

Государственное образовательное учреждение Высшего  
профессионального образования  
«Кубанский государственный медицинский университет»  
Минздрава России

Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии



## **Таз с анатомической и акушерской точки зрения.**

### **Плод как объект родов.**

Учебно-методические указания к практическим занятиям  
для студентов 4-6 курсов стоматологического и медико-профилактического  
факультетов медицинских ВУЗов

Краснодар

2016г.

УДК 618.5 – 08(075.4)

ББК 57.16

Т-13.

*Составители:*

Сотрудники кафедры акушерства, гинекологии и перинатологии ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России: ассистент кафедры акушерства, гинекологии и перинатологии КГМУ к.м.н. Чёрный О.В., доцент кафедры акушерства, гинекологии и перинатологии КубГМУ к.м.н. Чёрная И.В., ассистент кафедры акушерства, гинекологии и перинатологии Вусик И.Ф., доцент кафедры акушерства, гинекологии и перинатологии к.м.н. Данилова Т.Р.

Под редакцией зав.кафедрой, профессора, доктора мед.наук Куценко И.И.

*Рецензенты:*

Профессор кафедры акушерства, гинекологии и перинатологии ФПК и ППС ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России доктор медицинских наук Карахалис Л.Ю.

Заместитель главного врача по акушерству и гинекологии КГК БСМП, к.м.н. Вартамян С.М.

**Таз с анатомической и акушерской точки зрения. Плод как объект родов:** методические указания (Черный О.В., Черная И.В., Вусик И.Ф., Данилова Н.Р.) – Краснодар, ГБОУ ВПО КубГМУ, Минздрава России 2016 г.

Настоящие указания составлены на базе государственных образовательных стандартов Высшего профессионального образования (Москва, 2010г.) в соответствии с учебно-методическим комплексом, разработанным на кафедре. Рекомендовано для студентов 4-6 курсов стоматологического и медико-профилактического факультетов медицинских вузов в качестве учебно-методической разработки к практическим занятиям.

Рекомендовано к изданию ЦМС ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России.

**Протокол № 11 от 23 апреля 2016 года**

## Предисловие

Данные методической разработки подготовлены с целью ознакомления студентов и начинающих врачей со сведениями об анатомо-статических факторах в процессе родового акта, о роли таза в течении и исходе родов для матери и плода, для определения своевременной адекватной тактики ведения пациенток. Разработки составлены сотрудниками кафедры акушерства и гинекологии и перинатологии КубГМУ.

При использовании этого материала необходимо уделить особое внимание современным методам диагностики особенностей строения родовых путей и плода, учитывая совершенствование оказания хирургической помощи в родах.

Методические указания включают в себя:

- описание этапов занятия;
- краткую теоретическую часть;
- список рекомендуемой литературы;
- тестовый контроль с вариантами ответов.
- ситуационные задачи

## **Введение**

Основой акушерства являются нормальные роды. Оказание квалифицированной медицинской помощи женщинам, умение грамотно внести роды – основополагающая задача акушерства.

Влияние неблагоприятных факторов внешней среды, изменение условий жизни, увеличение числа женщин с экстрагенитальной патологией приводят к нарушению гармоничного развития беременности и в связи с этим к различным формам акушерской патологии во время беременности и в родах.

В настоящее время появились новые подходы к ведению у женщин с особенностями развития родовых путей и различными состояниями плода. Современные методы оперативного родоразрешения предполагают расширение и совершенствование диагностики патологических состояний в акушерстве, что способствует оказанию своевременной квалифицированной медицинской помощи.

Данное пособие предназначено для студентов 4-6 курсов стоматологического и медико-профилактического факультетов медицинских вузов в качестве учебно-методической разработки к практическим занятиям.

## **Тема: таз с анатомической и акушерской точки зрения. Плод как объект родов.**

**Цель занятия:** научить студента с помощью наружных и внутренних методов оценивать функциональные особенности женского таза, его размеры, отличие от мужского, уметь пользоваться тазомером, сантиметровой лентой, ознакомиться с применением УЗ-методов исследования в оценке размеров и степени зрелости плода, уточнения сроков беременности.

**Студент должен знать:** роль различных отделов таза для нормального исхода беременности и родов, выучить строение полости малого таза, основные наружные и внутренние его размеры, иметь понятие о степени зрелости плода, размерах доношенного плода, уметь рассчитывать предполагаемые сроки беременности и родов, иметь представление о понятиях: положение, предлежание, позиция, вид, вставление, членорасположение плода.

