

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



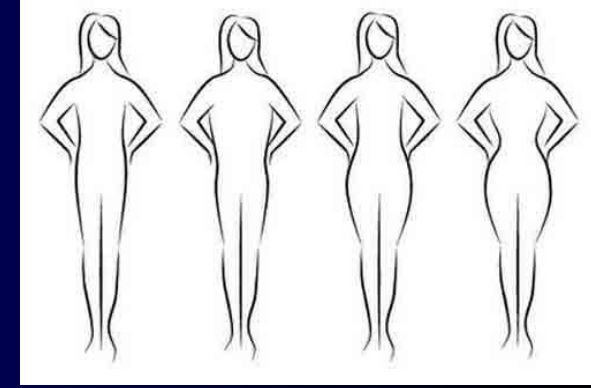
Тема: УЗКИЙ ТАЗ В СОВРЕМЕННОМ АКУШЕРСТВЕ

**Лекция № 18 для студентов 4 курса, обучающихся по
специальности 060101 – Лечебное дело (очная форма
обучения)**



**к.м.н., доцент Домрачева М.Я.
Красноярск, 2016**

План лекции

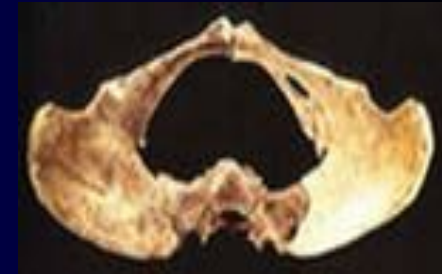


- **Актуальность темы**
- **Понятие анатомически и клинически узкого таза**
- **Причины и профилактика возникновения узких тазов**
- **Часто встречающиеся формы сужения таза**
- **Течение беременности и ведение родов при узких тазах**
- **Выводы**



Определение понятия «анатомически»

и «клинически» узкого таза.

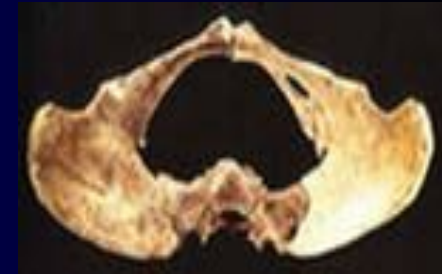


Анатомически узким тазом принято считать таз, в котором все размеры или хотя бы один из них укорочен по сравнению с нормальным на 1,5-2 см и больше.

Основным показателем сужения таза принято считать размер истинной конъюгаты; если она меньше 11 см, то таз считается узким.

Определение понятия «анатомически»

и «клинически» узкого таза.



Клинически узкий таз - это несоответствие между головкой плода и тазом матери, независимо от размеров последнего.

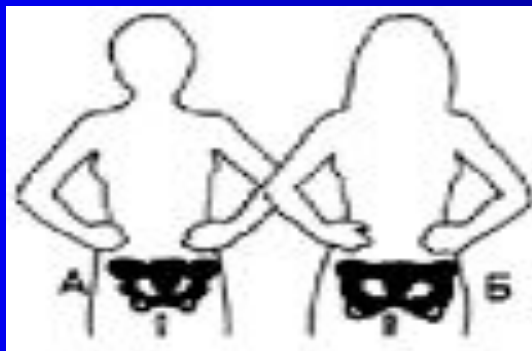
(Калганова Р.И., 1965г.)

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;**
- 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 ***по форме сужения***



А. Сравнительно часто встречающиеся формы узкого таза:

- 1) общеравномерносуженный таз - 8,5-10%**
- 2) поперечносуженный таз 45,2-47%**
- 3) плоский таз:**
 - а) простой плоский таз - 13,6-15%**
 - б) плоскоррахитический таз - 6,5-8%**
 - в) таз с уменьшением широкой части полости - 21,8-22,3%**

КЛАССИФИКАЦИЯ по форме сужения



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.**

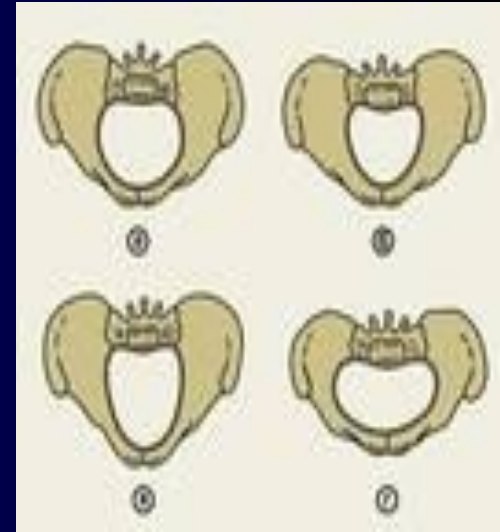
Классификация А.Я.Крассовского (1885г.)

А. Обширные тазы.

Б. Узкие тазы.

1 Равномерносуженные тазы:

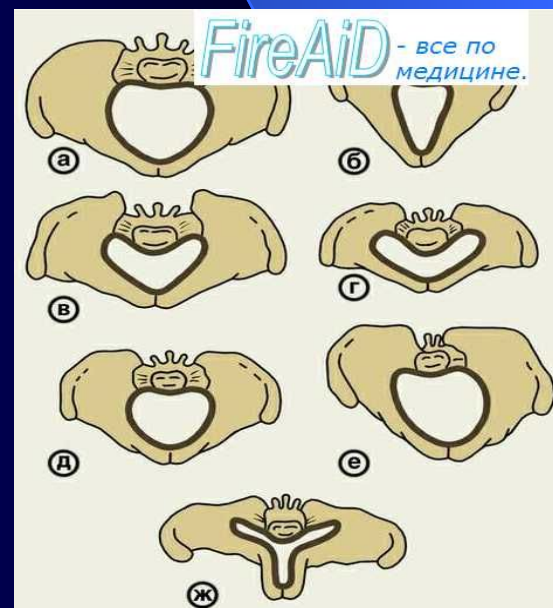
- а) общеравномерносуженный таз;
- б) таз карлиц;
- в) инфантильный таз.

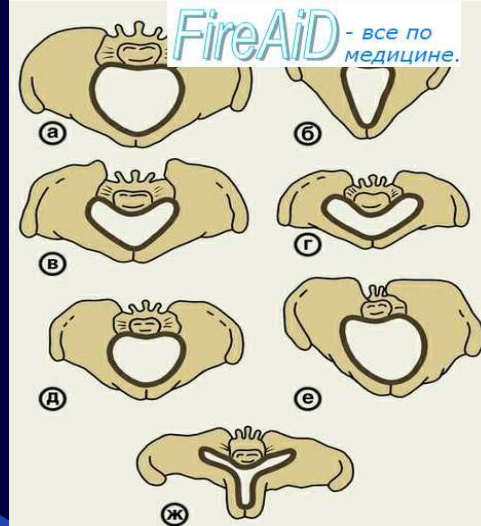


2. Неравномерносуженные тазы:

1) Плоские тазы:

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



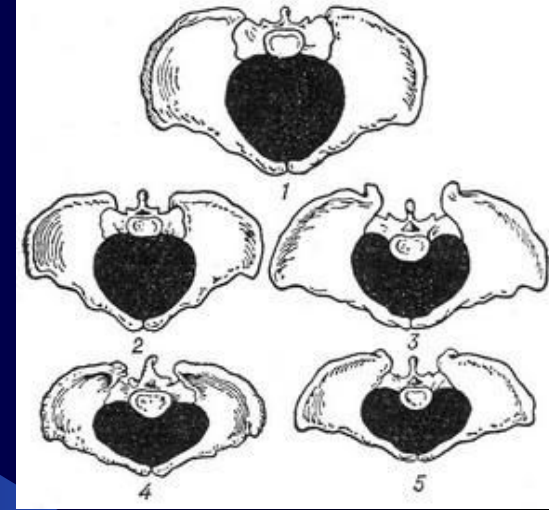


2) Косые тазы:

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

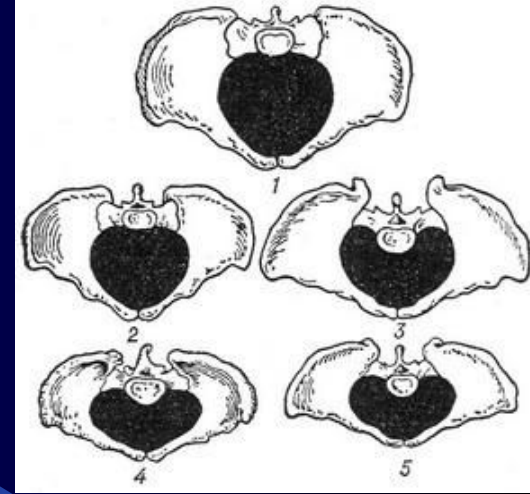
3) Поперечносуженные тазы:

- 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.



