**Государственное бюджетное профессиональное образовательное учреждение республики Дагестан « Дербентский медицинский колледж**

**имени Г.А. Илизарова»**

**Учебно – методический комплекс**

**практического занятия для студентов**

**акушерское дело\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**по предмету « Акушерство»**

**Раздел:**

**« Женский таз**

**в акушерском отношении»**

**Рассмотрена и утверждено**

**На заседании ЦМК акушерства**

**и гинекологии**

**Преподаватель :**

**Алекперова Л.Б.**

**Дербент 2020**

**Пояснительная записка**

Данное пособие обучающего типа создано, как один из вариантов помощи в самостоятельной работе для студентов 1 курса, специальности « Акушерское дело».

Информация систематизирована, имеется необходимый теоретический и практический материал.

Предусматривается использование дополнительного дидактического материала для более эффективной самостоятельной работы, как в подготовке, так и на практическом занятии.

Методический комплекс составлен с целью:

1. Научить студентов осмыслить исключительную возможность применения полученных теоретических знаний на практике;

2. Прививать студентам чувство долга, ответственности, требовательности к себе;

3. Прививать любовь к выбранной профессии.

Содержание обучения переведено в задачи и задания для студентов на уровне профессионально – практической деятельности, максимально приближенной к реальной работе акушерки. Формирование навыков на технике выполнения манипуляций обеспеченно алгоритмом выполнения с обоснованием каждого этапа.

Профессионально интеллектуальные навыки по технике выполнения процедур и манипуляций отрабатываются путем решения задач с применением алгоритмических схем.

При контроле знаний учитывается не только качество выполнения процедур и манипуляций, но обязательное теоретическое обоснование, а также самостоятельное выполнение приобретенных навыков и умений.

Данная тема изучается:

На лекционных занятиях \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

На практических занятиях \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Рецензия**

В работе представлен материал, раскрывающий основные понятия темы, способствующие формированию у студентов четких знаний, умений, а впоследствии профессионализма.

Преподаватель грамотно, творчески решил проблему построения методического комплекса и представил следующую его структуру:

Пояснительная записка

Учебно – методические планы занятий:

Лекционного

Практического

Схемы интеграции

Схемы, таблицы

Список используемой литературы, используемой преподавателем при написании методического пособия

Для изучения темы, закрепления знаний разработан дидактический материал:

Конспект темы, глоссарий, тесты, контрольные вопросы , ситуационные задачи.

Автором тщательно продуманна методика организации лекционного и практического курса изучения данной темы, наряду с традиционными методами используются активные методы обучения и контроля.

Учебно – методический комплекс составлен в соответствии с программой обучения и может быть использована, студентами и преподавателями в качестве пособия для изучения темы: « женский таз в акушерском отношении»

**Мотивация темы:**

Большое значение в акушерстве имеет костный таз, составляющий прочную основу родовых путей. Тазовое дно, растягиваясь, включается в родовой канал и способствует рождению плода. Анатомическое сужение таза не всегда препятствует рождению плода, в то время как несоответствие между размерами таза и головкой плода может наблюдаться при нормальных размерах таза. Знание анатомии костного таза и тазового дна является базовым материалом для освоения классического акушерства, способствуют развитию у студентов понимания сущности и социальной значимости своей будущей профессии, формированию устойчивого интереса к ней.

Интерес к этой проблеме диктуется процессом акселерации, увеличением весо-ростовых показателей населения, возрастанием смешанных форм узкого таза, увеличением массы новорожденных.

Роды при аномальных тазах характеризуются высокой частотой:

1. Несвоевременное излитие околоплодных вод
2. Аномалии родовой деятельности
3. Преждевременной отслойки плаценты
4. Кровотечениями в последовом и раннем послеродовом периодах
5. Тяжелым родовым травматизмом матери и плода
6. Высокими показателями оперативного родоразрешения
7. Послеродовых гнойно-воспалительных заболеваний.

**Содержание**

1. Мотивация темы

2. План проведения лекционного занятия

3. Опорный конспект лекции

4. План практического занятия

5. Пре – тест

6. Пост –тест

7. Ситуационные задачи

8. Глоссарий

9. Список используемой литературы

**План проведения лекционного занятия**

Тип занятий – лекция

Продолжительность\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Место проведения – лекционный зал « Акушерства и гинекологии»

Цели:

Учебные цели:

1. Разобрать анатомию женского таза, отличие его от мужского.
2. Разобрать границы между большим и малым тазом. Изучить размеры большого таза
3. Разобрать плоскости малого таза их границы и размеры.

Воспитательная цель:

Воспитывать у студентов чувство ответственности за жизнь и будущее здоровье матери и ребенка

Развивающая цель:

Развивать у студентов способность логически мыслить, принимать правильные решения в той или иной клинической ситуации

Оснащение:

1. таблицы и плакаты по теме

2. фантом

3. сантиметровая лента

4. таз

5. тазомер

6. проектор

7. презентация по теме

**Распределение времени**

Организационный момент -2 мин

1. Постановка целей и задач- 3 мин

2. Изложение нового материала -75 мин

3. Закрепление материала – 10 мин

**План лекции :**

1. Женский таз. Кости таза.

2. Женский таз в акушерском отношении. Отделы таза.

3. Большой таз. Границы и размеры.

4. Малый таз. Плоскости и размеры.

5. Исследование таза. Индекс Соловьева.

**Актуальность темы:** Определение размеров таза чрезвычайно важно, так как их уменьшение или увеличение может приводить к существенным нарушениям. Наличие нормального таза является одним из главных условий правильного течения и исхода родов для матери и плода. В случаях анатомически суженного таза и клинически узкого( размеры головы плода больше размеров таза) роды через естественные родовые пути невозможны. В этих случаях необходимо родоразрешение при помощи кесарево сечения или плодоразрушающих операций . Роды при аномальном тазе характеризуются: высокой частотой преждевременного излития околоплодных вод, аномалиями родовой деятельности, преждевременной отслойкой плаценты, кровотечениями в последовом и раннем послеродовом периодах, тяжелым родовым травматизмом матери и плода, высокими показателями оперативного родоразрешения и послеродовых гнойно-септических заболеваний.

Рациональное ведение родов при аномальном тазе относится к наиболее трудным разделам практического акушерства, так как аномальный таз является одной из причин материнского и детского травматизма, а также причиной материнской и перинатальной смертности.

**Цель занятия:** Овладеть знаниями по анатомии женского таза и измерении таза.

**Задачи:** Студент должен знать:

1. Женский таз. Кости таза.

