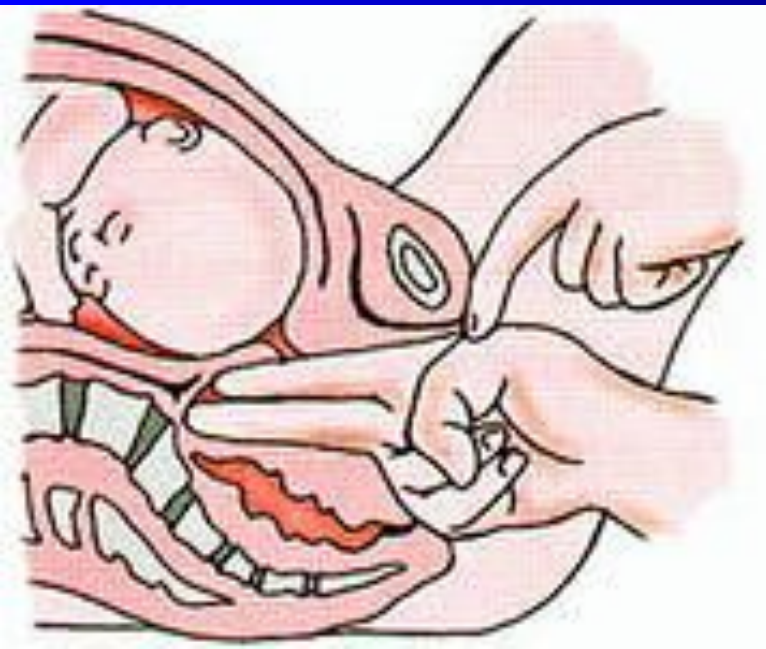
Индекс Соловьева –
окружность
лучезапястного сустава – в
среднем 14 см



ДИАГНОСТИКА УЗКОГО ТАЗА.



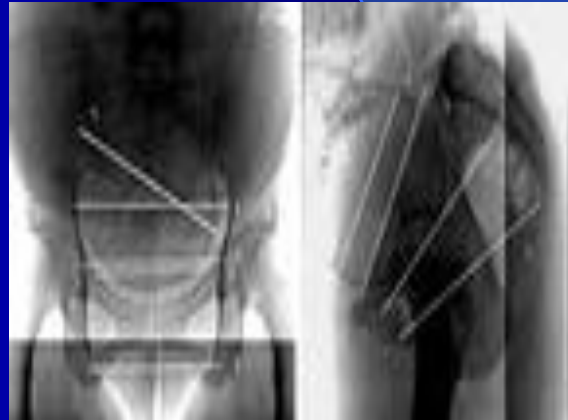
4. Влагалищное исследование.





ДИАГНОСТИКА УЗКОГО ТАЗА.

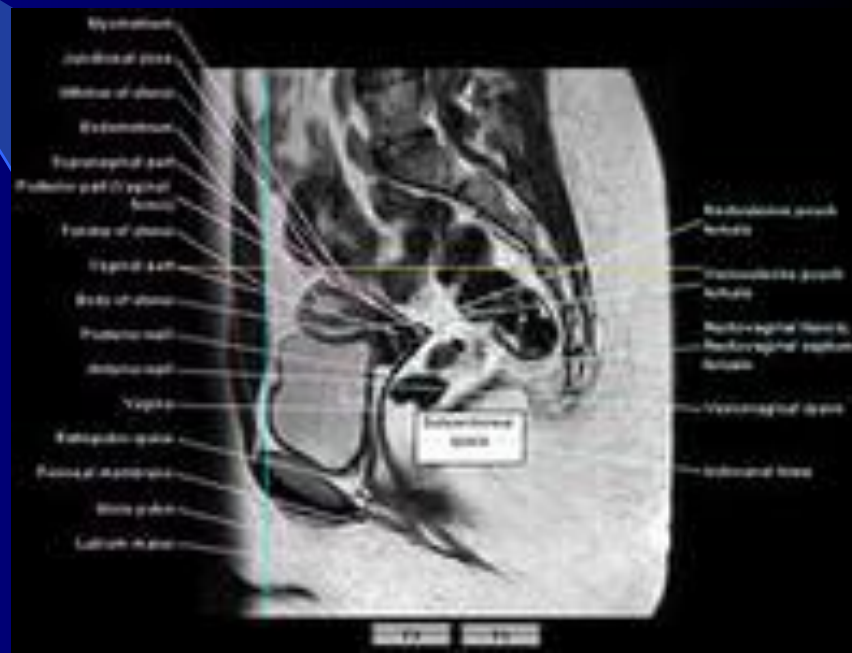
5. Рентгенопельвиометрия.