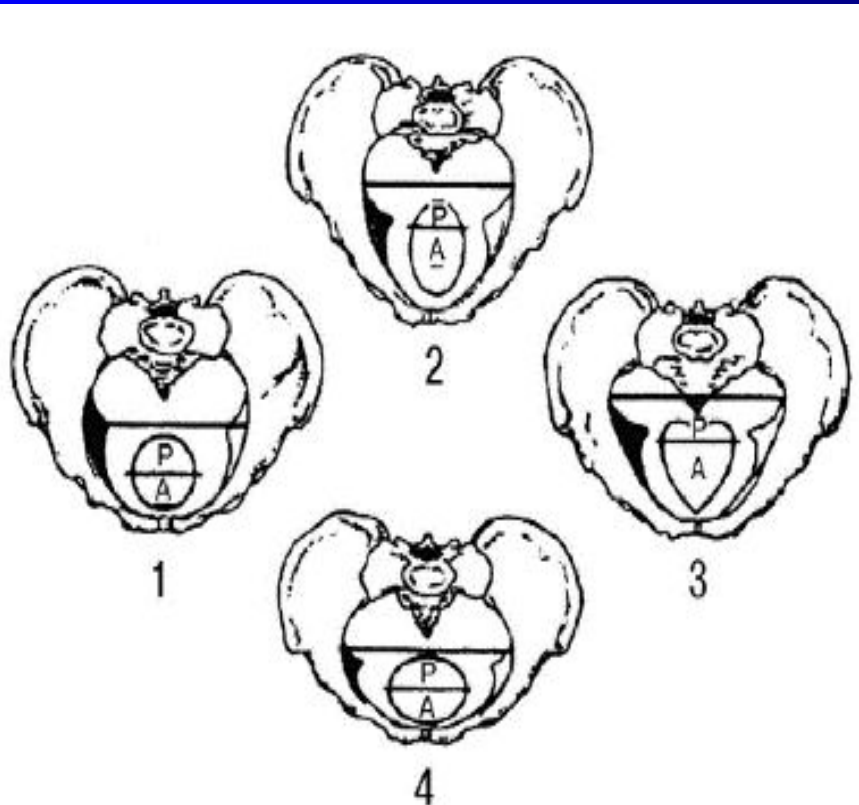
5) Расщепленный или открытый спереди таз.

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) антропоидный (присущий приматам), 3) андроидный (мужской тип), 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 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 >

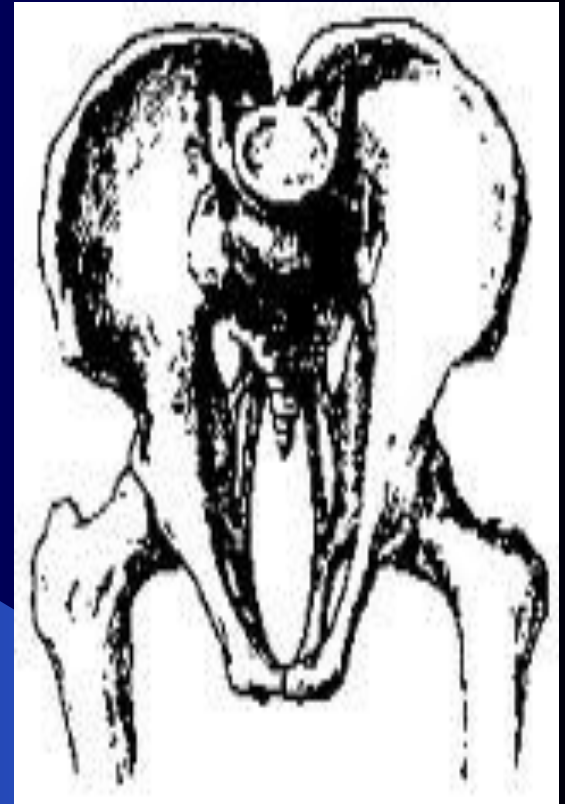


Основные наружные размеры узкого таза, CM

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

Поперечносуженный таз (Робертсовский):

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.

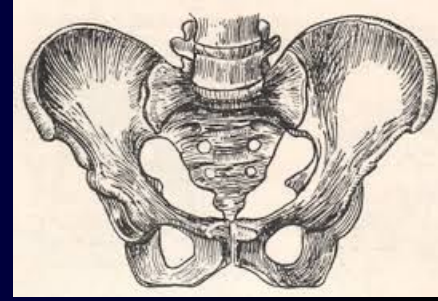


Поперечносуженный таз (Робертовский):

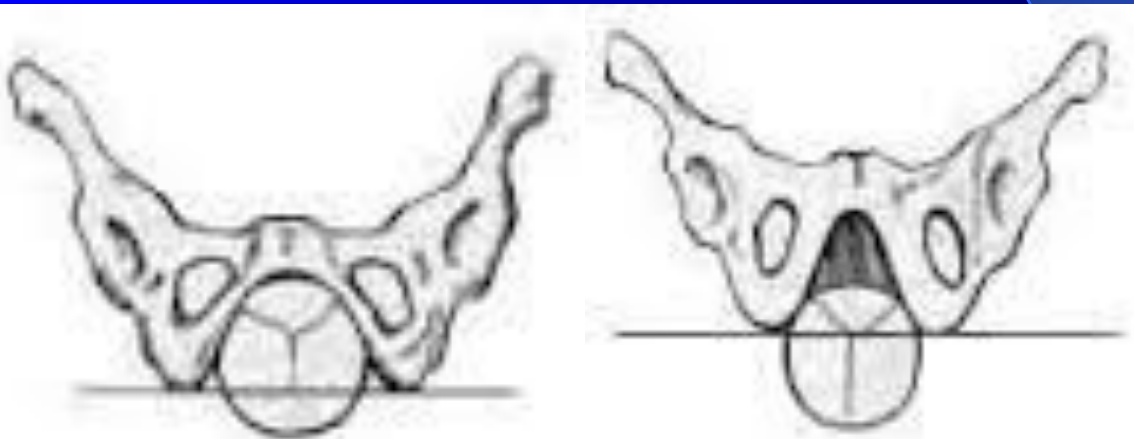
4. Крутое стояние крыльев подвздошных костей (или малая развернутость).
5. Узкая лонная дуга то есть малый лонный угол.
6. При влагалищном исследовании диагональная конъюгата нормальных размеров.



Общеравномерно суженный таз:

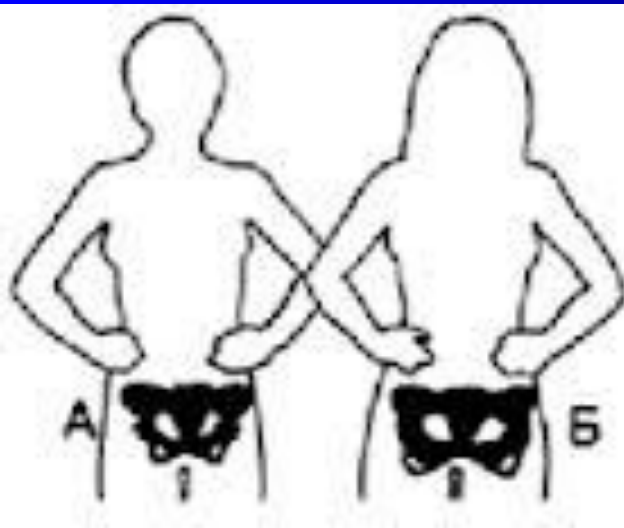


1. Равномерно уменьшены все размеры на 1.5 см и >
2. Совершенно правильно сформированный таз у женщины невысокого роста правильного телосложения. Острый лонный угол.



Общеравномерносуженный таз:

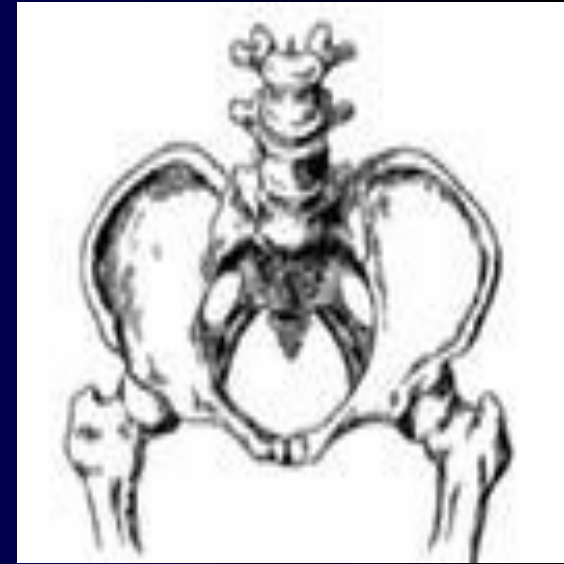
1. **Инфантильный** – встречается при наличии признаков общего инфантилизма – крестец узкий и малоизогнутый, мыс стоит высоко, лобковый угол острый.



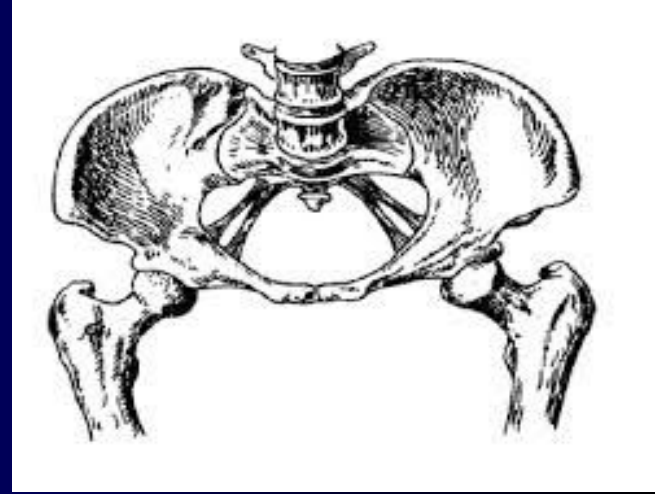
Общеравномерносуженный таз:

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).