2. Женский таз в акушерском отношении. Отделы таза.

3. Большой таз. Границы и размеры.

4. Малый таз. Плоскости и размеры.

5. Исследование таза. Индекс Соловьева.

**Студент должен уметь:** определить размеры таза на основании измерения наружных размеров таза с помощью тазомера , измерения наружной и диагональной конъюгаты.

**Основные учебные вопросы и понятия:**

**Ответы на вопросы:**

**Женский таз с анатомической и акушерской точек зрения**

**Анатомические особенности женского таза.**

Костный таз имеет большое значение в акушерстве. Он образует родовой канал, по которому происходит продвижение плода. Неблагоприятные условия развития, заболевания, перенесенные в детском возрасте и в период полового созревания, могут привести к нарушению строения и развития таза. Таз может быть деформирован в результате травм, опухолей, различных экзостозов, при наличии у женщины врожденного вывиха бедра.

Отличия в строении женского и мужского таза начинают проявляться в период полового созревания и становятся выраженными в зрелом возрасте. Кости женского таза более тонкие, гладкие и менее массивные, чем кости мужского таза. Плоскость входа в малый таз у женщин имеет поперечно-овальную форму (форму фасоли), в то время как у мужчин имеет форму карточного сердца (вследствие сильного выступания мыса).

В анатомическом отношении женский таз ниже, шире и больше в объеме. Лобковый симфиз в женском тазе короче мужского, так как, чем короче симфиз, тем меньший путь в сплошном костном кольце проходит плод. Крестец у женщин шире, крестцовая впадина умеренно вогнута. За счет этого достигается увеличение поперечных размеров таза и объема полости малого таза в целом.

**Полость малого таза** у женщин имеет цилиндрическую форму, а у мужчин воронкообразно сужается книзу (за счет сближения остей седалищных костей и седалищных бугров). За счет этого у женщин полость малого таза становится более вместительной, а размеры узкой части полости таза и выхода увеличиваются.

**Лобковый угол у женщин** шире (100—110°), чем у мужчин (70—75°). Когда головка плода подходит к лобковому симфизу, на ней образуется точка фиксации (головка фиксируется к нижнему краю симфиза), после чего головка разгибается и рождается. Если лонный угол тупой, то никаких затруднений с фиксацией головка не испытывает. Если же он острый, то головка не фиксируется к лонной дуге, между ней и симфизом остается зазор, а при разгибании головка будет разрывать промежность, так как за счет зазора будет смещаться кзади.

**Копчик** в женском тазе выдается вперед меньше, чем в мужском, в родах он способен отклоняться назад на 1,5-2 см., при этом прямой размер плоскости выхода из малого таза увеличивается, что также способствует беспрепятственному рождению ребенка.

Все вышеперечисленные особенности имеют большое значение в процессе родового акта.

Таз взрослой женщины состоит из 4 костей: двух тазовых, одной крестцовой и одной копчиковой, прочно соединенных друг с другом.

**Тазовая кость**,или безымянная (os coxae, os innominatum), состоит до 16— 18 лет из 3 костей, соединенных хрящами в области вертлужной впадины (acetabulum): подвздошной (os ileum), седалищной (os ischii) и лобковой (os pubis). После наступления полового созревания хрящи срастаются между собой и образуется сплошная тазовая кость.

**На подвздошной кости** различают верхний отдел — крыло и нижний — тело. На месте их соединения образуется линия, называемая дугообразной, пограничной или безымянной (linea arcuata, terminalis, innominata). На подвздошной кости следует отметить ряд выступов, имеющих важное значение для акушера. Верхний утолщенный край крыла — подвздошный гребень (crista iliaca) — имеет дугообразную искривленную форму, служит для прикрепления широких мышц живота. Спереди он заканчивается передней верхней подвздошной остью (spina iliaca anterior superior), а сзади — задней верхней подвздошной остью (spina iliaca posterior superior). Эти две ости важны для определения размеров таза.

**Седалищная кость** образует нижнюю и заднюю трети тазовой кости. Она состоит из тела, участвующего в образовании вертлужной впадины, и ветви седалищной кости. Тело седалищной кости с ее ветвью составляет угол, открытый кпереди, в области угла кость образует утолщение — седалищный бугор (tuber ischiadicum). Ветвь седалищной кости соединяется с нижней ветвью лобковой кости. На задней поверхности ветви имеется выступ — седалищная ость (spina ischiadica). На седалищной кости различают две вырезки: большую седалищную вырезку (incisura ischiadica major), расположенную ниже задней верхней подвздошной ости, и малую седалищную вырезку (incisura ischiadica minor).

**Лобковая,** или лонная, кость образует переднюю стенку таза, состоит из тела и двух ветвей — верхней (ramus superior ossis pubis) и нижней (ramus inferior ossis pubis). Тело лобковой кости составляет часть вертлужной впадины. В месте соединения подвздошной кости с лобковой находится подвздошно-лобковое возвышение (eminentia iliopubica).

Верхние и нижние ветви лобковых костей спереди соединяются друг с другом посредством хряща, образуя малоподвижное соединение, полусустав (symphysis ossis pubis). Щелевидная полость в этом соединении заполнена жидкостью и увеличивается во время беременности. Нижние ветви лобковых костей образуют угол — лобковую дугу. Вдоль заднего края верхней ветви лобковой кости тянется лобковый гребень (crista pubica), переходящий кзади в linea arcuata подвздошной кости.

**Крестец(os sacrum)** состоит из 5 соединенных друг с другом неподвижно позвонков, величина которых уменьшается книзу. Крестец имеет форму усеченного конуса. Основание крестца обращено кверху, узкая часть (верхушка крестца) — книзу. Передняя поверхность крестца имеет вогнутую форму; на ней видны места соединения сросшихся крестцовых позвонков в виде поперечных шероховатых линий. Задняя поверхность крестца выпуклая. По средней линии проходят сросшиеся между собой остистые отростки крестцовых позвонков. Первый крестцовый позвонок, соединенный с V поясничным, имеет выступ — крестцовый мыс (promontorium).

**Копчик (os coccygis)** состоит из 4—5 сросшихся позвонков. Он соединяется с помощью крестцово-копчикового сочленения с крестцом. В соединениях костей таза имеются хрящевые прослойки.