**Студент должен уметь:** с помощью тазомера и сантиметровой ленты определять размеры таза, наружную и диагональную конъюгату, уметь рассчитывать значение истинной акушерской конъюгаты, овладеть наружными методами акушерского исследования (приемы Леопольда), рассчитывать срок беременности и предполагаемую массу плода.

### **Этапы занятия и их краткое содержание**

№	Этапы занятия	Время	Краткое содержание занятия
1	Введение	5 мин	Определение актуальности изучаемой проблемы
2	Предварительный контроль и коррекция исходного уровня знаний	20 мин	Выяснение исходного уровня знаний студентами данной темы методом письменного тестирования с использованием тестов 1 уровня
3	Самостоятельная работа по усвоению темы	40 мин	Самостоятельное решение студентами ситуационных задач 2-3 уровня сложности методом «малых групп» с последующим письменным обоснованием диагноза, назначением плана обследования и лечения
4	Текущий контроль и коррекция результатов усвоения	20 мин	Разбор клинических задач
5	Работа у постели больного под контролем преподавателя, освоение практических навыков	40 мин	Курация беременных и рожениц с различными состояниями
6	Клинический разбор родов, историй болезни, задания	30 мин	Выделение ведущих симптомов. Составление обоснования диагноза,

	для самостоятельной работы		плана обследования, лечения беременных и рожениц и мер по профилактике
7	Итоговый контроль уровня усвоения материала	20 мин	Обсуждение выполненной практической работы, коррекция ошибок
8	Заключение и задание на дом	5 мин	Подведение итогов занятия и задание на дом

## Рекомендуемая литература

### Основная:

1. Акушерство: национальное руководство/ под ред. Э.К. Айламазяна, В.И. Кулакова, Г.М. Савельевой – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2007.
2. Акушерство: Учебник/ Г.М. Савельева, В.И. Кулакова, А.Н. Стрижаков и др.; Под ред. Г.М. Савельевой – М.: Медицина, 2010.

### Дополнительная:

1. Сидорова И.С., Кулаков В.И., Макаров И.О. Руководство по акушерству: Учебное пособие – М.: ОАО «Издательство «Медицина»», 2008 г.
2. Радзинский В.Е. Руководство к практическим занятиям по акушерству, Москва, издательская группа «ГЭОТАР-МЕДИА», 2015 г.

## Краткая теоретическая часть

### Женский таз.

Костный таз представляет собой прочное костное соединение, являющееся вместилищем для внутренних половых тканей. Он является составной частью понятия родового канала, по которому во время родов продвигается плод.

Таз состоит из четырех костей: двух тазовых, крестца и копчика. Тазовая кость (от *Coxae seu innominatum*) до 16-18 летнего возраста состоит из трех костей – подвздошной (*os ilium*), седалищной (*os ischii*) и лонной (*os pubis*).

**Крестец** (*os sacrum*) состоит из пяти сросшихся позвонков, на середине передней поверхности основания крестца имеется выступ – крестцовый мыс (*promontorium*). Между остистым отростком 5-го поясничного позвонка и началом среднего крестцового гребня имеется впадина – надкрестцовая ямка.

**Копчик** (*os coccygis*) состоит из 4-5 сросшихся позвонков.

Кости таза соединяются между собой посредством симфиза, крестцово-подвздошных и крестцово-копчикового соединения.

**Различают два отдела таза.** Верхний – большой таз, нижний – малый таз. Границей между большим и малым тазом является спереди – верхний край симфиза и лобковых костей, по бокам – дугообразные линии подвздошных костей, сзади – крестцовый мыс.

Большой таз доступен для исследования. По размерам большого таза судят о размерах малого таза.

Малый таз – практически неподатливый костный канал, через который проходит рождающийся плод. Задняя стенка малого таза в три раза больше, чем передняя. Верхний отдел малого таза – сплошное неподатливое костное кольцо, стенки нижнего отдела малого таза не сплошные, в них имеются запирающие отверстия и седалищные вырезки. Малый таз имеет

следующие отделы: вход, полость и выход. В полости малого таза различают широкую и узкую части.

Соответственно этому в малом тазу выделяется 4 плоскости.

1. Плоскость входа в малый таз ограничена: спереди – верхневнутренним краем симфиза и лобковых костей, по бокам – безымянными линиями подвздошных костей, сзади – крестцовым мысом.

В плоскости входа в малый таз имеется четыре размера: **прямой размер плоскости входа или истинная акушерская конъюгата** (conjugate vera) – расстояние от центра верхневнутреннего края лона до крестцового мыса. Она равна 11 см.