ДИАГНОСТИКА УЗКОГО ТАЗА.



6. УЗИ, МРТ.



ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ

Практически без особенностей.

Узкий таз, как таковой, не приводит к изменению течения беременности.

Осложнения:

- анемия беременности
- угроза прерывания беременности на разных сроках
- развитие гестоза



ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ



- Преждевременное излитие вод. Связано это с отсутствием пояса соприкосновения - головка стоит высоко, она не касается равномерно тазового кольца поэтому воды не разделяются на передние и задние - вся масса под нарастающим маточным давлением изливается.

ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ.

- Своевременная профилактика анемии, гестоза.
- Обязательна госпитализация в дородовое отделение за 2 недели до родов. Решение вопроса о методе родоразрешения.
- Кесарево сечение плановое проводится при 3-4 степени сужения таза по абсолютным показаниям.



Кесарево сечение



1. **готовность родовых путей, зрелость шейки**
2. **есть ли тенденция к перенашиванию**
3. **первородящая старше 30 лет**
4. **анамнез - было ли кесарево сечение или нет, наличие рубца на матке**
5. **состояние плода**

Как правило, показания к кесареву сечению при узком тазе сочетанные.



ОСОБЕННОСТИ РОДОВ. ПЕРВЫЙ ПЕРИОД

1. **дородовое или раннее излитие о/вод,**
2. **может быть гипоксия плода при выпадении пуповины и затяжных родах.**
3. **первичная и вторичная слабость родовой деятельности**
4. **удлинение безводного периода - опасность хориоамнионита (эндометрит в родах)**



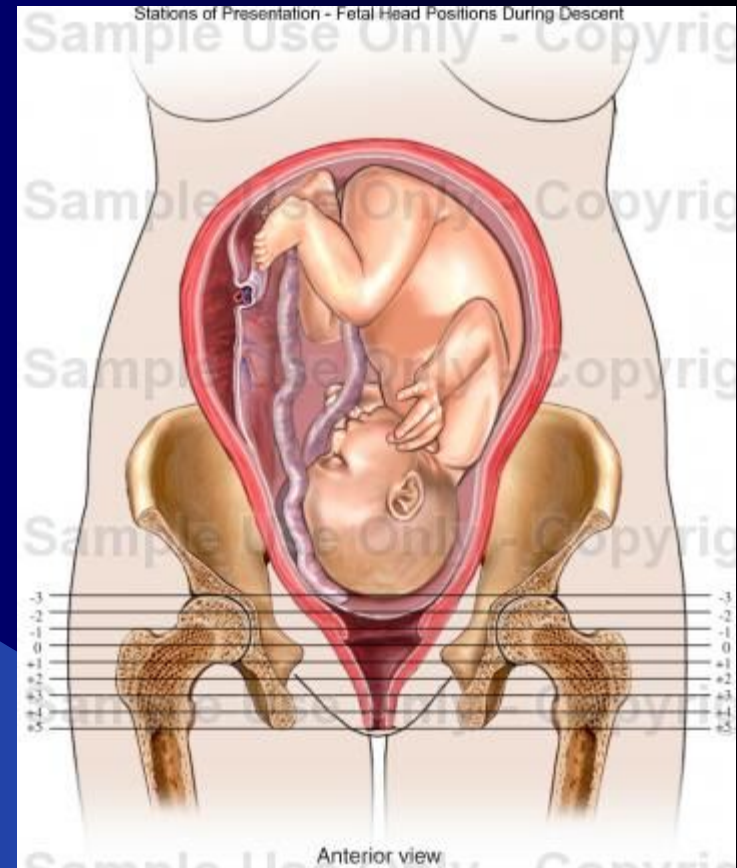
ПЕРВЫЙ ПЕРИОД

5. длительное стояние головки плода в одной плоскости - нарушение мозгового кровообращения ведет к родовой травме плода: дистрофические изменения в тканях, которые соприкасаются с головкой - некрозы, свищи (урогенитальные, ректогенитальные).



ВТОРОЙ ПЕРИОД

Клинический узкий таз - невозможность данных родов при данном тазе (например если бы был меньше плод то женщина бы родила и т.п.). клинический узкий таз имеет свое течение и клиническую картину.



ВТОРОЙ ПЕРИОД



Причины клинически узкого таза:

- **большинство причин (60%) - это сочетание небольших степеней сужения и крупного плода.**
- **патологические вставления и предлежания головки - разгибательные и асинклитические, при небольших сужениях и при нормальном тазе - 34%.**
- **крупные размеры головки и нормальный таз - 10%**
- **органические изменения таза 6%.**

Не всегда анатомически узкий таз является причиной клинически узкого таза!