**Различают два отдела таза: большой таз и малый таз. Границей между ними является плоскость входа в малый таз.**

**Большой таз** ограничен с боков крыльями подвздошных костей, сзади — последними двумя поясничными позвонками. Спереди он не имеет костных стенок и ограничен передней брюшной стенкой.

Наибольшее значение в акушерстве имеет малый таз. Через малый таз происходит рождение плода. Не существует простых способов измерения малого таза. В то же время размеры большого таза определить легко, и на их основании можно судить о форме и размерах малого таза.

**Малый таз** является костной частью родового канала. Форма и размеры малого таза имеют очень большое значение в течении родов и определении тактики их ведения. При резких степенях сужения таза и его деформациях роды через естественные родовые пути становятся невозможными, и женщину родоразрешают путем операции кесарева сечения.

Заднюю стенку малого таза составляют крестец и копчик, боковые — седалищные кости, переднюю — лобковые кости с лобковым симфизом. Верхняя часть таза представляет собой сплошное костное кольцо. В средней и нижней третях стенки малого таза не сплошные. В боковых отделах имеются большое и малое седалищные отверстия (foramen ischiadicum majus et minus), ограниченные соответственно большой и малой седалищными вырезками (incisure ischiadica major et minor) и связками (lig. sacrotuberale, lig. sacrospinale). Ветви лобковой и седалищной костей, сливаясь, окружают запирательное отверстие (foramen obturatorium), имеющее форму треугольника с округленными углами.

**В малом тазе различают вход, полость и выход.** В полости малого таза выделяют широкую и узкую части. В соответствии с этим в малом тазе различают четыре классические плоскости .

**Плоскость входа** в малый таз спереди ограничена верхним краем симфиза и верхневнутренним краем лобковых костей, с боков — дугообразными линиями подвздошных костей и сзади — крестцовым мысом. Эта плоскость имеет форму поперечно расположенного овала (или почкообразную). В ней различают три размера : прямой, поперечный и 2 косых (правый и левый). Прямой размер представляет собой расстояние от верхневнутреннего края симфиза до крестцового мыса. Этот размер носит название истинной или акушерской конъюгаты (conjugata vera) и равен 11 см. Этот размер имеет важнейшее значение в акушерстве, так как на основании этой величины судят о степени сужения таза.

В плоскости входа в малый таз различают еще анатомическую конъюгату (conjugata anatomica) — расстояние между верхним краем симфиза и крестцовым мысом. Величина анатомической конъюгаты равна 11,5 см. Поперечный размер - расстояние между наиболее отдаленными участками дугообразных линий. Он составляет 13 см. Косые размеры плоскости входа в малый таз представляют собой расстояние между крестцово-подвздошным сочленением одной стороны и подвздошно-лобковым возвышением противоположной стороны. Правый косой размер определяется от правого крестцово-подвздошного сочленения, левый — от левого. Эти размеры равны 12 см. Таким образом, в плоскости входа в малый таз наибольшим является поперечный размер.

**Плоскость широкой части** полости малого таза спереди ограничена серединой внутренней поверхности симфиза, с боков — серединой пластинок, закрывающих вертлужные впадины, сзади - местом соединения II и III крестцовых позвонков. В широкой части полости малого таза различают 2 размера: прямой и поперечный. Прямой размер— расстояние между местом соединения II и III крестцовых позвонков и серединой внутренней поверхности симфиза. Он равен 12,5 см. Поперечный размер — расстояние между серединами внутренних поверхностей пластинок, закрывающих вертлужные впадины. Он равен 12,5 см. Так как таз в широкой части полости не представляет сплошного костного кольца, косые размеры (от середины запирательного отверстия до середины большой седалищной вырезки) в этом отделе допускаются лишь условно (по 13 см). Таким образом, наибольшими размерами в плоскости широкой части являются косые.

**Плоскость узкой части** полости малого таза ограничена спереди нижним краем симфиза, с боков — остями седалищных костей, сзади — крестцово-копчиковым сочленением. В этой плоскости также различают 2 размера. Прямой размер — расстояние между нижним краем симфиза и крестцово-копчиковым сочленением. Он равен 11,5см. Поперечный размер - расстояние между остями седалищных костей. Он составляет 10,5 см. В плоскости узкой части малого таза наибольшим размером является прямой.

**Плоскость выхода из малого** таза спереди ограничена нижним краем лобкового симфиза, с боков — седалищными буграми, сзади — верхушкой копчика. Прямой размер— расстояние между нижним краем симфиза и верхушкой копчика. Он равен 9,5 см. При прохождении плода по родовым путям (через плоскость выхода из малого таза) копчик отклоняется кзади, и этот размер увеличивается на 1,5—2,0 см, становясь равным 11,0—11,5 см. Поперечный размер — расстояние между внутренними поверхностями седалищных бугров. Он равен 11,0 см. Таким образом, наибольший размер в плоскости выхода малого таза – прямой.

При сопоставлении размеров малого таза в различных плоскостях оказывается, что в плоскости входа в малый таз максимальным является поперечный размер, в широкой части полости малого таза - условно выделяемый косой размер, а в узкой части полости и в плоскости выхода из малого таза прямые размеры больше поперечных. Поэтому плод, проходя через плоскости таза, устанавливается стреловидным швом в максимальном размере каждой плоскости.

В акушерстве в ряде случаев используют систему параллельных плоскостей . Первая, или верхняя, плоскость (терминальная) проходит через верхний край симфиза и пограничную (терминальную) линию. Вторая параллельная плоскость называется главной (кардинальной) и проходит через нижний край симфиза параллельно первой. Головка плода, пройдя через эту плоскость, в дальнейшем не встречает значительных препятствий, так как миновала сплошное костное кольцо. Третья параллельная плоскость — спинальная. Она проходит параллельно предыдущим двум через ости седалищных костей. Четвертая плоскость — плоскость выхода — проходит параллельно предыдущим трем через вершину копчика.

Все классические плоскости малого таза сходятся по направлению кпереди (симфиз) и веерообразно расходятся кзади. Если соединить середины всех прямых размеров малого таза, то получится изогнутая в виде рыболовного крючка линия, которая называется проводной осью таза. Она изгибается в полости малого таза соответственно вогнутости внутренней поверхности крестца. Движение плода по родовому каналу происходит по направлению проводной оси таза.

**Угол наклонения таза** — это угол, образованный плоскостью входа в малый таз и линией горизонта. Величина угла наклонения таза изменяется при перемещении центра тяжести тела. У небеременных женщин угол наклонения таза в среднем равен 45-46°, а поясничный лордоз составляет 4,6 см.