**Поперечный размер плоскости входа** – расстояние между наиболее удаленными точкам безымянных линий, равен 13-13,5 см.

Правый и левый косые размеры – равны по 12,5 см. Правый от правого крестцово-подвздошного сочленения до левого подвздошно-лонного возвышения. Левый от левого крестцово-подвздошного сочленения до правого подвздошно-лонного возвышения.

2. Плоскость широкой части малого таза ограничена: спереди – серединой внутренней поверхности лона, по бокам – серединами вертлужных впадин, сзади – местом соединения второго и третьего крестцовых позвонков. Здесь выделяют два размера: прямой размер широкой части полости малого таза – расстояние между серединой внутренней поверхности лона и местом соединения второго и третьего крестцовых позвонков, равен 12,5 см.

Поперечный размер широкой части малого таза – расстояние между центрами вертлужных впадин, равен 12,5 см.

3. Плоскость узкой части полости малого таза ограничена: спереди – ниже-внутренним краем лонного сочленения, по бокам внутренними поверхностями костей седалищных костей, сзади –

крестцово-копчиковым соединением. Размеры: прямой размер – расстояние между серединой внешне-внутреннего края лонного сочленения и крестцово-копчиковым сочленением, равен 11-11,5 см. Поперечный размер – расстояние между внутренними поверхностями седалищных костей, равен 10,5 см.

4. Плоскость выхода таза ограничена: спереди – нижним краем лонного сочленения, с боков – внутренними поверхностями седалищных бугров, сзади – верхушкой копчика. Размеры: прямой размер – расстояние между центром нижнего края лона и верхушкой копчика, равен 9,5 см, за счет подвижности копчика в родах увеличивается до 11 см. Поперечный размер – расстояние между внутренними поверхностями седалищных бугров, равен 11 см.

Линия, соединяющая центры всех прямых размеров таза, называется **проводной костью таза**. Именно по этой линии рождающийся плод проходит через родовой канал.

Угол, который образуется между горизонтальной плоскостью и плоскостью входа в малый таз, носит название угла наклона таза. В норме он равен 60 градусам.

Исследование таза. В акушерстве исследование таза очень важно, так как строение и размеры таза имеют решающее значение для течения и схода родов. Наличие нормального таза является одним из главных условий правильного течения родов.

Исследование таза производят путем осмотра, пальпирования и измерения. При осмотре обращают внимание на всю область таза, но особое значение уделяют крестцовому ромбу (ромб Михаэлиса), форма которого в совокупности с другими данными позволяет судить о строении таза. В норме вертикальный размер ромба в среднем равен 11 см, поперечный – 10 см. При нарушении строения малого таза пояснично-крестцовый ромб выражен нечетко, форма и размеры его изменены.

Обычно измеряют четыре размера таза: три поперечных и один прямой.

1. *Distantia spinarum* – расстояние между передне-верхними остями подвздошных костей. Пуговицы тазомера прижимают к наружным краям передне-верхних остей. Размер этот обычно равняется 25-26 см.
2. *Distantia cristarum* – расстояние между отдаленными точками гребней подвздошных костей. Это расстояние равняется 28-29 см.
3. *Distantia trochanterica* – расстояние между большими вертелами бедренных костей. Этот размер равен 31-32 см.

Важное значение имеет наружная конъюгата: по ее величине можно судить о размере истинной акушерской конъюгаты.

**Истинной или акушерской конъюгатой** называется кратчайшее расстояние между мысом и наиболее выдающейся в полость малого таза точкой на внутренней поверхности верхнего края симфиза, что соответствует физиологическому прямому размеру плоскости входа в малый таз. В норме это расстояние равно 11 см. При патологии костного таза истинная акушерская конъюгата является критерием классификации узких тазов по степени сужения. Для определения истинной конъюгаты из длины наружной конъюгаты вычитают 9 см. Например, если наружная конъюгата равна 25 см, то истинная конъюгата равна 16 см; если наружная конъюгата имеет длину 18 см, то истинная – равна 9 см.

Истинную конъюгату можно более точно определить по диагональной конъюгате.

Диагональной конъюгатой (*conjugata diagonalis*) называется расстояние от нижнего края симфиза до наиболее выдающейся точки мыса крестца. Диагональную конъюгату определяют при влагалищном исследовании женщин. Второй и третий пальцы фиксируют на верхушке мыса, а ребром ладони упираются в нижний край симфиза. После этого вторым пальцем другой руки отмечают место соприкосновения исследуемой руки с нижним краем симфиза. Не отнимая второго пальца от намеченной точки, руку, находящуюся во влагалище, извлекают, и ассистент измеряет тазомером или

сантиметровой лентой расстояние от верхушки третьего пальца до точки, соприкасающейся с нижним краем симфиза.

