

# Механична дистокия. Тесен таз

Доц. д-р Надежда Хинкова , д.м.,  
Факултет “Здравни грижи”,  
Медицински университет - Плевен

# Тесен таз

## Секуларни промени в таза на жената:

1. В исторически аспект женският таз увеличава размерите си, респ. процентът на жените с малки размери на таза намалява.
2. Друга особеност на секуларните промени е увеличаване на граничните състояния – между нормални и намалени размери.
3. Третата изява на тенденцията се отнася до формите на таза. В миналото най-чести са били общо стеснените тазове. През последните десетилетия най-честата форма на тесните тазове е напречно-стесненият таз.
4. Друга особеност е т. нар функционално тесен таз – несъответствие между таз и плод, независимо от големината и формата на таза.

# Тесен таз

Анатомично тесен таз.

**Определение:** таз при който един или повече от вътрешните му размери е с повече от 1 см по-малък от нормалните размери.

Класификация на тесните тазове

В литературата съществуват няколко класификации:

I. В зависимост от дължината на *conjugata vera obstetrica* има четири степени на тесен таз:

I степен - *conjugata vera obstetrica* 9 до 11 см.

II степен - *conjugata vera obstetrica* 7,5 до 9 см. Приема се, че при такъв размер на *conjugata vera obstetrica*, раждането на жив плод е възможно, само ако последният е с много малки размери (недоносен плод).

# Тесен таз

III степен - *conjugata vera obstetrica* 5,5 до 7,5 см. При такива размери на таза раждането на жив плод не е възможно. Плодораздробяваща операция е свързана с големи травми на мекия родилен канал.

IV степен - *conjugata vera obstetrica* е с размери по-малки от 5,5 см. Преминаването на доносен плод през костния таз е невъзможно, дори и след плодораздробяваща операция.

Според съвременните изисквания на акушерската практика III и IV степен стеснение на таза е абсолютна индикация за цезарово сечение.

При I степен е възможен опит за вагинално раждане при условие, че няма макрозомия. При *conjugata vera obstetrica* под 9 см за предпочитане е елективно Цезарово сечение.

# Тесен таз

II. Доскоро, широко разпространена в нашата литература, е следната класификация:

1. Общо равномерно-стеснен таз.
2. Плосък таз (таз, стеснен в правия размер)
  - а) обикновен плосък таз;
  - б) плосък рахитичен таз;
  - в) общо-стеснен плосък таз;
3. Косо-стеснен таз.
4. Напречно-стеснен таз.
5. Спондилолистетичен таз.
6. Остеомалатичен таз.
7. Фуниеобразен таз (мъжки таз).
8. Таз, с тумори и екзостози.

# Тесен таз

III. Широко употребявана е класификацията на Caldwell и Moly (1933), която е базирана основно върху конфигурацията на таза.

Според тази класификация се различават следните видове таз:

а) Гинекоиден (женски) таз. Той е най-често срещан – 50%. Формата на входа на таза е овална с малко по-голям напречен от прав диаметър. Страничните стени на таза са успоредни. Спините не проминират към празнината на таза. Arcus pubis е широк – 90 градуса. Обемът на таза е нормален.

Това е най-благоприятната форма на таз за вагинално раждане. Раждането обикновено протича нормално.



# Тесен таз

б) Андроиден (мъжки) таз. Честотата му е 20%. Формата на входа на таза е сърцевидна. Намалена е задната половина на повърхността на входа на таза, предната е тясна и с триъгълна форма. Страничните стени на таза конвергират, спините са масивни и проминират към кухината на таза. Arcus pubis е тесен. Сакрумът е плосък, а долната му част е издадена напред. Скъсени са всички размери на празнината на таза, което намалява и обема му.

Силно изразеният андроиден таз е много труден за вагинално раждане и се предпочита цезарово сечение.

При слабо изразен андроиден таз раждането спира, когато главата е навлязла дълбоко в таза. И двата пътя за родоразрешение – вагинален и абдоминален се явяват травматични за майката и плода.

# Тесен таз

в) Антропоиден (маймунски) таз. Честотата му е 25%.

Входът на таза е надлъжно-овален, като правият диаметър е по-голям от напречния. Тазовите стени имат паралелен ход и не стесняват празнината и изхода на таза. Arcus pubis е или нормален или леко стеснен. Обемът на таза е нормален.

При нормален по размер плод е възможно атравматично вагинално раждане, като главата навлиза в правия диаметър и така достига до изхода на таза. По-чести са задно тилно предлежание и оперативните вагинални раждания.

г) Платипелоиден (плосък) таз. Честотата му е 5%.

Формата на входа на таза е напречно-овална с увеличен напречен и скъсен прав диаметър на входа на таза. Всички прави диаметри на таза са намалени. Arcus pubis е широк. Този таз е най-плитък.



# Тесен таз

Главата навлиза със sutura sagitalis в напречния диаметър и така се движи до разширението на таза. Поради скъсените прави диаметри главата се ражда със sutura sagitalis леко отклонена от правия диаметър на изхода на таза. Често главата е в асинклитично положение и раждането завършва с цезарово сечение.

IV. Напоследък добива широко разпространение класификацията на тесните тазове, базирана на стеснения в различните плоскости на таза.

Различават се три основни плоскости на таза – на входа, средна плоскост и на изхода. Средната плоскост отговаря на употребяваната у нас плоскост на стеснението на таза.

а) Стеснение на входа на таза. Правия диаметър е под 11 см и напречния акушерски диаметър под 12 см.