Клинически узкий таз.

Признаки:

- **Отсутствие продвижения головки при полном открытии шейки матки и хорошей родовой деятельности и излившихся о/водах (есть все условия для рождения плода, но продвижения головки нет).**
- **Вторичная слабость родовой деятельности. Матка истощила свои ресурсы, поэтому родостимулирующая терапия в таких условиях является грубой ошибкой.**

Клиническая картина.



Признаки:

- **Потуги при прижатой во вход головке плода.**
В данном случае потуги возникают в связи с отеком мягких тканей, в связи с длительным стоянием головки в одной плоскости (входа). Отек распространяется на все ткани и возникают рефлекторно потуги. Отек выражается в отеке шейки матки - при влагалищном исследовании как бы уменьшение раскрытия, также отмечается отек наружных гениталий.

Симптом Вастена и Цангемейстера - признак степени соответствия головки плода размерам малого таза.

Симптом Вастена определяется пальпаторно, симптом Цангемейстера - с помощью тазомера. Определяются после излития вод и фиксации головки.



**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 - уровень
ГОЛОВКИ И ЛОНА на
одном уровне.**



**Признак Вастена
положительный -
уровень головки
выше уровня
лона.**

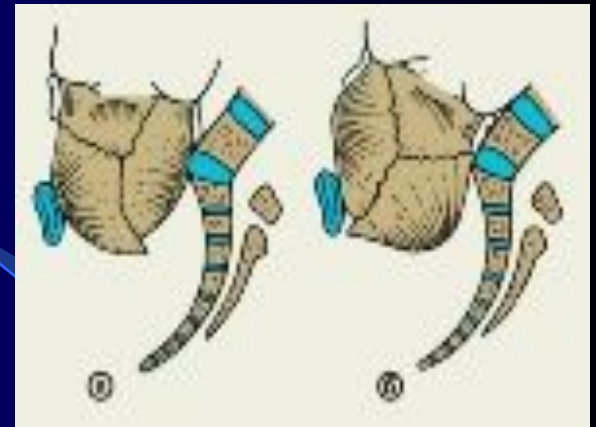


Симптом Цантгейстера - определение наружной конъюгаты, затем одна пуговка тазомера переставляется на головку плода, если головка нависает, то второе измерение больше чем наружная конъюгата. Если головка в полости малого таза, то второе измерение меньше первого. При симптоме вровень - первый и второй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



Основные условия для проведения функциональной оценки таза:

- 1. отсутствие плодного пузыря.**
- 2. полное или почти полное открытие шейки матки (более 7 см).**
- 3. удовлетворительная родовая деятельность.**
- 4. удовлетворительное состояние плода.**
- 5. головка фиксирована в малый таз.**

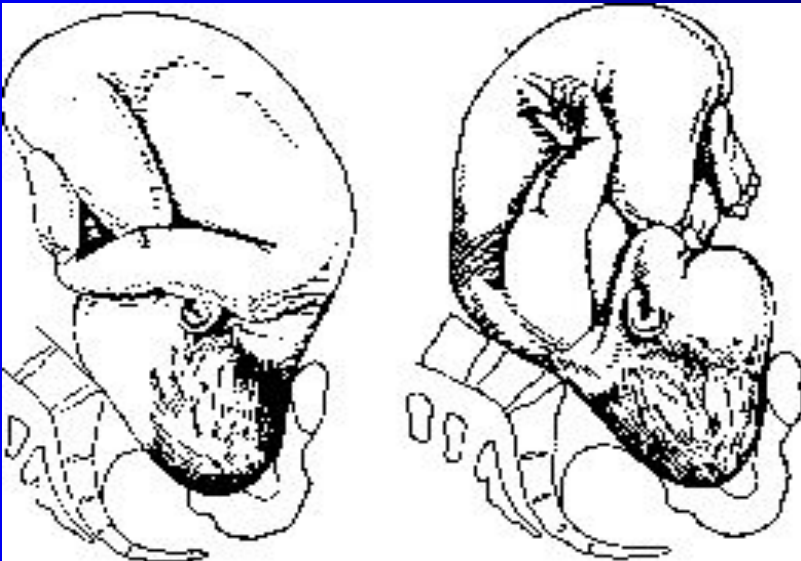
Особенности биомеханизма родов при общеравномерносуженном тазе:

1. Сильное максимальное сгибание головки.
2. Стреловидный шов опускается в полость таза в одном из косых размеров.
3. Головка длительно стоит в каждой плоскости и медленно совершает повороты.
4. Подзатылочная ямка не может фиксироваться под лоном ввиду узости лобкового угла. Головка максимально растягивает промежность.
5. Головка плода имеет резко выраженную долихоцефалическую форму.