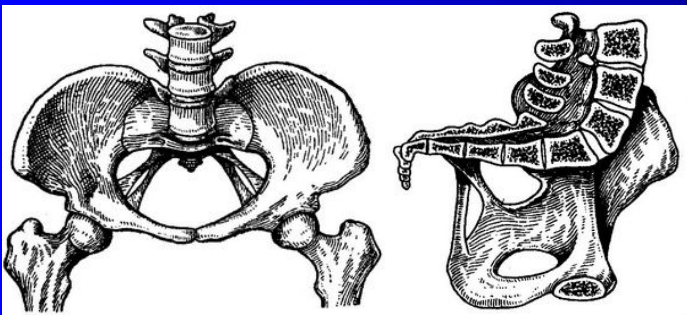


1. Все прямые размеры уменьшены, это связано с тем, что крестец равномерно приближен к лонному сочленению.
2. Крылья подвздошных костей широко развернуты.
3. Крестцовый ромб уплощен, то есть вертикаль меньше 11 см.

Плоскоррахитический таз

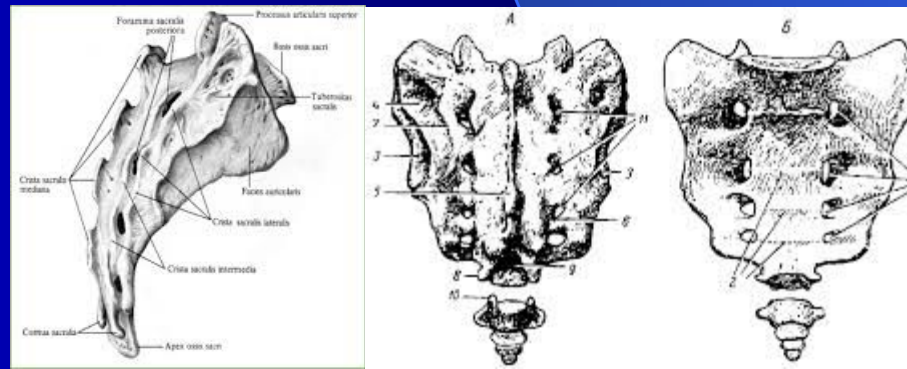
Характеризуется уменьшением прямого размера входа и увеличением всех остальных прямых размеров таза, при этом все кости таза деформированы.

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

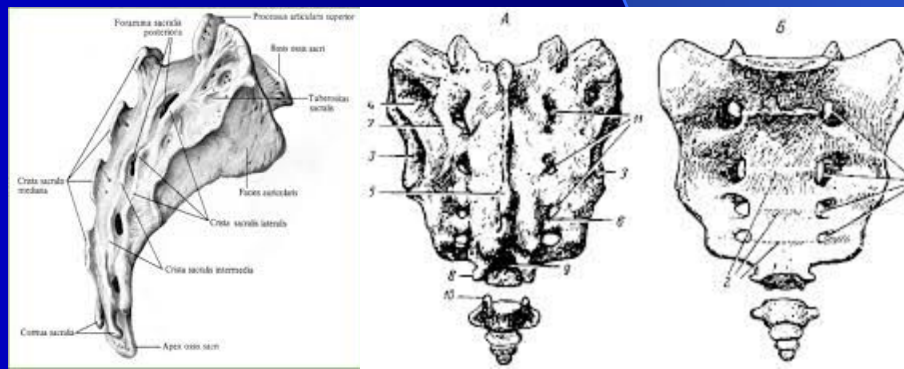
1. Изменен и деформирован крестец.
Основанием крестец повернут кпереди, к лону, а верхушка крестца сдвинута кзади.
2. Форма крестца резко деформирована.
Крестцовая кость заметно укорочена (низкие позвонки). Крестцовые позвонки уменьшены в передне-заднем размере – крестец кажется более тонким.



Плоскоррахитический таз

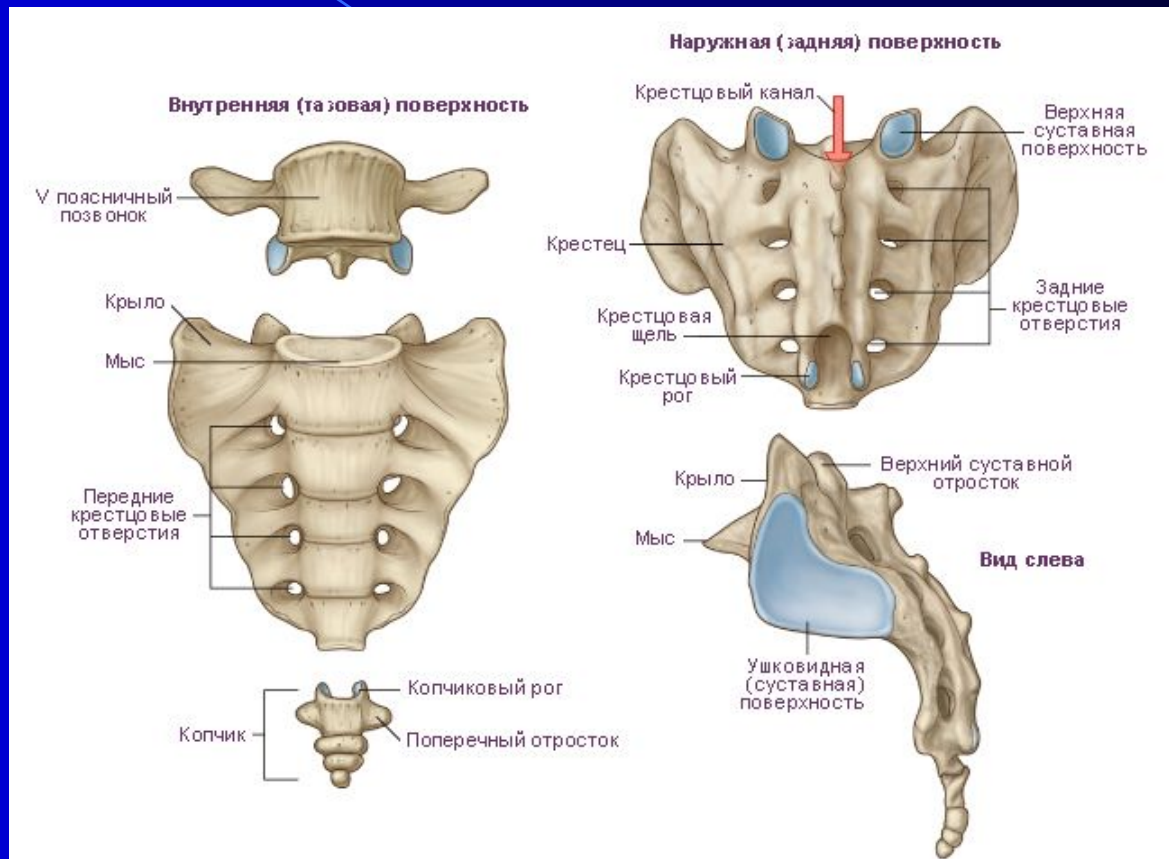
3. На передней поверхности крестца имеется ложный мыс – окостенение хрящевой прослойки между 1 и 2 позвонками.

4. Крылья подвздошных костей развернуты и *d.spinarum* и *d.cristarum* обычно почти равны, резко уменьшена наружная конъюгата. При влагалищном исследовании мыс достигим, крестец уплощен.



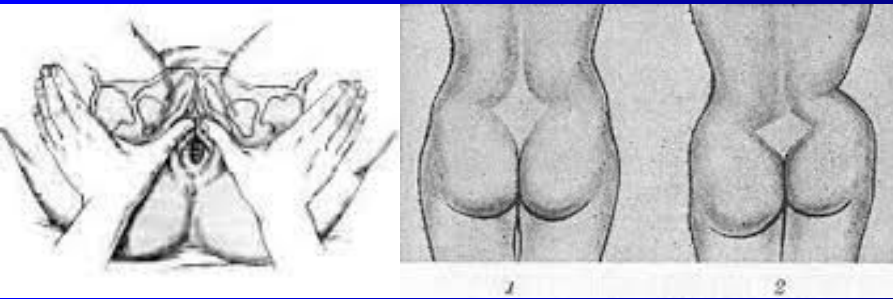
Плоскоррахитический таз

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 расширен (относительно) в полости таза и выходе.



ДИАГНОСТИКА УЗКОГО ТАЗА.