По мере развития беременности увеличивается поясничный лордоз из-за смещения центра тяжести с области II крестцового позвонка кпереди, что приводит к увеличению угла наклонения таза. При уменьшении поясничного лордоза угол наклонения таза уменьшается. До 16—20 недель беременности в постановке тела никаких перемен не наблюдается, и угол наклонения таза не меняется. К сроку беременности 32—34 недели поясничный лордоз достигает (по И. И. Яковлеву) 6 см, а угол наклонения таза увеличивается на 3—4°, составляя 48-50° .Величину угла наклонения таза можно определить с помощью специальных приборов, сконструированных Ш. Я. Микеладзе, А. Э. Мандельштамом, а также ручным способом. При положении женщины на спине на жесткой кушетке врач проводит руку (ладонь) под пояснично-крестцовый лордоз. Если рука проходит свободно, то угол наклонения большой. Если рука не проходит — угол наклонения таза маленький. Судить о величине угла наклонения таза можно по соотношению наружных половых органов и бедер. При большом угле наклонения таза наружные половые органы и половая щель скрываются между сомкнутыми бедрами. При малом угле наклонения таза наружные половые органы не прикрываются сомкнутыми бедрами.

Можно также определить величину угла наклонения таза по положению обеих остей подвздошных костей относительно лобкового сочленения. Угол наклонения таза будет нормальным (45—50°), если при горизонтальном положении тела женщины плоскость, проведенная через симфиз и верхние передние ости подвздошных костей, параллельна плоскости горизонта. Если симфиз расположен ниже плоскости, проведенной через указанные ости, угол наклонения таза меньше нормы.

Малый угол наклонения таза не препятствует фиксированию головки плода в плоскости входа в малый таз и продвижению плода. Роды протекают быстро, без повреждения мягких тканей влагалища и промежности. Большой угол наклонения таза часто представляет препятствие для фиксации головки. Могут возникать неправильные вставления головки. В родах часто наблюдаются травмы мягких родовых путей. Изменяя положения тела роженицы в родах, можно менять угол наклонения таза, создавая наиболее благоприятные условия для продвижения плода по родовому каналу, что особенно важно при наличии у женщины сужения таза.

Угол наклонения таза можно уменьшить, если приподнять верхнюю часть туловища лежащей женщины, или в положении тела роженицы на спине привести к животу согнутые в коленных и тазобедренных суставах ноги, или подложить под крестец польстер. Если польстер находится под поясницей, угол наклонения таза увеличивается.

**Определение размеров большого таза производят тазомером Мартина .**

Тазомер имеет форму циркуля, снабженного шкалой, на которой нанесены сантиметровые и полусантиметровые деления. На концах ветвей тазомера имеются сферические образования («пуговки»), которые прикладывают к выступающим точкам большого таза, несколько сдавливая подкожную жировую клетчатку. Для измерения поперечного размера выхода таза сконструирован тазомер с перекрещивающимися ветвями.

Обследуемая женщина лежит на спине на твердой кушетке со сведенными между собой и разогнутыми в коленных и тазобедренных суставах ногами. Врач становится справа от беременной лицом к ней. Ветви тазомера берут таким образом, чтобы I и II пальцы держали пуговки. Шкала с делениями обращена кверху. Указательными пальцами нащупывают пункты, расстояние между которыми подлежит измерению, прижимая к ним пуговки раздвинутых ветвей тазомера. По шкале отмечают величину соответствующего размера.

**Измеряют поперечные размеры таза** (distantia spinarum, distantia cristarum, distantia trochanterica) и наружную конъюгату таза – conjugata externa.

Измерение поперечных размеров таза (1 - distantia spinarum, 2 - distantia cristarum, 3 - distantia trochanterica).

1. Distantia spinarum - расстояние между передневерхними остями подвздош­ных костей с двух сторон; этот размер равен 25-26 см.

2. Distantia cristarum - расстояние между наиболее отдаленными участками гребней подвздошных костей, этот размер равен 28-29 см.

3. Distantia trochanterica - расстояние между большими вертелами бедренных костей; это расстояние равно 31-32 см.

В нормально развитом тазу разница между поперечными размерами большого таза составляет 3 см. Меньшая разница между этими размерами будет указы­вать на отклонение от нормального строения таза.

4. Conjugata externa - расстояние между серединой верхненаружного края симфиза и сочленением V поясничного и I крестцового позвонков. (рис.8).

Для ее измерения женщина должна лежать на левом боку, согнув левую ногу в коленном и тазобедренном суставах, а правую держать вытянутой. «Пуговку» одной ветви тазомера устанавливают на середине верхненаружного края симфиза, другой конец прижимают к надкрестцовой ямке, которая находится под остистым отростком V поясничного позвонка, соответствуя верхнему углу крестцового ромба. Определить эту точку можно, скользя пальцами по остистым отросткам поясничных позвонков вниз. Ямка легко определяется под выступом остистого отростка последнего поясничного позвонка. Наружная конъюгата в норме равна 20-21 см.

**Измерение наружной конъюгаты.**

Наружная конъюгата имеет важное значение – по ее величине можно судить о размере истинной конъюгаты (прямой размер входа в малый таз).

Для определения истинной конъюгаты из длины наружной конъюгаты вычитают 9 см. Например, если наружная конъюгата равна 20 см., то истинная – 11 см.

Разница между наружной и истинной конъюгатой зависит от толщины костей (крестца, симфиза) и мягких тканей. Чтобы определить толщину костей у женщины, измеряют сантиметровой лентой окружность лучезапястного сустава (индекс Соловьева).

**Измерение индекса Соловьева.**

Средняя его величина равна 14 - 16 см. При индексе Соловьева менее 14 см. (тонкие кости) разница между наружной и истинной конъюгатой будет меньше, поэтому от наружной конъюгаты отнимают 8 см. При индексе Соловьева больше 16 см. (толстые кости) разница между наружной и истинной конъюгатой будет больше, поэтому от нее отнимают 10 см.

Пример: Наружная конъюгата равна 21 см., индекс Соловьева – 16,5 см. Чему равна истинная конъюгата? Ответ: 21 см. – 10 см. = 11 см. (норма).

Также можно вычислить размер истинной конъюгаты, измерив диагональную.