Диагональная конъюгата при нормальном тазе равняется в среднем 12,5-13 см. Для определения истинной конъюгаты из размера диагональной конъюгаты вычитают полтора-два сантиметра.

При наружном тазоизмерении трудно учесть толщину костей таза. Известное значение имеет измерение сантиметровой лентой окружности лучезапястного сустава беременной (индекс Соловьева). Средняя величина этой окружности 14 см. Если индекс больше, можно предположить, что кости таза массивные и размеры его полости меньше, чем можно было бы ожидать по данным измерения большого таза.

### **Плод как объект родов**

Большое значение в родах имеет масса плода, форма и размеры головки, а также степень зрелости плода. В большинстве случаев головка является подлежащей частью, но очень важно, чтобы она еще соответствовала размерам таза.

**Признаки зрелости плода.** Длина доношенного плода больше 47 см (при нормальном развитии не более 53 см). Масса плода должна быть больше 2500 грамм. Оптимальной является масса 3000-3600 грамм. При массе 4000 грамм и более ребенок считается крупным, при массе 5000 грамм и более – гигантским. О степени зрелости можно судить по плотности костей (по данным УЗИ плода, влагалищного исследования и при осмотре новорожденного).

Кожа зрелого новорожденного бледно-розового цвета, с хорошо выраженной подкожной жировой клетчаткой, множеством складочек, хорошим тургором и эластичностью, остатками сыровидной смазки, без малейших признаков мацерации. Длина волос на головке более 2-х см, пушковые волоски короткие, ногти заходят за кончики пальцев. Ушные и носовые хрящи упругие. Грудка выпуклая, у здорового ребенка движения

активные, крик громкий, тонус активный, рефлексy хорошо выражены, в том числе искательный и сосательный. Ребенок открывает глазки. Пупочное кольцо находится на середине расстояния между лобком и мечевидным отростком, у мальчиков яички опущены в мошонку, у девочек малые половые губы прикрыты большими половыми путями.

**Головка зрелого плода.** Череп плода состоит из двух лобных, двух теменных, двух височных и одной затылочной костей, а также основной и решетчатой. Кости черепа разделяются швами, из которых наиболее необходимо знание стреловидного или сагиттального шва, который проходит между теменными костями и по которому определяют положение головки при затылочном вставлении. Кроме того, выделяют швы: лобный, венечный, лямбдовидный. В области соединения швов находятся роднички, из которых наибольшее значение имеют большой и малый.

Большой родничок находится на месте соединения стреловидного, лобного и венечного швов и имеет форму ромба. Малый родничок имеет треугольную форму и находится в месте пересечения стреловидного и лямбдовидного швов. Малый родничок является продольной точкой в случае родов при переднем виде затылочного предлежания. Головка плода имеет форму, приспособленную к размерам таза.

Благодаря швам и родничкам, которые являются фиброзными пластинками, косточки головки обладают подвижностью. При необходимости косточки могут заходить одна за другую, уменьшая объем головки (конфигурировать). На головке принято выделять размеры, которыми головка прорезывается при различных биомеханизмах родов. Для понимания биомеханизма родов важно знать следующие размеры головки:

- большой косой – от подбородка до самого отдаленного пункта на затылке – 13,5 см, соответствующей окружностью по нему 40 см;

- малый косой – от подзатылочной ямки до переднего угла большого родничка – 9,5 см, с окружностью 32 см;

- средний косой – от подзатылочной ямки до границы волосистой части лба – 9,5-10,5 см, с окружностью 33 см;
- прямой – от переносицы до затылочного бугра – 12 см, с окружностью 34 см;
- отвесный или вертикальный – от вершины темени до подъязычной кости, с окружностью 33 см;
- большой поперечный – наибольшее расстояние между теменными буграми – 9,25 см;
- малый поперечный – расстояние между наиболее отдаленными точками венечного шва – 8 см.

Кроме размеров головки учитывают размер плечиков, который в среднем равен 12 см, при окружности 34-35 см, а также размер ягодичек, который равен 9 см, при окружности 28 см.