# Тесен таз

Главата не се ангажира в края на бременността, което не е характерно за първораждащи. По-чести са неправилните главични предлежания, косо и напречно положение на плода.

б) Стеснение на средната плоскост на таза. Тази плоскост се ограничава отпред от долният ръб на симфизата, отстрани от *spinae ossis ischii* и отзад е на границата между четвърти и пети сакрални прешлени. За стеснение на тази плоскост се говори когато напречният диаметър (*linea interspinalis*) е под 10,5 см, а правият диаметър е под 11,5 см.

Стесненията в средната плоскост на таза са по-чести от тези на входа. Най-често главата се задържа в напречния диаметър.

в) Стеснение на изхода на таза. Плоскостта на изхода на таза се състои от два триъгълника.

# Тесен таз

Предният триъгълник е с основа интертуберозния диаметър и с връх *arcus pubis*. Задният триъгълник е със същата основа и с връх границата между *os sacrum* и *os coccygis*. За стеснение на изхода на таза се говори когато интертуберозният диаметър е под 8 см и *arcus pubis* е тесен.

Главата се изтласква към задният триъгълник, разпъва силно перинеума с обширни разсъсвания на перинеума.

## V. Функционално тесен таз.

Това е таз при който се установява несъответствие между таза и плода, независимо от големината и формата на таза:

- при нормален таз и едър плод;
- при нормален таз и дефлексионни предлежания;
- при нормален по големина плод и гранично намалени размери на таза.

# Тесен таз

- при нормален по големина плод и промяна на формата на таза;

Така функционално тесният таз се базира на съотношението на три важни променливи величини – таз, плод и маточна активност.

Когато тези величини са в съотношение, че плодът не може да се роди неувреден през родилните пътища, се говори да пелви-фетална диспропорция. Диагнозата се поставя в хода на раждането.

**Диагноза на тесните тазове.**

Диагнозата започва с анамнезата и оглед на конструкцията на тялото на бременната.

От анамнезата може да се ориентираме за тежък рахит в млада възраст, вродена луксация, прекарани травми на костите.

# Тесен таз

Ниските жени, с ръст под 155 см, в голяма част имат и тесни тазове. Наличие на кифоза, сколиоза, нарушена походка, промени в ромба на Михаелис, промени в наклона на таза обикновено са свързани с известни изменения във формата и размерите на таза.

Данните за тежко оперативно вагинално раждане или травми на плода изискват внимателно изследване размерите и формата на таза.

Външната пелвиметрия е ориентировъчна и не може да прогнозира изхода на раждането.

Чрез трети и четвърти прием на Леополд се установява високо стояща глава в края на бременността. Този белег има голяма прогностична стойност за наличие на тесен таз при първескини.



# Тесен таз

При вагинален преглед може да се измери *conjugata diagonalis*, от която като извадим 1,5 см получаваме *conjugata vera obstetrica*. За стеснение на *arcus pubis* се предполага когато под него не могат да се поставят два напречни пръста. Недостигането на промоториума със средният пръст с голяма вероятност говори за липса на стеснение на *conjugata vera obstetrica*.

Вагиналното изследване може да установи още: проминиране на спините, конкавитета на сакрума, посоката на *os sacrospinale*, конвергенцията на страничните стени на таза.

За стеснение на интертуберозният диаметър се насочваме, когато ръката свита в юмрук не може да се постави между двата *tubera ossis ischii*.

# Тесен таз

Рентгеновата пелвиметрия дава информация за вътрешните размери на таза. Извършва се само ако бременната даде съгласие за това. При плод в седалищно предлежание има безспорно утвърдено място.

Ултразвуковият метод не е в състояние да даде данни за размерите на костния таз. Този метод дава ценна информация за размерите на плода и в частност за размерите на черепа. При БПД над 100 мм и особено при преносване е оправдана рентгенова пелвиметрия за установяване на съвместимостта.

**Клинична преценка на съвместимостта.**

Приём на Цангемайстер. С тазомер се измерва по обичайният начин *conjugata externa*. Без да се мести задното рамо на тазомера, предното му рамо се поставя върху най-изпъкналата точка на главата в областта над симфизата.

# Тесен таз

Ако това разстояние е по-малко от *conjugata externa*, вероятно е да има съвместимост между размера на таза и този на главата.

Приём на Уатстон – Хенкел. При гръбно положение на бременната едната ръка на извършващият изследването се поставя над симфизата, а другата върху главата на плода. Възможни са следните положения:

- ако плоскостта на симфизата стои по-високо от тази на главата, главата би могла да навлезе в малкия таз;
- ако плоскостта на симфизата и на главата са на една равнина, има известна степен на несъвместимост;
- ако плоскостта на главата е по-високо от тази на симфизата – приёмът на Уатстон – Хенкел е положителен и сочи, че е налице несъответствие между таза и главата на плода.

# Тесен таз

Приём на Мюлер. Един асистент притиска с две ръце главата на плода по посока към входа на таза. Чрез вагинално изследване се преценява доколко натискът върху главата повлиява спускането ѝ в кухината на малкия таз. Най-добре е приёмът да се приложи при пълно разширение на маточната шийка.

## Протичане на раждането.

По време на раждането при вагинален преглед най-често се установява пукнат околоплоден мехур и шийка, неприлягаща добре към подлежащата глава. Маточната шийка се разширява бавно, раждането е удължено, често с вторична родилна слабост. Главата на плода е конфигурирана, образува се *caput succedaneum*. Установяването на асинклетизъм и изразена конфигурация, при неангажирана глава е ясен белег за неблагоприятно вагинално раждане.