**Измерение диагональной конъюгаты.**

Диагональная конъюгата - это расстояние между нижним краем симфиза и выдающейся точкой мыса. Легкая доступность мыса свидетельствует об уменьшении истинной конъюгаты. Если средний палец достигает мыс, то прижимают радиальный край II пальца к нижней поверхности симфиза, ощущая край дугообразной связки лобка. После этого указательным пальцем левой руки отмечают место соприкосновения правой руки с нижним краем симфиза. При нормально развитом тазе величина диагональной конъюгаты равна 13 см. В этих случаях мыс недостижим. Если же мыс достигается, диагональная конъюгата оказывается 12,5 см и менее. Измерив величину диагональной конъюгаты, врач определяет величину истинной конъюгаты. Для этого из величины диагональной конъюгаты вычитают 1,5-2,0 см (эту цифру определяют с учетом высоты симфиза, уровня стояния мыса, угла наклонения таза). Чем выше симфиз, тем больше разница между конъюгатами, и наоборот. При высоте симфиза 4 см и более из величины диагональной конъюгаты вычитают 2 см, при высоте симфиза 3,0-3,5 см вычитают 1,5 см. При угле наклона таза более 50°, для определения истинной конъюгаты из величины диагональной конъюгаты вычитают 2 см. Если угол наклона таза менее 45°, то вычитают 1,5 см.

**Существует еще одно измерение** большого таза - боковая конъюгата Кернера. Это расстояние между верхней передней и верхней задней остями подвздошных костей. В норме этот размер равен 14,5-15 см. Его рекомендуют измерять при кососуженных и асимметричных тазах. У женщины с асимметричным тазом имеет значение не абсолютная величина боковой конъюгаты, а сравнение их размеров с обеих сторон.

Если при обследовании женщины возникает подозрение на сужение таза, то определяют размеры плоскости выхода.

Размеры выхода таза определяют следующим образом. Женщина лежит на спине, ноги согнуты в тазобедренных и коленных суставах, разведены и подтянуты к животу.

Прямой размер плоскости выхода измеряют обычным тазомером . Одну «пуговку» тазомера прижимают к середине нижнего края симфиза, другую – к верхушке копчика. В нормальном тазу прямой размер плоскости выхода равен 9,5 см.

Измерение поперечного (а) и прямого (б) размеров плоскости входа в малый таз.

Поперечный размер плоскости выхода таза -расстояние между внутренними поверхностями седалищных костей – измерить довольно сложно. Этот размер измеряется сантиметром либо тазомером с перекрещивающимися ветвями в положении женщины на спине с приведенными к животу ногами. К полученному размеру прибавляют 1,5 см. В норме поперечный размер таза равен 11 см.

В том же положении женщины для оценки особенностей малого таза измеряют лонный угол, прикладывая I пальцы рук к лонным дугам. При нормальных размерах и форме таза угол больше 90 градусов.

Косвенными признаками правильного телосложения и нормального таза являются формы и размеры крестцового ромба (ромба Михаэлиса).

Крестцовый ромб представляет собой площадку на задней поверхности крестца. У женщин с нормально развитым тазом форма его приближается к квадрату, все стороны которого равны, а углы примерно составляют 90°. Уменьшение вертикальной или поперечной оси ромба, асимметрия его половин (верхней и нижней, правой и левой) свидетельствуют об аномалиях костного таза. Верхний угол ромба соответствует остистому отростку V поясничного позвонка. Боковые углы соответствуют задневерхним остям подвздошных костей, нижний угол - верхушке крестца (крестцово-копчиковое сочленение).

Размеры ромба измеряются сантиметровой лентой. В норме продольный размер составляет 11 см., поперечный – 10 - 11 см. Размеры длинника ромба Михаэлиса соответствуют размерам истинной конъюгаты.

**Вопросы для самоконтроля**

1. Перечислите особенности женского таза и его отличия от мужского.

2. Назовите границы малого таза и большого таза.

3. Из каких костей состоит женский таз?

4. Назовите плоскости малого таза и их границы.

5. Перечислите размеры плоскостей женского таза. Какие размеры в каждой плоскости являются наибольшими?

6. Охарактеризуйте лонный угол и его значение для практического акушерства.

7. Что такое проводная ось таза? Какую форму она имеет и почему?

8. Каким инструментом измеряют размеры женского таза?

9. С какой целью и как измеряется индекс Соловьева?

10. Что такое боковая конъюгата? С какой целью необходимо ее измерять?

11. Что такое ромб Михаэлиса? Какую форму он имеет?

**План практического занятия**

**Тема: « Женский таз в акушерском отношении»**

Тип занятия – практическое занятие

**Оснащение :**

Плакаты

Фантом

Сантиметровая лента

Таз

Тазомер

Место проведения – доклинический кабинет акушерства и гинекологии

**Цели занятия**

**Учебные :**

1. Научить студента с помощью наружных и внутренних методов оценивать функциональные особенности женского таза.
2. Знать его размеры, отличие от мужского.
3. Уметь пользоваться тазомером, сантиметровой лентой.

**Развивающие цели:**

- способствовать развитию у студентов понимания сущности и социальной значимости своей будущей профессии, формирование устойчивого интереса к ней.

**Воспитательная :**

Воспитывать чувство ответственности за жизнь матери и плода

Развивающая – развить клиническое мышление , профессиональные качества акушерки.

- способствовать развитию у студентов готовности брать на себя нравственные обязательства по отношению к природе, обществу и человеку.

**Требования к знаниям и умениям**

**Знания**

Актуализировать новые знания по строению таза человека;

Закрепить полученные сведения, используя информационные технологии; выполнить упражнения, направленные на углубление знаний;

Добиться прочного усвоения системы знаний по теме, сформировать представление о значении размеров женского таза при родовспоможении.

Роль различных отделов таза для нормального исхода беременности и родов.

Выучить строение полости малого таза

Основные наружные и внутренние его размеры

**Умения**

С помощью тазомера и сантиметровой ленты

Определять размеры таза, наружную и диагональную конъюгату, уметь

Рассчитывать значение истинной акушерской конъюгаты

**Навыки**

1. Приемы наружного акушерского исследования

2. Определение ПМП

3. Подсчет схваток

4. Влагалищное исследование

5. Введение лекарственных средств

6. Пельвиометрия

7 - Индекс Соловьева

**Стандарт по теме**

**1. Студент должен повторить темы занятий:**

а) Анатомия костного таза

б) Исследования таза

**2. Студент должен знать:**

а) Содержание лекционного материала

б) Основные понятия по теме, алгоритмы выполнения манипуляций

в) Правила деонтологии в общении с беременной женщиной и со своими коллегами по работе

**3. Студент должен уметь:**

а) Осознано подходить к изучению нового материала

б) Дифференцировать первостепенную и второстепенную информацию

в) Четко и быстро выполнять манипуляции, соответствующие алгоритмам

г) Адекватно реагировать на клиническую ситуацию и безошибочно действовать по намеченному плану.