**Определение предполагаемой массы плода.** В современных условиях это возможно сделать при помощи УЗИ. Определяется бипариетальный размер головки, размеры конечности, и по этим данным компьютером рассчитывается вероятная масса плода. Без УЗИ и компьютера можно использовать формулу Лебедева- Жордания:

$$X = Ж \times C, \text{ где}$$

Ж – окружность живота

С – высота стояния дна матки, измеренная сантиметровой лентой.

Методы для определения предполагаемой массы плода дают ошибки, поэтому лучше использовать несколько методов и учитывать особенности телосложения.

### Диагностика беременности.

Наиболее характерные признаки беременности могут быть по значимости для диагностики разделены на три группы: сомнительные, вероятные и достоверные.

**Достоверные или несомненные признаки беременности** – это признаки свидетельствующие о наличии плода в полости матки.

1. Пальпирующиеся части плода: головка, спинка и мелкие части (конечности) плода. Чем больше срок беременности, тем лучше прощупываются части плода.
2. Ясно слышимые тоны плода. С помощью акушерского стетоскопа сердечные тоны плода выслушиваются с начала второй половины беременности виде ритмичных ударов, повторяющихся 120-140 раз в минуту.
3. Движения плода, ощущаемые врачом при обследовании беременной. Движения плода обычно определяются во второй половине беременности (у первородящих с 20-ой недели, а повторнородящие с 18-ой недели).

Наиболее достоверную информацию при диагностики поздних сроков беременности получают при УЗИ – благодаря визуализации плода (или плодов при многоплодной беременности).

Диагноз беременности является точным даже при наличии достоверного признака.

**Предполагаемый срок родов и беременности** можно определить:

- по формуле Бабадаглы (по высоте стояния дна матки, измеренной сантиметровой лентой):

$$X = C + 3, \text{ где}$$

C – высота стояния дна матки;

- по формуле Негеле: дата первого дня последней менструации минус 3 месяца и плюс 7 дней.

При исследовании беременных и рожениц членорасположение, расположение, позицию, вид и прилежание плода.

**Членорасположение плода** (*habitus*) – отношение его конечностей к головке и туловищу. При типичном членорасположении туловище согнуто, головка наклонена к грудной клетке, ножки согнуты, в тазобедренных и коленных суставах и прижаты к животу, ручки скрещены на грудной клетке. Движения плода приводят к кратковременному изменению положения конечностей, но не нарушают характерного членорасположения.

**Положение плода** (*situs*) – отношение продольной оси плода к продольной оси матки.

Различают следующие положения:

- продольное (*situs longitudinalis*) – продольная ось плода и продольная часть матки совпадают;

- поперечное (*situs transverses*) – продольная ось плода пересекает продольную ось матки под прямым углом;

- косое (*situs obliquus*) – продольная ось плода образует с продольной осью матки острый угол.

**Позиция плода** (*position*) – отношение спинки плода к правой или левой стороне матки. Различают две позиции: первую и вторую. При первой позиции спинка плода обращена к левой стороне матки, при второй – к правой.

**Вид позиции** (*visus*) – отношение спинки плода к передней или задней стенке матки. Если спинка обращена к передне – передний вид позиции, если к задне – задний вид.

**Предлежание** плода (*praesentatio*) – отношение крупной части плода (головки или ягодиц) ко входу в малый таз. Если над входом в таз находится головка плода – предлежание головное (96% родов), если тазовый конец – предлежание тазовое (3,5%).

При поперечных и косых положениях плода позиция определяется не по спинке, а по головке: головка слева – первая позиция, справа – вторая позиция.

Предлежащей частью называется та часть плода, которая расположена у входа в малый таз и первой проходит через родовые пути.

При пальпации живота пользуются так называемыми **наружными приемами акушерского исследования (приемы Леопольда)**, получившими всеобщее признание.

**Первый прием.** Цель его – определить высоту стояния дна матки и часть плода находящуюся в ее дне.

**Второй прием.** Цель его – определить позицию плода.

**Третий прием.** Цель его – определить характер предлежащей части (головка или ягодица).

**Четвертый прием.** Цель его – определить местонахождение предлежащей части (над входом в малый таз, во входе или глубже), в каком положении находится предлежащая головка (согнутом или разогнутом).