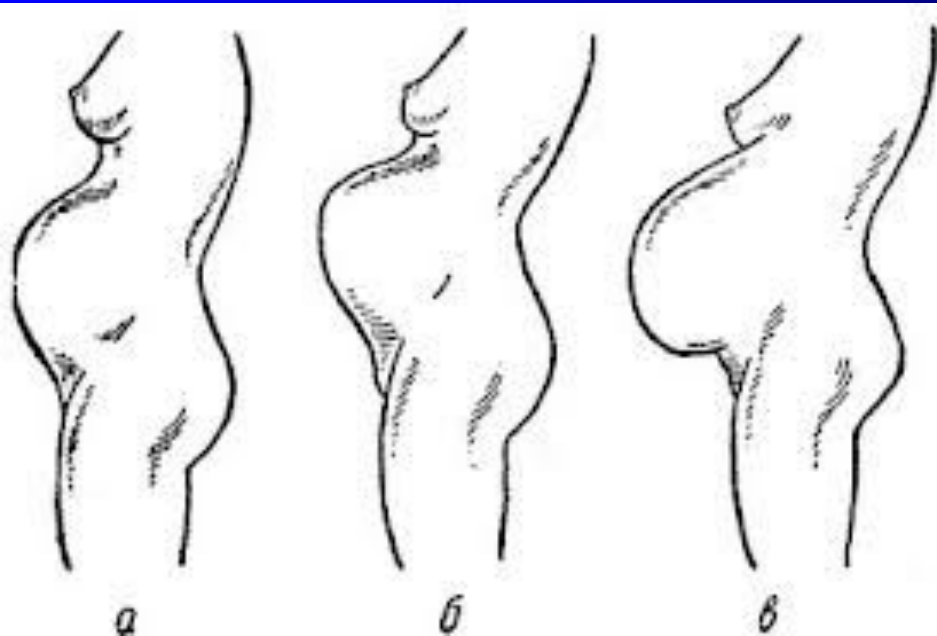
1. Анамнез: развитие в детстве, в период полового созревания, болезни на протяжении всей жизни.



ДИАГНОСТИКА УЗКОГО ТАЗА.

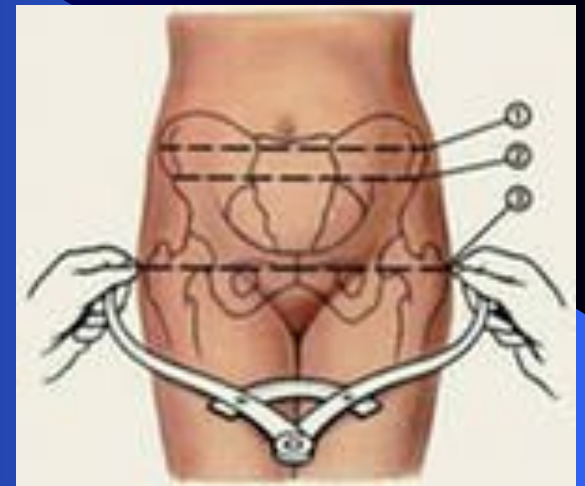
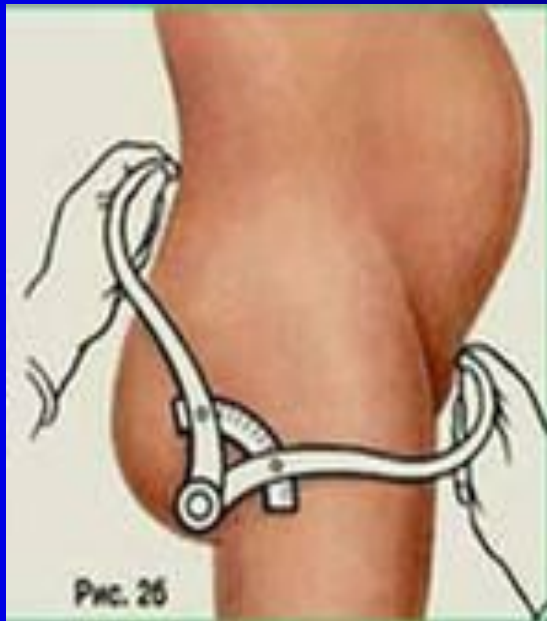
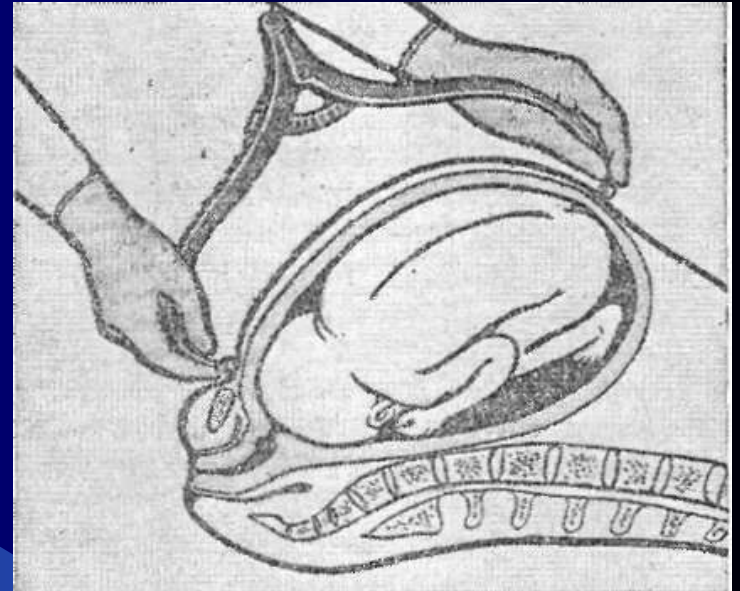
2. Наружный осмотр.

Внешне – остроконечный или отвислый живот.



ДИАГНОСТИКА УЗКОГО ТАЗА.

3. Измерение таза, размеров плода.

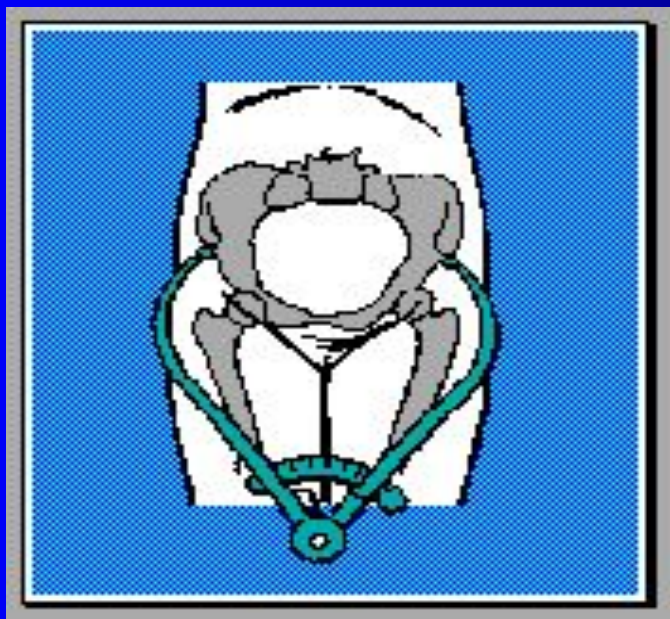


Исследование таза

Distantia spinarum –

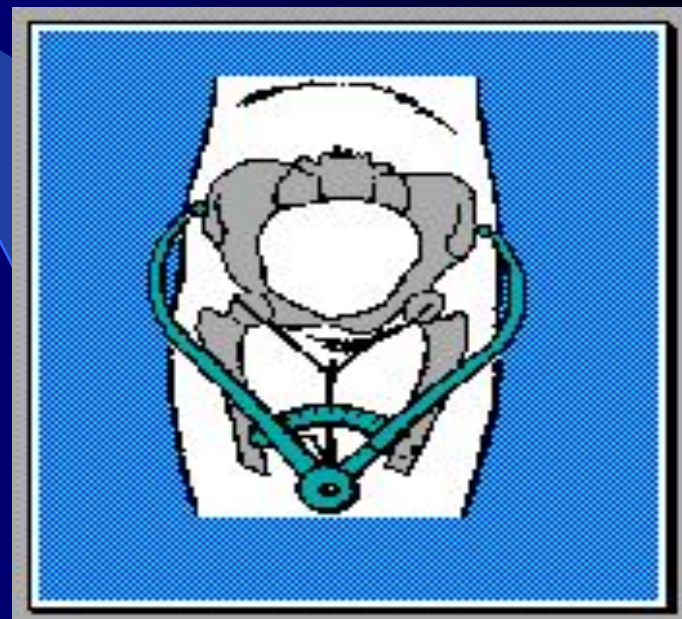
между передне-верхними
остями подвздошных
костей

25-26 см



Distantia cristarum –

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



Исследование таза

Distantia trochanterica

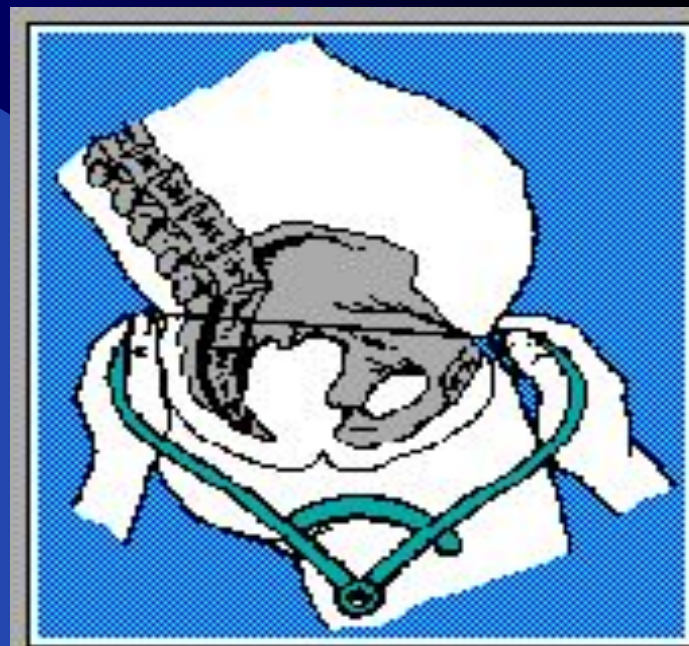
между большими
вертелами бедренных
костей