**Студент должен уметь:**

а) Провести пельвиометрию

б) Определить индекс Соловьева

в) Показать на фантоме границы и размеры плоскостей малого таза

**Технокарта занятия**

**Время занятия – 180 мин**

1. Организационный момент – 2 мин

2. Сообщение темы, целей, плана – 4 мин

3. Опрос по теме (фронтальный) – 20 мин

4. Пре тест - 10 мин

5. Опрос по теме – 60 мин

6. Решение клинических задач – 30 мин

7. Решение тестовых заданий – 10 мин

8. Заполнение рабочих тетрадей - 30 мин

9. Оформление дневников - 10

10. Подведение итогов занятия, задание на дом-4 мин

**Пре-тест**

**1. Плоскость входа в малый таз у женщин в норма имеет форму :**

а) бобовидную

б) ладьевидную

в) карточного сердца

**2. Полость малого таза у женщин в норме имеет форму :**

а) песочных часов

б) воронки

в) цилиндра

**3. Лобковый угол в нормальном женском тазу:**

а) 45-50

б) 70-80

в) больше 90

**4. В состав таза входят все кости, кроме**

а) тазовые

б) поясничные

в) крестец

г) копчик

**5. В состав тазовой кости входят все, кроме:**

а) подвздошной

б) седалищной

в) лобковая

г) крестцовая

**6. Сколько плоскостей различают в малом тазу?**

а) 3

б) 4

в) 5

г) 6

**7. Чему равна акушерская конъюгата в норме?**

а) 9см

б) 10см

в) 11 см

г) 13 см

**8.Что такое проводная ось таза ?**

а) граница между большим и малым тазом

б) линия, соединяющая середины всех прямых размеров малого таза.

в) расстояние между верхним краем симфиза и крестцовым мысом.

**9. Что такое угол наклонения таза?**

а) угол, образованный плоскостью входа в малый таз и линией горизонта.

б) угол, образованный плоскостью выхода и линией горизонта.

в) угол, образованный плоскостью входа и плоскостью выхода.

**10. Чему равен межостный размер в норме?**

а) 20-21 см

б) 25-26 см

в) 28-29 см

г) 30-31см

**11. Чему равен межгребешковый размер в норме**

а) 20-21 см

б) 25-26 см

в) 28-29 см

г) 30-31см

**12. Чему равен межвертельный размер в** **норме?**

а) 20-21см

б) 25-26см

в) 28-29см

г) 30-31 см

**13.Чему равна наружная конъюгата в норме?**

а) 13см

б) 19см

в) 20-21см

**14. Чему равна диагональная конъюгата в норме?**

а) 11 см

б) 12,5- 13 с

в) 19см

г) 20-21см

**15. Как вычислить истинную конъюгату, зная наружную?**

а) вычесть 9см

б) прибавить 1,5-2 см

в) вычесть 5 см

**16 . Как вычислить истинную конъюгату, зная диагональную?**

а) вычесть 5 см

б) вычесть 1,5-2см

в) прибавить 3см

**Эталоны ответов к пре- тесту**

**1.а**

**2. в**

**3.в**

**4.б**

**5.г**

**6.б**

**7.в**

**8.б**

**9.б**

**10.б**

**11.в**

**12.г**

**13.в**

**14.б**

**15.а**

**16.б**

**Задачи № 1**

У первородящей при сроке беременности 40 недель размеры таза 23-25-

28-18. Рост пациентки 162, вес 68 кг, индекс Соловьева 15.

Предполагаемая масса плода 3200. Роды длятся 6 часов, 2 часа назад

излились светлые околоплодные воды, схватки через 4-5 мин. по 30-40

сек. средней силы. Головка плода прижата ко входу в малый таз. По

данным КТГ состояние плода удовлетворительное. Влагалищное

исследование: шейка матки сглажена, открытие 4 см, диагональная

коньюгата12 см.

**Задание :**

1. Оцените размеры таза

2. Индекс Соловьева

**Задача № 2**

В отделении патологии беременных обследована пациентка 22 лет при

сроке беременности 41-42 нед. Рост пациентки 156 см, вес 62 кг. Размеры

таза 22-24-28-17 см, индекс Соловьева 14 см, ПМП – 4000 г. При

влагалищном исследовании – шейка матки длиной 1,5 см, несколько

отклонена кзади, плотноватой консистенции, цервикальный канал с

трудом пропускает один палец. Предлежит головка плода, подвижная над

входом в малый таз (кости черепа плотные, швы и роднички узкие).

Диагональная коньюгата 11 см.

**Задание :**

1. Оцените размеры таза

2. Индекс Соловьева

**Задача № 3**

У первородящей с правильным телосложением размеры таза 25-28-30-20.

Предполагаемая масса плода 4300 г. Активная родовая деятельность

длится 10 часов, излились светлые околоплодные воды. Признак Вастена

положительный. При влагалищном исследовании раскрытие шейки матки

полное, плодного пузыря нет, головка плода над входом в малый таз, мыс

не достигается.

**Задание**

1. Оцените размеры таза

2. Индекс Соловьева

**Задание № 4**

Первобеременная 24 лет поступила в родильный дом с доношенной

беременностью и регулярной родовой деятельностью, которая началась 3

часа назад. Общее состояние удовлетворительное, телосложение

правильное, рост пациентки 158 см, вес 67 кг. Живот имеет

остроконечную форму, окружность живота 98см, высота стояния дна

матки над лоном – 34 см., индекс Соловьева 14 см. Размеры таза: 23-26-29-

18,5 см. Положение плода продольное, предлежит головка плода,

подвижная над входом в малый таз. Предполагаемая масса плода 2900-

3000г. Схватки при поступлении через 3-4 мин, по 35-40 сек., средней

силы, умеренно болезненные. Данные влагалищного исследования: шейка

матки сглажена, края ее тонкие, открытие 3 см., плодный пузырь цел,

предлежит подвижная над входом в малый таз головка плода. Мыс

достигается диагональнаяконьюгата11,5 см.