Особенности биомеханизма родов при поперчносуженном тазе таза:

1. Головка устанавливается стреловидным швом в прямом размере входа в малый таз – высокое прямое стояние головки.



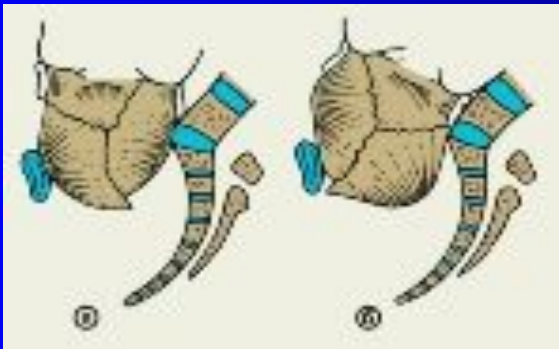
Особенности биомеханизма родов при простом плоском тазе:



Внутренний поворот не происходит из-за уменьшения всех прямых размеров всех плоскостей малого таза. Стреловидный шов проходит все плоскости и устанавливается в плоскости выхода в поперечном размере – низкое поперечное стояние ГОЛОВКИ

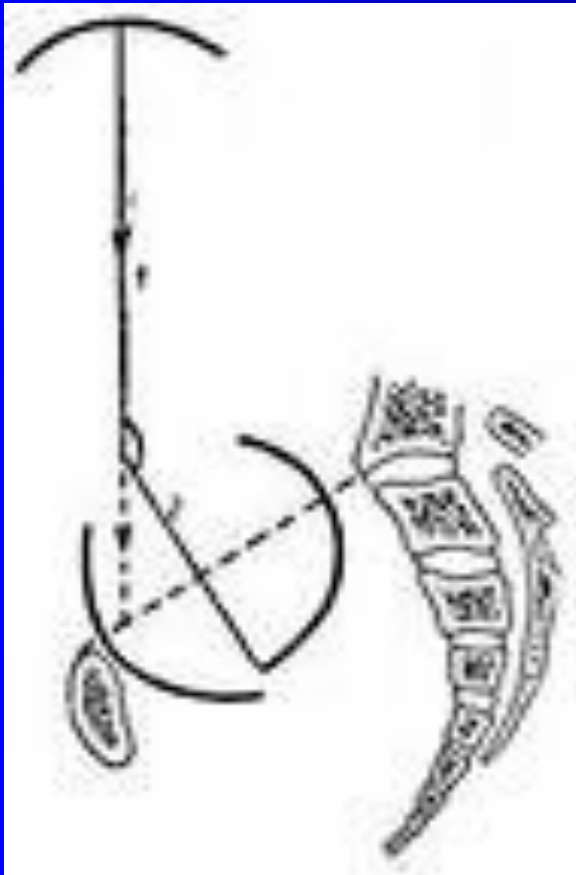
Особенности биомеханизма родов при плоскорахитическом тазе:

1. Разгибание головки.
2. Продолжительное высокое стояние головки стреловидным швом в поперечном размере входа.
3. Асинклитическое вставление головки.



Особенности биомеханизма родов при плоскорахитическом тазе:

Асинклитизм Негеле



Особенности биомеханизма родов при плоскорахитическом тазе:

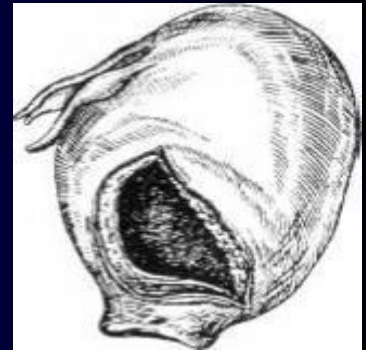
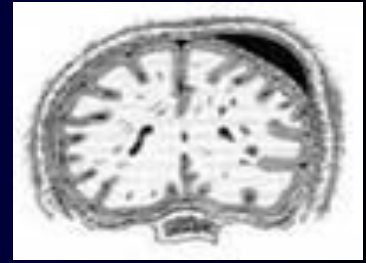
Асинклитизм Литцмана



Осложнения:

- **родовой травматизм матери и плода**
- **чрезмерное растяжение промежности, медленное продвижение головки**
- **слабость родовой деятельности.**

В третьем периоде есть угроза возникновения гипотонического кровотечения.