30 – 31 см

Conjugata externa –

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

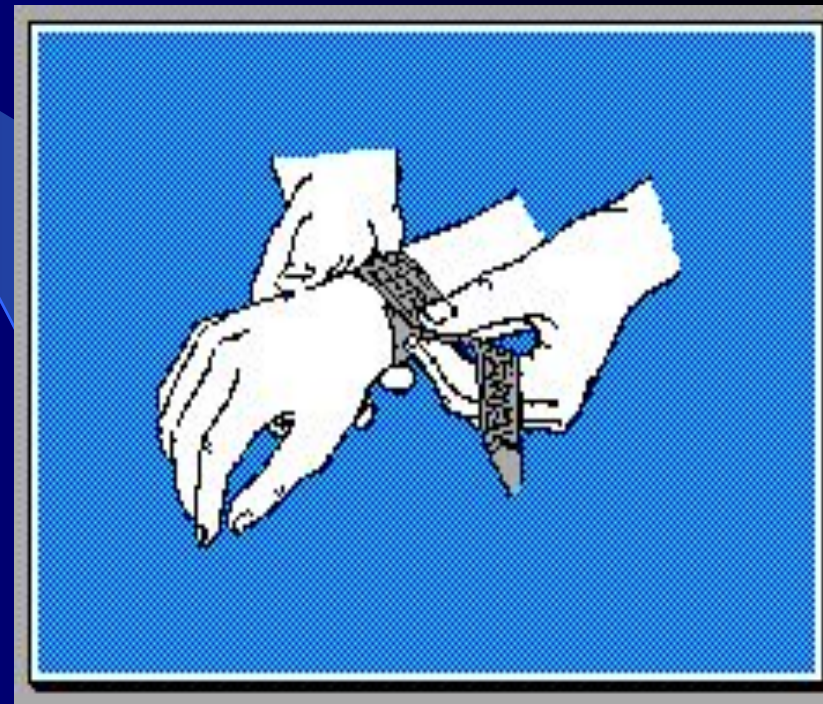
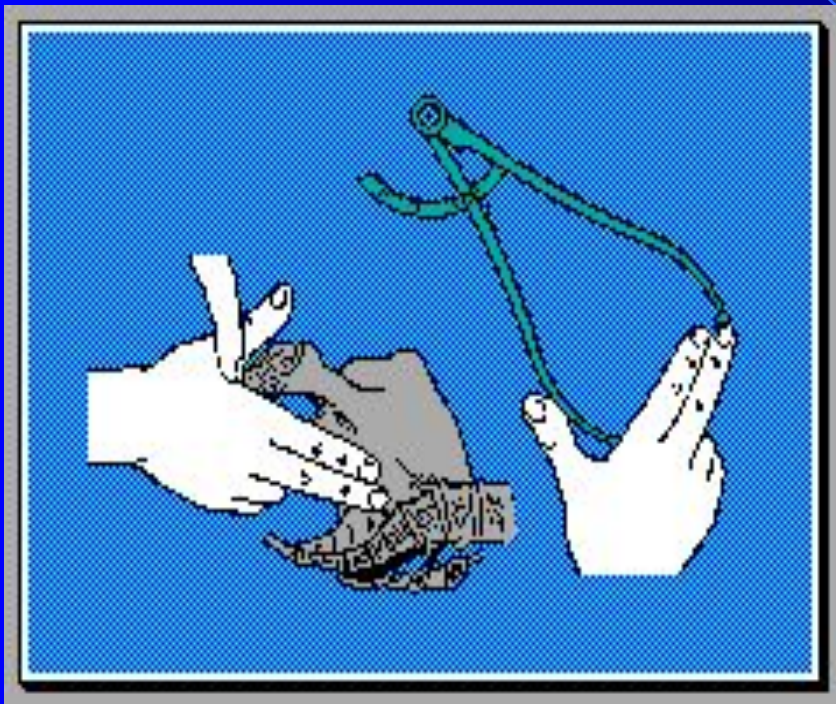
Михаэлиса – 20-21 см



ДИАГНОСТИКА УЗКОГО ТАЗА

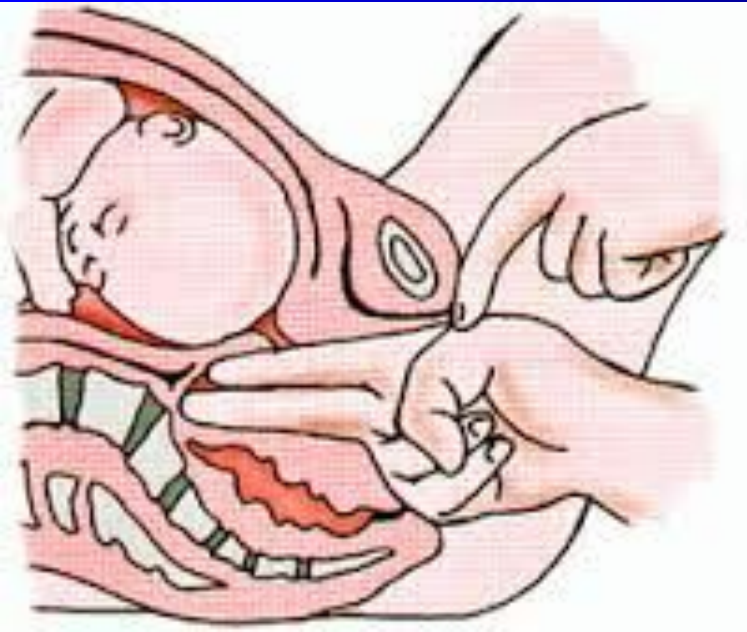
Диагональная
конъюгата - Conjugata
diagonalis
(N – 12,5-13 см)

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.

ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ

Практически без особенностей.

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

Осложнения:

- **анемия**
- **угроза прерывания беременности на
разных сроках**
- **развитие преэклампсии**



ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ



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

ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ.

- Своевременная профилактика анемии, преэклампсии.
- Обязательна госпитализация в дородовое отделение за 2 недели до родов – обследование и решение вопроса о методе родоразрешения.



Кесарево сечение



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

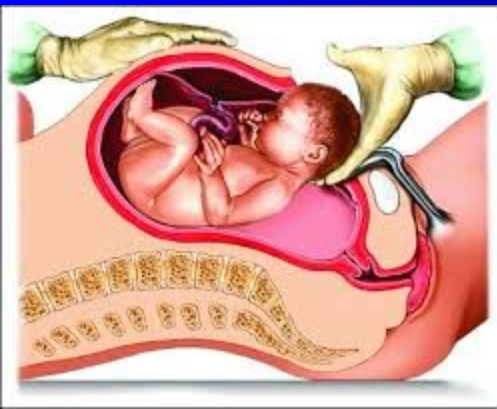
Как правило, показания к кесареву сечению при узком тазе сочетанные.



Абсолютные показания к операции кесарева сечения



Анатомически узкий таз III–IV степени сужения.



ОСОБЕННОСТИ РОДОВ. ПЕРВЫЙ ПЕРИОД

1. дородовое или ранее излитие 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)



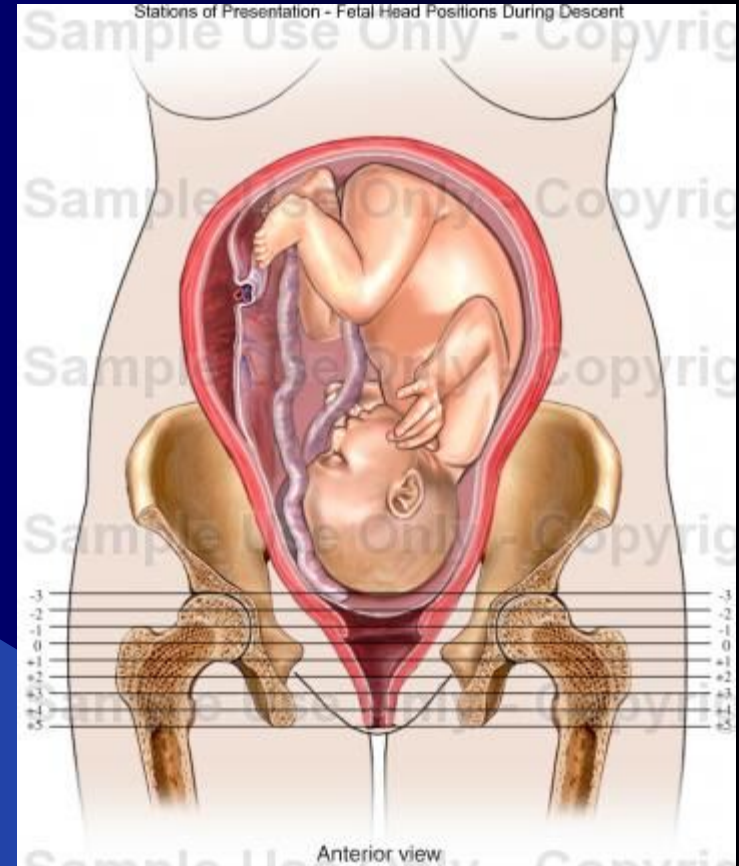
ПЕРВЫЙ ПЕРИОД

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



ВТОРОЙ ПЕРИОД

**Клинический узкий таз -
невозможность данных
родов при данном тазе**



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 неэффективна и является грубой ошибкой.**

Клинически узкий таз.