**Задание**

1. Оцените размеры таза

2. Индекс Соловьева

**Задача № 5**

В женской консультации обследована первобеременная при сроке

гестации 39 недель. Получены следующие данные: размеры таза 22-24-26-

17, индекс Соловьева 14 см, предполагаемая масса плода 4200 г.,

диагональная коньюгата 9 см.

**Задание**

1. Оцените размеры таза

2. Индекс Соловьева

**Задача № 6**

В родильный дом поступила первородящая с доношенной беременностью

и регулярной родовой деятельностью, которая развилась 4 часа назад.

Схватки через 5 минут по 30-40 секунд, хорошей силы, умеренно

болезненные. При объективном исследовании – телосложение правильное,

рост 164, вес 68 кг. Размеры таза 23-26-29-18 см. Предполагаемая масса

плода – 3000г. Данные влагалищного исследования: шейка матки

сглажена, края ее тонкие, хорошо растяжимые, открытие 4-5 см.

Диагональная коньюгата11 см. Предлежит головка плода, малым

сегментом во входе в малый таз.

**Задание**

1. Оцените размеры таза

2. Индекс Соловьева

**Ответы на задачи:**

1. Диагноз: Беременность 40 нед. Головное предлежание. I период родов.

Общеравномерносуженный таз 1 степени сужения. План ведения: на

данном этапе, учитывая удовлетворительное состояние матери и плода,

хорошую родовую деятельность, 1 степень сужения

общеравномерносуженного таза, предполагаемую массу плода 3200 г.,

роды возможно вести выжидательно, с функциональной оценкой таза.

2. Диагноз: Беременность 41-42 недели, общеравномерносуженный таз I

степени, крупный плод. План ведения: учитывая переношенную

беременность, неподготовленность родовых путей,

общеравномерносуженный таз I степени, крупные размеры плода,

показано родоразрешение путем операции кесарево сечение.

3. Диагноз: Беременность 40 недель. Головное предлежание. Конец 1

периода родов, крупный плод, клинический узкий таз. План ведения: у

данной роженицы, учитывая наличие признаков клинически узкого таза

(высокое стояние предлежащей головки, положительный симптом

Вастена) показано экстренное родоразрешение путем операции кесарева

сечения.

4. Диагноз: Беременность 40 недель, продольное положение плода, головное

предлежание, I-й период родов, общеравномерносуженный таз I степени

сужения. План ведения: Учитывая I степень сужения таза, средние

размеры плода, роды на данном этапе вести выжидательно с

функциональной оценкой таза. Для предупреждения несвоевременного

излития вод пациентке рекомендовано назначить постельный режим.

5. Диагноз: Беременность 39 недель. Общеравномерносуженный таз 1

степени, крупный плод. План ведения: учитывая доношенную

беременность, общеравномерносуженный таз II степени, крупные размеры

плода (4200г.), показано родоразрешение путем операции кесарева

сечения в плановом порядке.

6. Диагноз: Беременность40 недель, головное предлежание, I период родов,

общеравномерносуженный таз I степени. План ведения: у данной

роженицы, несмотря на I степень сужения таза, учитывая доношенную

беременность, хорошую родовую деятельность, средние размеры плода

роды возможно вести выжидательно, через естественные родовые пути, с

функциональной оценкой таза.

Государственное бюджетное профессиональное образовательное учреждение

Республики Дагестан «Дербентский медицинский колледж»

Имени Г.А. Илизарова

**Рабочая тетрадь**

**По предмету «Акушерство»**

**Для специальности «Акушерское дело»**

**На тему:**

**« Женский таз в акушерском отношении»**

ФИО студента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Курс \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Преподаватель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дербент 2020

Проводная ось таза \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Пельвиометрия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Индекс Соловьева \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Крестцовый ромб \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Наружная конъюгата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Диагональная конъюгата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Истинная конъюгата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Решите задачу**

К акушерки ФАПа обратилась беременная 26 лет. Беременность первая желанная . Приехала к матери из другой республики с целью получить квалификационную помощь при родах. Срок беременности 37-38 недель. Менструальная функция без особенностей. Гинекологические заболевания отрицает. Беременность протекала без осложнений (со слов). Пациентка тревожится за исход родов.

В детстве перенесла тяжелый рахит, пневмонию, ветряную оспу, часто болела вирусными заболеваниями.

АД- 110/70 мм.рт.ст. пульс -78 уд.в минуту. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Отеков нет. Произведено наружное аушерское исследование и обнаружено, что головка плода находится справа по ребру матки, а тазовый конец слева. Над входом в малый таз нет предлежащей части. Сердцебиение плода ясное, ритмичное 142 уд.в минуту. Матка в обычном тонусе. Наружные размеры таза 27,28,32,17 см.

**Задание**

1. Оценить размеры таза

**Тесты (укажите верные ответы)**

**1. Границы плоскости выхода малого таза:**

а) верхний край симфиза;

б) нижний край симфиза;

в) седалищные ости;

г) седалищные бугры;

д) верхушка копчика.

1) Правильно а), б), в).

2) Правильно б), в), д).

3) Правильно б), г), д).

**2. Поперечный размер входа в малый таз – это:**

1) Расстояние между наиболее отдаленными точками дугообразных линий.

2) Середина вертлужных впадин.

3) Расстояние между седалищными остями.

4) Расстояние между седалищными буграми.

5) Расстояние между передневерхними остями подвздошных костей.

**3. Границей между большим и малым тазом является ….**

1) Гребни подвздошных костей.

2) Седалищные ости.

3) Передневерхние ости подвздошных костей.

4) Седалищные бугры.

5) Пограничная линия.

**4. Угол наклонения таза равен ….**

1) 3-4 град.

2) 100 град.

3) 90 град.

4) 45 град.

5) 55-60 град.

**5. Косые размеры входа в малый таз:**

1) Расстояние между отдаленными точками дугообразных линий.

2) Расстояние от крестцово-подвздошного соединения до подвздошно-лобкового возвышения противоположной стороны.

3) Расстояние между седалищными остями.

4) Расстояние между седалищными буграми.

5) Расстояние между вертелами бедренных костей.

**6. Плоскость входа в малый таз имеет форму ….**

1) Круглую

2) Почкообразную.

3) Продольно расположенный овал.

4) Треугольную.

5) Форму ромба.

**7. Прямой размер плоскости входа в малый таз от ….**

1) крестцового мыса до середины верхнего края симфиза.

2) крестцового мыса до нижнего края симфиза.

3) крестцового мыса до середины внутренней поверхности симфиза.

4) нижнего края симфиза до верхушки копчика.