## Тестовый контроль первого уровня

(выберите один правильный ответ)

*1. Взаимоотношение отдельных частей плода – это:*

- 1) положение
- 2) позиция
- 3) вид
- 4) членорасположение
- 5) вставление

*2. С помощью первого приема пальпации плода в матке определяют:*

- 1) предлежание плода
- 2) положение, позицию плода
- 3) отношение предлежащей части плода ко входу в малый таз
- 4) уровень стояния дна матки
- 5) отношение предлежащей части плода к плоскостям малого таза

*3. Отношение спинки плода к передней или задней стенке матки:*

- 1) членорасположение
- 2) вид
- 3) предлежание
- 4) позиция
- 5) вставление

*4. Отношение оси плода к оси матки:*

- 1) членорасположение
- 2) положение
- 3) позиция
- 4) вид
- 5) предлежание

*5. Предлежит ли головка плода, спинка обращена к заде, – это:*

- 1) головное предлежание, передний вид
- 2) первая позиция, задний вид
- 3) головное предлежание, задний вид
- 4) головное предлежание, первая позиция, задний вид
- 5) головное предлежание, вторая позиция

*6. С помощью третьего приема пальпации плода в матке определяют:*

- 1) массу плода
- 2) положение, позицию
- 3) предлежащую часть
- 4) предлежащую часть и ее отношение ко входу в малый таз
- 5) предлежащую часть плода и ее отношение к плоскостям малого таза

**7. Отношение спинки и головки плода к боковым стенкам матки:**

- 1) вид
- 2) вставление
- 3) членорасположение
- 4) предлежание
- 5) позиция

**8. Отношение наиболее низко расположенной крупной части плода ко входу в таз:**

- 1) членорасположение
- 2) положение
- 3) вид
- 4) предлежание
- 5) позиция

**9. С помощью второго приема пальпации плода в матке, определяют:**

- 1) предлежащую часть
- 2) отношение предлежащей части ко входу в малый таз
- 3) массу плода
- 4) отношение предлежащей части к плоскостям малого таза
- 5) положение, позиция

**10. С помощью четвертого приема пальпации плода в матке, определяют:**

- 1) отношение предлежащей части к плоскостям малого таза
- 2) отношение предлежащей части ко входу в малый таз
- 3) массу плода
- 4) положение, позицию плода
- 5) уровень стояния дна матки

**11. Расстояние между мысом и нижним краем лобкового симфиза:**

- 1) 11 см
- 2) 13,5 см
- 3) 20-21 см
- 4) 12,5-13 см
- 5) 25-26 см

**12. Прямой размер плоскости широкой части полости малого таза:**

- 1) 11 см
- 2) 12 см
- 3) 13 см
- 4) 12,5 см
- 5) 10,5 см

**13.** *Расстояние между передневерхними остями подвздошных костей:*

- 1) 24-25 см
- 2) 27-32 см
- 3) 30-32 см
- 4) 25-26 см
- 5) 23-24 см

**14.** *Расстояние между гребнями подвздошных костей:*

- 1) 11 см
- 2) 20-21 см
- 3) 25-26 см
- 4) 30-32 см
- 5) 28-29 см

**15.** *Прямой размер плоскости узкой части полости малого таза:*

- 1) 11 см
- 2) 12 см
- 3) 12,5 см
- 4) 13 см
- 5) 10,5 см

**16.** *Поперечный размер плоскости узкой части полости малого таза:*

- 1) 11 см
- 2) 12 см
- 3) 13 см
- 4) 12,5 см
- 5) 10,5 см

**17.** *Диагональная конъюгата:*

- 1) 20-21 см
- 2) 13,5 см
- 3) 11 см
- 4) 9,5 см
- 5) 12,5-13 см

**18.** *Какой из размеров таза равен 20-21 см:*

- 1) Истинная конъюгата
- 2) Диагональная конъюгата
- 3) Наружная конъюгата
- 4) Боковая конъюгата
- 5) Косая конъюгата

**19. Истинная конъюгата:**

- 1) 9,5 см
- 2) 10,5 см
- 3) 11 см
- 4) 12 см
- 5) 13 см

**20. Укажите размеры нормального большого таза:**

- 1) 22-25-29-18-9
- 2) 25-28-31-20-11
- 3) 27-27-32-18-9
- 4) 23-25-28-17-8
- 5) 25-25-28-20-11