Профилактика развития анатомически узких тазов



осуществление мероприятий в детском и школьном возрасте:

- рациональный режим питания, отдыха,
- умеренная физическая нагрузка (занятия физкультурой, обеспечивающие гармоническое развитие женского организма и правильное формирование костного таза).



Необходимо своевременное распознавание и лечение различных гормональных нарушений, которые оказывают влияние на формирование костного таза

Литература

Основная:

1. Савельева г.М. Акушерство: Учебник для мед. вузов, 2007
2. Айламазян, Э. К.. - Акушерство: Учебник для мед. вузов / авт. текста Э. К. Айламазян . - 5-е изд., доп.. - Санкт-Петербург : Спец.лит., 2005. - 527 с. : ил., твердый (Учебник для медицинских вузов)

Дополнительная

1. АЛГОРИТМЫ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ ПО ОБЩЕЙ И ЧАСТНОЙ ХИРУРГИИ, ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ, ОФТАЛЬМОЛОГИИ, НЕЙРОХИРУРГИИ, УРОЛОГИИ, ОНКОЛОГИИ, ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ, ТРАВМАТОЛОГИИ, ОРТОПЕДИИ, ВПХ, АКУШЕРСТВУ И ГИНЕКОЛОГИИ: УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ ДЛЯ СТУДЕНТОВ 4-6 КУРСОВ ПО СПЕЦ. 060101-ЛЕЧЕБНОЕ ДЕЛО / СОСТ. А.В. АНДРЕЙЧИКОВ И ДР. - КРАСНОЯРСК: КРАСГМА, 2010
2. ПРАКТИЧЕСКИЕ НАВЫКИ В АКУШЕРСТВЕ: УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ ДЛЯ ЛЕЧ. ФАКУЛЬТЕТА / РЕД. В.Б. ЦХАЙ. - КРАСНОЯРСК: КРАСГМА2007
3. ЦХАЙ В.Б. ПЕРИНАТАЛЬНОЕ АКУШЕРСТВО: УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ. - РОСТОВ-Н-Д. ФЕНИКС, 2007
4. АКУШЕРСТВО. КУРС ЛЕКЦИЙ: УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ / ПОД РЕД. А.Н. СТРИЖАКОВА, А.И. ДАВЫДОВА. - М.: ГЭОТАР-МЕДИА, 2009
5. КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ. АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ / ПОД РЕД. Г.М. САВЕЛЬЕВОЙ И Г.Т. СУХИХ. - М.: ГЭОТАР-МЕДИА2009
6. АКУШЕРСТВО. ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА. СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ РОДОВСПОМОЖЕНИЯ: МЕТОД. РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ СТУДЕНТОВ 4-6 КУРСОВ ЛЕЧ. ФАКУЛЬТЕТА / АВТ. ТЕКСТА В.Б. ЦХАЙ И ДР. - КРАСНОЯРСК: КРАСГМА, 2007
7. РУКОВОДСТВО ПО ОРГАНИЗАЦИИ И ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ЦЕНТРА / ПОД РЕД. Н.Н. ВОЛОДИНА, В.И. КУЛАКОВА, Р.А. ХАЛЬФИНА. - М.: ГЭОТАР-МЕДИА, 2007
8. НЕОТЛОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ В АКУШЕРСТВЕ: УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ /Е.Н. КОПТИЛОВА И ДР. - Н.НОВГОРОД: ИЗД-ВО НИЖЕГОРОДСКОЙ ГОСМЕДАКАДЕМИИ, 2007
9. ОПЕРАТИВНОЕ АКУШЕРСТВО: УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ / ПОД РЕД. Т.Е. БЕЛОКРИНИЦКОЙ РОСТОВ-НА-ДОНУ: ФЕНИКС, 2007
10. АКУШЕРСТВО: НАЦИОНАЛЬНОЕ РУКОВОДСТВО / ПОД РЕД. Э.К. АЙЛАМАЗЯНА, В.И. КУЛАКОВА, В.Е. РАДЗИНСКОГО, Г.М. САВЕЛЬЕВОЙ. - М.: ГЭОТАР-МЕДИА, 2007
11. СИДЕЛЬНИКОВА В.М. ЭНДОКРИНОЛОГИЯ БЕРЕМЕННОСТИ В НОРМЕ И ПРИ ПАТОЛОГИИ. - М.: МЕДПРЕССИНФОРМ, 2009

ЭЛЕКТРОННЫЕ РЕСУРСЫ

1. ИБС КРАСГМУ
2. БД МЕДАРТ
3. БД МЕДИЦИНА
4. БД EBSCO

Благодарю за внимание!