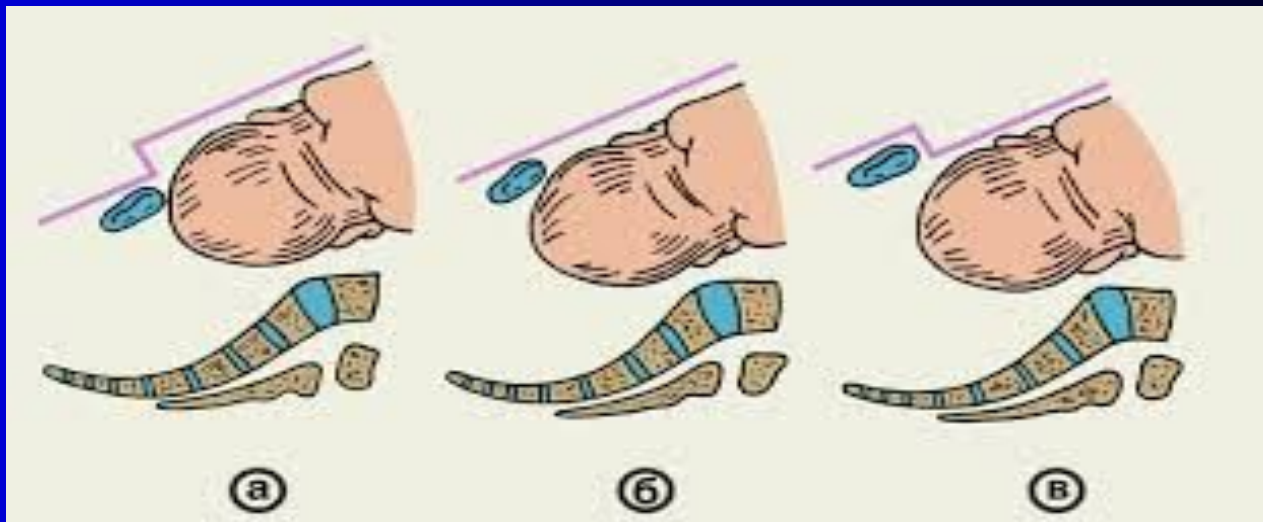


Признаки:

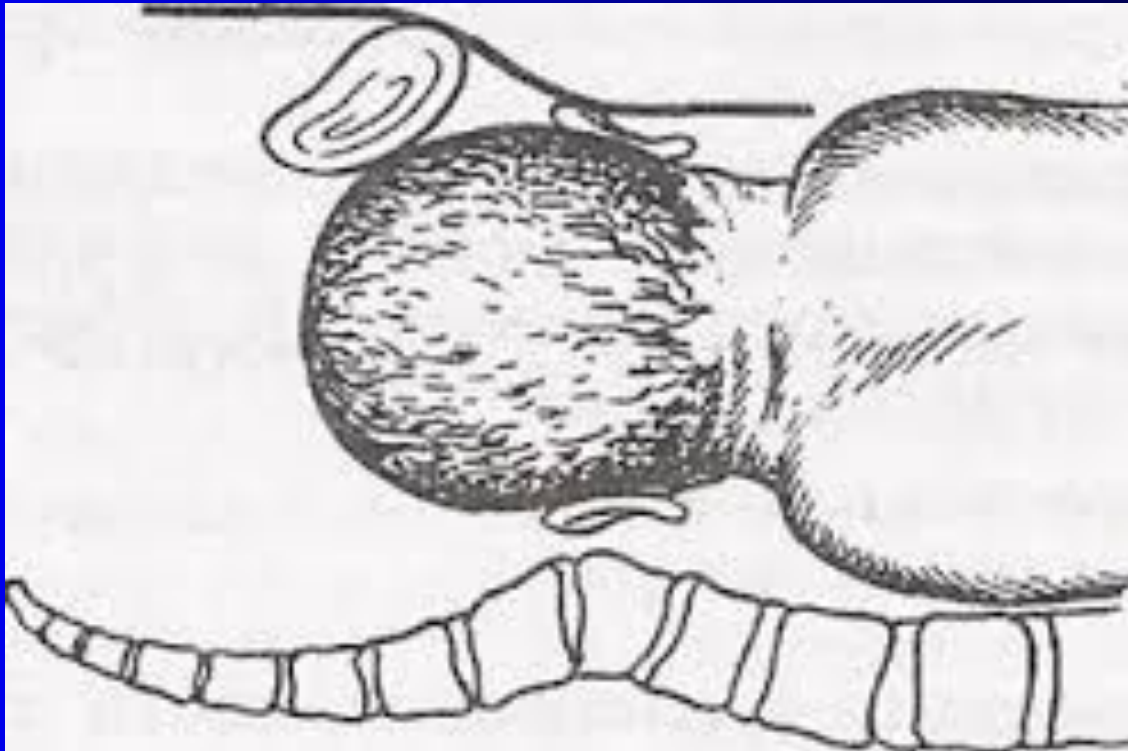
- **Потуги при прижатой ко входу головке плода.**
В данном случае потуги возникают в связи с отеком мягких тканей, из-за длительного стояния головки в одной плоскости (входа).
Отек распространяется на все ткани и рефлекторно возникают потуги. Отек выражается в отеке шейки матки - при влагалищном исследовании уменьшение раскрытия, также отмечается отек наружных гениталий.

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

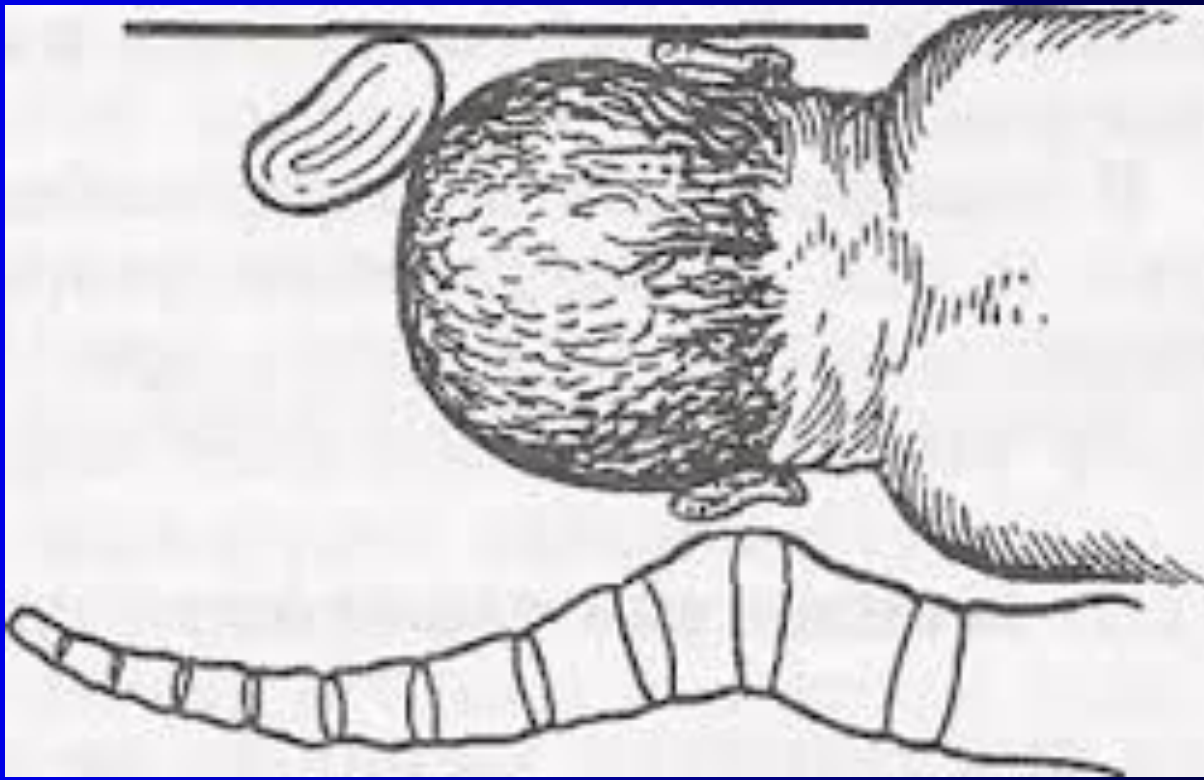
Симптом Вастена определяется пальпаторно, симптом Цангемейстера - с помощью тазомера. Определяются после излития вод и фиксации головки.