**21. Расстояние между большими вертилами бедренных костей:**

- 1) 30-31 см
- 2) 28-29 см
- 3) 20-21 см
- 4) 23-25 см
- 5) 26-27 см

**22. Прямой размер плоскости выхода малого таза:**

- 1) 11 см
- 2) 9,5-11,5 см
- 3) 12 см
- 4) 12,5 см
- 5) 10,5 см

**23. Поперечный размер плоскости широкой части полости малого таза:**

- 1) 11 см
- 2) 12 см
- 3) 13 см
- 4) 12,5 см
- 5) 10,5 см

**24. Поперечный размер плоскости выхода малого таза:**

- 1) 11 см
- 2) 11,5 см
- 3) 12 см
- 4) 12,5 см
- 5) 10,5 см

**25. Тазовое предлежание, 1-ая позиция, задний вид:**

- 1) Межвертельная линия в поперечном размере, крестец справа
- 2) Межвертельная линия в правом косом размере, крестец слева сзади
- 3) Межвертельная линия в левом косом размере, слева сзади
- 4) Межвертельная линия в правом косом размере, крестец слева спереди
- 5) Межвертельная линия в левом косом размере, крестец слева спереди

**26. Большой косой размер головки плода:**

- 1) 9,5 см
- 2) 10,5 см
- 3) 11 см
- 4) 12 см
- 5) 13,5 см

**27. Расстояние между границей волосистой части лба головки плода и подзатылочной ямкой это:**

- 1) Малый косой размер
- 2) Средний косой размер
- 3) Большой косой размер
- 4) Прямой размер
- 5) Вертикальный размер

**28. Бипаритальный размер головки плода равен:**

- 1) 9,5 см
- 2) 10,5 см
- 3) 11 см
- 4) 12 см
- 5) 13,5 см

**29. Расстояние между подбородком и затылочным бугром головки плода – это:**

- 1) Прямой размер
- 2) Вертикальный размер
- 3) Малый косой размер
- 4) Средний косой размер
- 5) Большой косой размер

**30. Вертикальный размер головки плода – это расстояние между:**

- 1) Переносьем и затылочным бугром
- 2) Серединой большого родничка и подъязычной костью
- 3) Передним углом большого родничка и подзатылочной ямкой
- 4) Теменными буграми
- 5) Затылочным бугром и подбородком

**31. Малый косой размер головки равен:**

- 1) 9,5 см
- 2) 10,5 см
- 3) 11 см
- 4) 12 см
- 5) 13,5 см

## Ситуационные задачи

### Задача №1

Повторнородящая, 36 л. Поступила в родильный дом с регулярной родовой деятельностью в течение 5 часов. Околоплодные воды отошли 2 часа назад: светлые.

Данная беременность вторая (первые срочные роды 3 года назад), протекала без осложнений. Женскую консультацию посещала регулярно.

Объективно: правильного телосложения, удовлетворительного питания. Со стороны внутренних органов отклонений нет. Рост 170 см, вес 78 кг. Положение плода продольное, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз, спинка плода расположена справа. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 136 уд/мин, справа, ниже пупка. ВДМ – 40 см. ОЖ – 96 см. ПМП – 3800 г. Размеры таза – 26-28-30-20.

Влагалищное исследование: наружные половые органы развиты правильно. Шейка матки сглажена, раскрытие 4 см. Предлежит головка, стреловидный шов в левом косом размере. Мыс не достижим.

*Диагноз? Тактика ведения родов?*

### Задача №2

Роженица, 32 г., поступила в родильный дом с активной родовой деятельностью. Роды в срок. Из анамнеза: менструации с 14 лет, установились сразу, через 28-30 дней, по 3-5 дней, умеренные, безболезненные. Половая жизнь с 22 лет, в первом браке. Роды первые. Артифициальные аборт – 3. Настоящая беременность пятая, протекала без осложнений. Регулярно наблюдалась в женской консультации.

Объективно: правильного телосложения. Рост 170 см, вес 78 кг. Со стороны внутренних органов отклонений нет. Положение плода продольное, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 140 уд/мин, на уровне пупка. ВДМ- 41 см, ОЖ- 96 см, ПМП – 3900 г. Размеры таза – 25-29-30-20.

Влагалищные исследования: наружные половые органы развиты правильно. Шейка матки сглажена, раскрытие 5 см. Слева определяется подбородок

плода, нос, надбровные дуги, лобный шов. Таз без экзостозов. Мыс недостижим.

*Диагноз? Тактика ведения родов?*

### **Задача №3**

Первородящая, 26 лет, доставлена в родильный дом с регулярной родовой деятельностью в течение 10 часов. Околоплодные воды отошли 4 часа назад, светлые.

Объективно: правильного телосложения, пониженного питания. Со стороны внутренних органов патологии не обнаружено. Рост – 172 см, вес – 72 кг. Положение плода продольное, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 140 уд/мин. ВДМ – 40 см. ОЖ- 94 см. ПМП – 3700 г. Размеры таза 24-26-28-19.