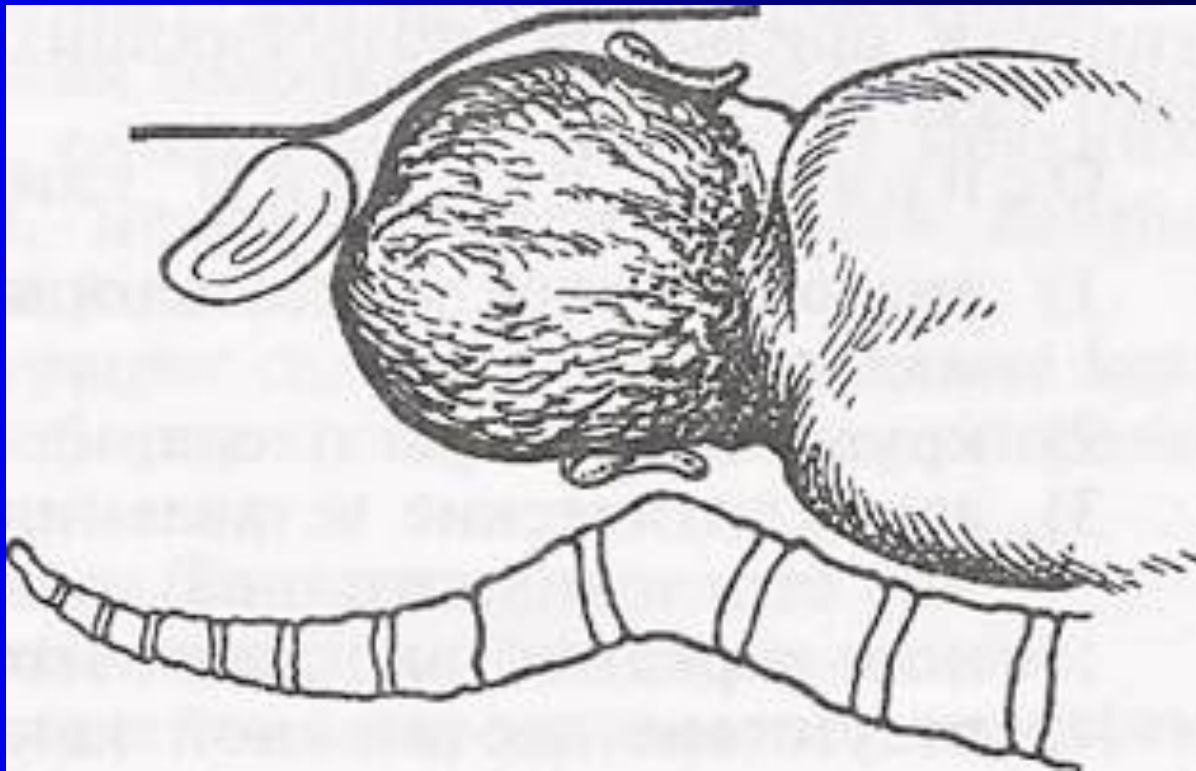
В норме головка вставляется в малый таз ниже лонного сочленения (отрицательный признак Вастена), а при клинически узком тазе головка нависает над лонным сочленением.



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



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

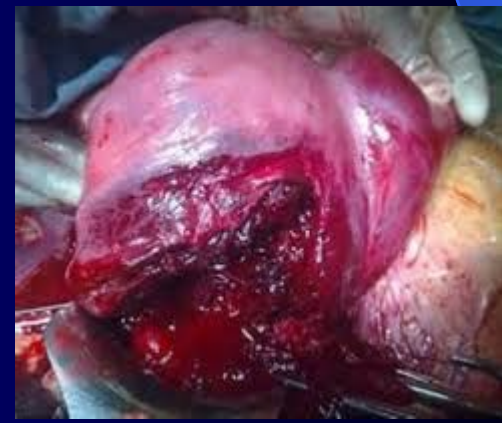
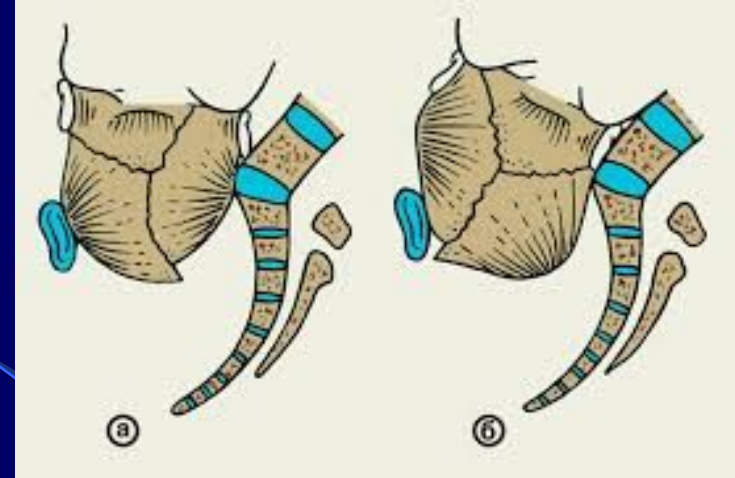


Симптом Дангемейстера -
определение наружной
конъюгаты, затем одна пуговка
тазомера переставляется на
головку плода, если головка
нависает, то второе измерение
больше чем наружная
конъюгата. Если головка в
полости малого таза, то второе
измерение меньше первого.
При симптоме вровень -
первый и второй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



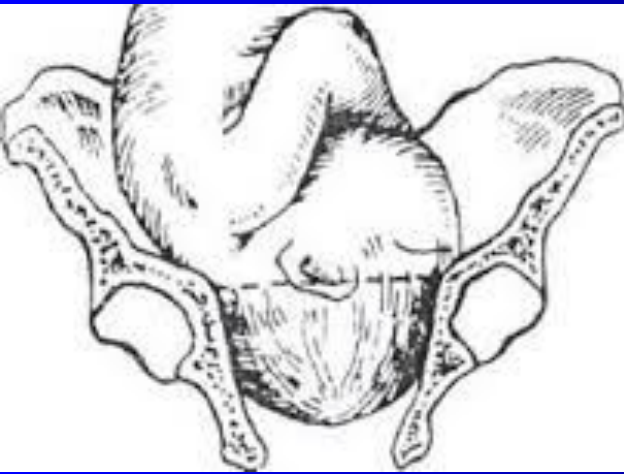
Основные условия для проведения функциональной оценки таза:

- 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.**



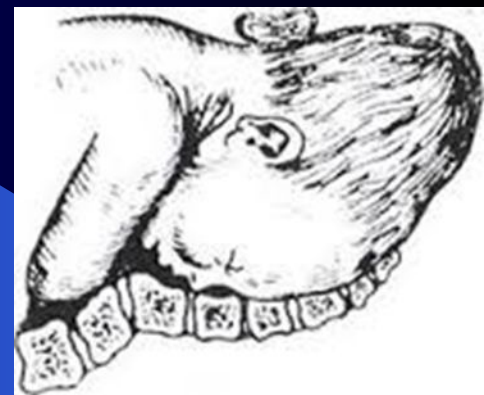
Особенности биомеханизма родов при общеравномерносуженном тазе:

- 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.**



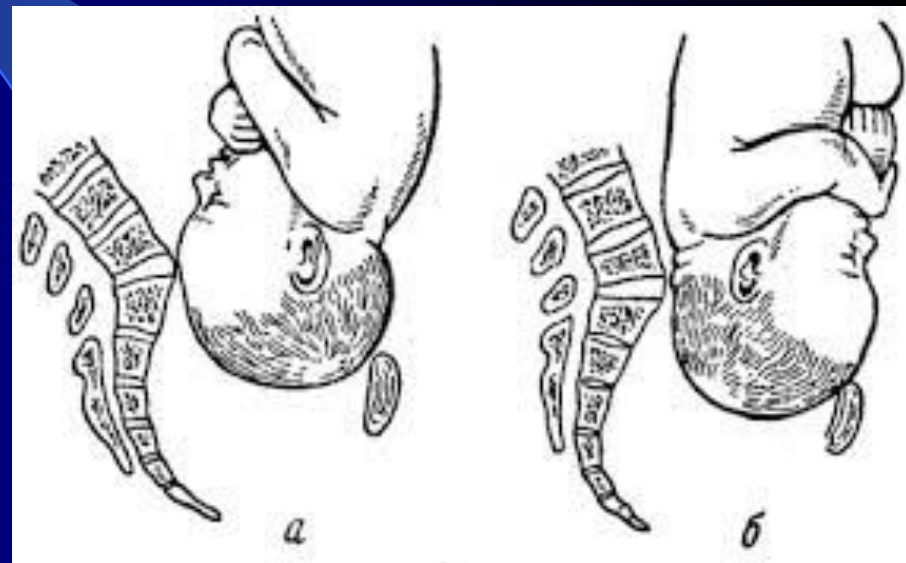
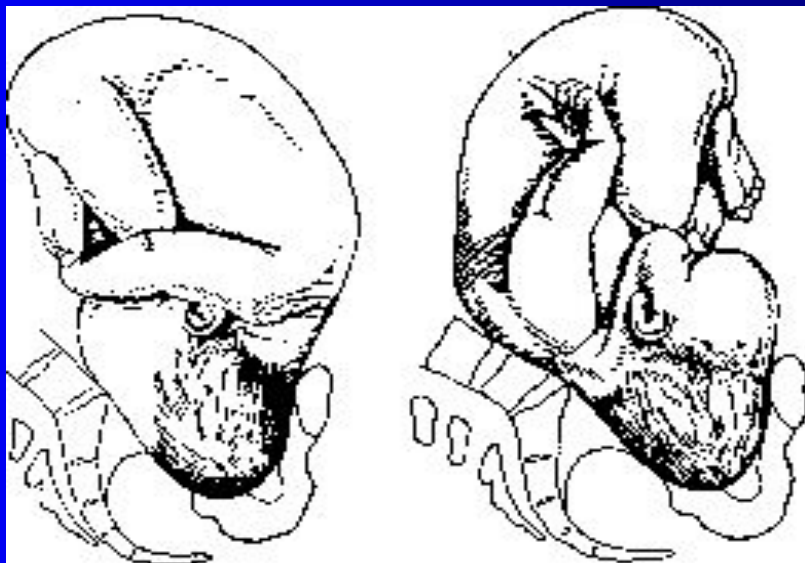
Особенности биомеханизма родов при общеравномерносуженном тазе:

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 поперечносуженном тазе:

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



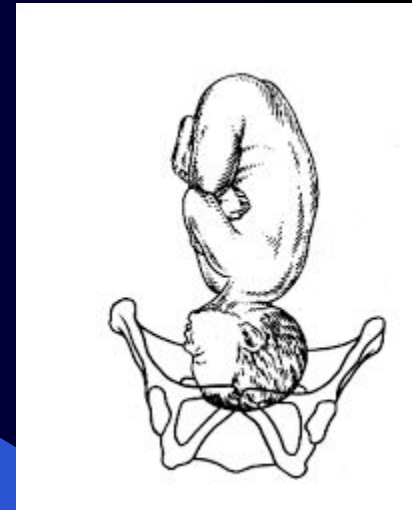
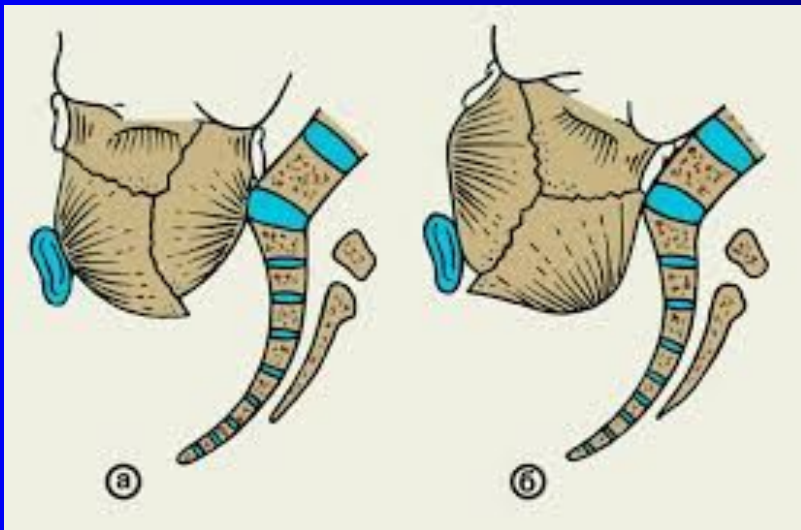
Особенности биомеханизма родов при простом плоском тазе:



Внутренний поворот не происходит из-за уменьшения 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. Продолжительное высокое стояние головки стреловидным швом в поперечном размере входа.
2. Разгибание головки.
3. Асинклитическое вставление головки.



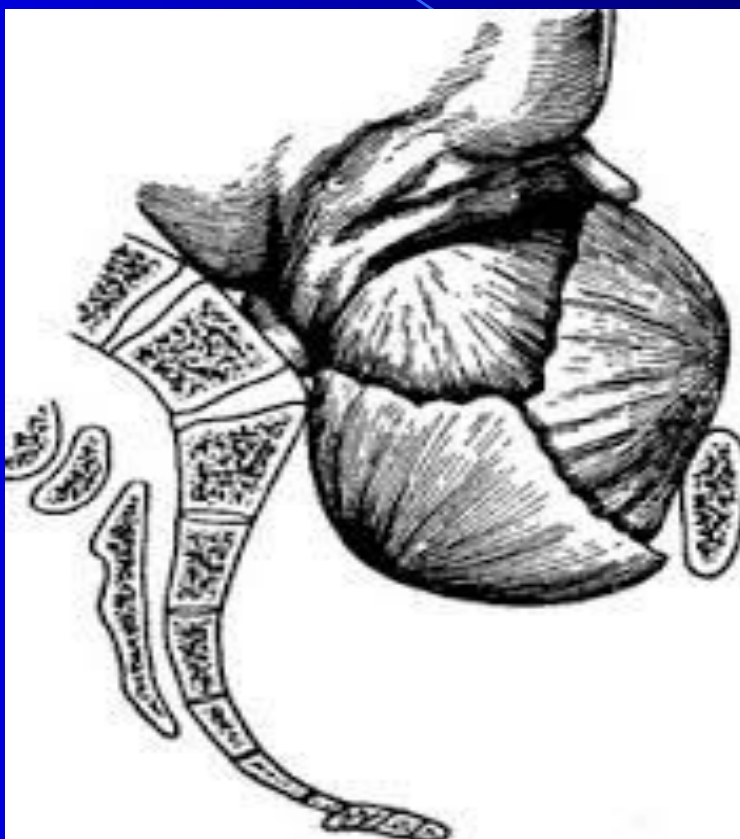
Особенности биомеханизма родов при плоскорахитическом тазе:

Асинклитизм Негеле – передний асинклитизм



Особенности биомеханизма родов при плоскорахитическом тазе:

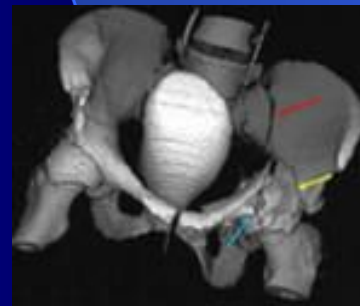
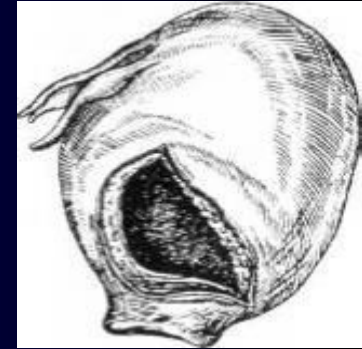
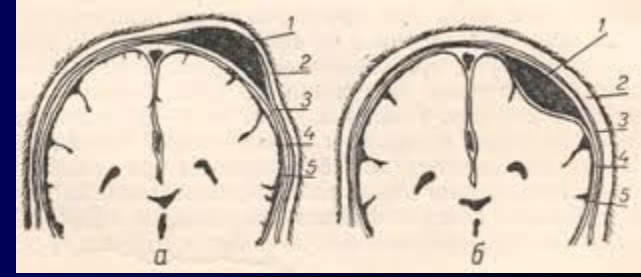
Асинклитизм Литцмана – задний асинклитизм



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 гармоничное развитие женского организма и правильное формирование костного таза).
- своевременная диагностика и лечение гормональных нарушений, которые оказывают влияние на формирование костного таза

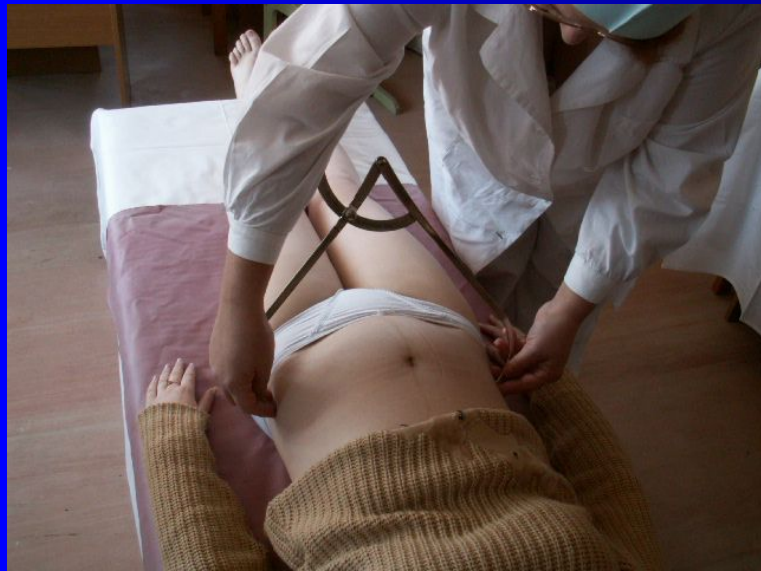


Задание



Пациентка, С., 24 лет. Состоит на учете по поводу беременности в ж/консультации с 10 недель. При наружном акушерском обследовании в 30 недель выявлены размеры таза: 25-26-31-17,5. Индекс Соловьева 14 см

Диагноз?



Литература

Основная:

1. Савельева г.М. Акушерство: 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!