Влагалищные исследования: наружные половые органы развиты правильно. Шейка матки сглажена, раскрытие 7 см, предлежит головка, стреловидный шов в поперечном разрезе, малый и большой роднички расположены на одном уровне, мыс недостижим.

*Диагноз? Тактика ведения родов?*

## **Эталоны ответов**

<b>1</b>	4	<b>9</b>	5	<b>17</b>	5	<b>25</b>	2
<b>2</b>	4	<b>10</b>	1	<b>18</b>	3	<b>26</b>	5
<b>3</b>	2	<b>11</b>	4	<b>19</b>	3	<b>27</b>	2
<b>4</b>	2	<b>12</b>	4	<b>20</b>	2	<b>28</b>	1
<b>5</b>	3	<b>13</b>	4	<b>21</b>	1	<b>29</b>	5
<b>6</b>	4	<b>14</b>	5	<b>22</b>	2	<b>30</b>	2
<b>7</b>	5	<b>15</b>	1	<b>23</b>	4	<b>31</b>	1
<b>8</b>	4	<b>16</b>	5	<b>24</b>	1		

## *Рецензия*

*На «Учебно-методические указания к практическим занятиям для студентов медицинского вуза»*

**Составитель: ассистенты Чёрный О.В., Вусик И.Ф.**

**доценты Черная И.В., Данилова Н.Р.**

**Под редакцией профессора Куценко И.И.**

**Краснодар, 2016 г.**

«Учебно-методические рекомендации составлены в строгом соответствии с учебными планами и типовыми программами для студентов стоматологического и медико-профилактических факультетов ВУЗов.

Учебно-методические рекомендации состоят из краткой теоретической части, в которой с современной точки зрения изложены представления о тазе с анатомической и акушерской точки зрения и плоде как объекте родов. В рекомендации представлены современные методы исследования, включенные в перечень практических навыков для студентов стоматологического и медико-профилактического факультетов медицинских ВУЗов, освоение которых необходимо при изучении курса акушерства.

Преимущества рецензируемой работы является то, что каждому разделу предшествует изложение цели его изучения. Акцентируется внимание на основных вопросах раздела, даются основные понятия, необходимые для его усвоения.

Рецензируемая работа заканчивается задачами по акушерству и тестовыми вопросами, что позволяет студенту контролировать текущий уровень знаний и осмыслить представленный материал.

На основании вышеизложенного считаю, что рецензируемое учебно-методическое указание следует рекомендовать к изданию.»

*Заместитель главного врача*

*Вартамян С.М.*

*по акушерству и гинекологии*

*КГК БСМП, к.м.н.*

## *Рецензия*

*На «Учебно-методические указания к практическим занятиям для студентов медицинского вуза»*

**Составитель: ассистенты Чёрный О.В., Вусик И.Ф.**

**доценты Черная И.В., Данилова Н.Р.**

**Под редакцией профессора Куценко И.И.**

**Краснодар, 2016 г.**

«Учебно-методические рекомендации составлены в строгом соответствии с учебными планами и типовыми программами для студентов стоматологического и медико-профилактических факультетов ВУЗов.

Учебно-методические рекомендации состоят из краткой теоретической части, в которой с современной точки зрения изложены представления о тазе с анатомической и акушерской точки зрения и плоде как объекте родов. В рекомендации представлены современные методы исследования, включенные в перечень практических навыков для студентов стоматологического и медико-профилактического факультетов медицинских ВУЗов, освоение которых необходимо при изучении курса акушерства.

Преимущества рецензируемой работы является то, что каждому разделу предшествует изложение цели его изучения. Акцентируется внимание на основных вопросах раздела, даются основные понятия, необходимые для его усвоения.

Рецензируемая работа заканчивается задачами по акушерству и тестовыми вопросами, что позволяет студенту контролировать текущий уровень знаний и осмыслить представленный материал.

На основании вышеизложенного считаю, что рецензируемое учебно-методическое указание следует рекомендовать к изданию.»

*Профессор кафедры*

*Карахалис Л.Ю.*

*акушерства, гинекологии и перинатологии*

*ФПК и ППС ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России*

*доктор медицинских наук*

## Оглавление

Предисловие.....	3
Введение.....	4
Цели занятия.....	5
Рекомендуемая литература.....	6
Женский таз.....	7
Плод как объект родов.....	11
Диагностика беременности.....	14
Тестовый контроль с вариантами ответов.....	17
Ситуационные задачи.....	22
Эталоны ответов.....	23