5) нижнего края симфиза до крестцово-копчикового соединения.

**8. Плоскость широкой части таза имеет форму ….**

1) Почкообразную.

2) Ромбовидную.

3) Продольно расположенного овала.

4) Круглую.

5) Треугольную.

**9. Плоскость узкой части таза имеет форму ….**

1) Почкообразную.

2) Ромбовидную.

3) Продольно расположенного овала.

4) Круглую.

5) Треугольную.

**10. Проводная ось таза это ….**

1) Линия, соединяющая седалищные ости.

2) Терминальная линия.

3) Линия, соединяющая центр всех прямых размеров таза.

4) Линия, соединяющая седалищные бугры.

5) Линия, проходящая через середину симфиза.

**11. Угол наклонения таза – это отношение плоскости ….**

1) выхода таза к горизонтальной плоскости.

2) входа в малый таз к горизонтальной плоскости.

3) широкой части полости малого таза к горизонтальной плоскости.

4) входа в малый таз к вертикальной плоскости.

**12. Границы большого таза:**

а) крылья подвздошных костей;

б) последний поясничный позвонок;

в) нижний отдел брюшной стенки;

г) верхний отдел брюшной стенки;

д) большие ягодичные мышцы.

1) Правильно а), б), в).

2) Правильно б), в), д).

3) Правильно а), г), д).

**13. Женский таз состоит из:**

а) двух подвздошных костей;

б) двух седалищных костей;

в) двух лонный костей;

г) крестца;

д) копчика.

1) Правильно а), б), в).

2) Правильно б), в), д).

3) Правильно а), г), д).

4) Все верно.

**14. Размер истинной конъюгаты из диагональной определяют …**

1) Из диагональной конъюгаты вычесть 10 см.

2) Из диагональной конъюгаты вычесть 1,5-2 см.

3) Из диагональной конъюгаты вычесть 9 см.

4) К диагональной конъюгате прибавить 1,5-2 см.

5) К диагональной конъюгате прибавить 9 см.

**15. Границы наружной конъюгаты:**

1) Нижний край симфиза – верхушка копчика.

2) Середина верхненаружного края симфиза – надкрестцовая ямка.

3) Середина симфиза – межягодичная складка.

4) Нет верного ответа.

**16. Границы диагональной конъюгаты:**

1) Нижний край симфиза – мыс крестца.

2) Верхний край симфиза – верхушка копчика.

3) Нижний край симфиза – крестцово-копчиковое сочленение.

4) Нет верного ответа.

**17. Средняя величина индекса Соловьева равна ….**

1) 10 см.

2) 12 см.

3) 20 см.

4) 18 см.

5) 14 см.

**Тестовые задания**

**1. 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

**2.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

**3.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

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

1) 11 см

2) 20-21 см

3) 25-26 см

4) 30-32 см

5) 28-29 см

**5. 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

**6.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

**7. Диагональная конъюгата:**

1) 20-21 см

2) 13,5 см

3) 11 см

4) 9,5 см

5) 12,5-13 см

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

1) Истинная конъюгата

2) Диагональная конъюгата

3) Наружная конъюгата

4) Боковая конъюгата

5) Косая конъюгата

**9.Истинная конъюгата:**

1) 9,5 см

2) 10,5 см

3) 11 см

4) 12 см

5) 13 см

**10.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

**11.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

**12.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

**13.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

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

1) 11 см

2) 11,5 см

3) 12 см

4) 12,5 см

5) 10,5 см

**Список литературы**

**Основная:**

1.Бодяжина В. И., Жмакин К. Н. Акушерство, М., Медицина,2016. стр. 297–317.

2. Савельева Г.Н. Акушерство / Учебник для медицинских вузов, 2017г.

3. Айламазян Э.К. Акушерство. Учебник для медицинских вузов, Санкт –Петербург СпецЛит 2010г.

**Дополнительная:**

1. Абрамченко, В.В. Активное ведение родов: Руководство для врачей.-2-е изд., испр./В.В. Абрамченко.-СПб.:Спец. лит., 2015.-664 с.

2. Акушерство и гинекология: Учебник/Ч. Бекманн, Ф. Линг, Б. Баржански и др./Пер. с англ.-М.:Мед. лит.,2014.-548 с.

3. Айламазян, Э.К. – Акушерство: Учебник для мед.вузов / авт.текста Э. К. Айламазян. – 5-е изд.,доп. – Санкт-Петербург: Спец.лит., 2015. – 527 с.: ил., твердый (Учебник для медицинских вузов)

4. Дуда В.И., Дуда В.И., Дражина О.Г. Акушерство: Учебник.-Минск: Высш. шк.; ООО «Интерпрессервис»,2015.- 463 с.

5. Жиляев, Н.И. Акушерство: Фантомный курс/Н.И. Жиляев, Н. Жиляев, В. Сопель.-Киев: Книга плюс, 2017.- 236 с.

6. Клинические лекции по акушерству и гинекологии: Учебное пособие / ред. А.И. Давыдов и Л. Д. Белоцерковцева ; Ред. А. Н. Стрижаков. – Москва : Медицина, 2015. – 621 с.

7. Справочник по акушерству, гинекологии и перинатологии : Учебное пособие / Ред. Г.М. Савельева. – Москва: ООО "Мед.информ.агентство", 2016. – 720 с.

8. Трифонова, Е.В. Акушерство и гинекология: Учеб. пособ./Е.В. Трифонова.-М.:ВЛАДОС-ПРЕСС,2015.- 175 с.-(Конспекты лекции для мед. вузов)

**Глоссарий**

Аборт - искусственное или самопроизвольное прерывание беременности в первые 28 недель. Ранний аборт - в течение первых 14-15 недель, поздний аборт в сроки 16-28 недель.

Акушер-гинеколог - врач, специализирующийся на лечении женских болезней и ведении беременности.

Амниоцентез - диагностическая процедура: аспирация околоплодных вод в первые 3-4 месяца беременности для диагностики генетических аномалий.

Анамнез - совокупность сведений о развитии болезни, условиях жизни, перенесенных заболеваниях и др., собираемых в целях использования для диагноза, прогноза, лечения и профилактики.

Влагалище - половой орган женщины. Представляет собой эластичную мышечную трубку 7-10 см в длину, верхним концом обхватывающую шейку матки, а нижним открывающуюся в половую щель. Изнутри покрыто слизистой оболочкой.

Гипертонус матки - повышенный тонус матки. Во время беременности свидетельствует об угрозе невынашивания.

Имплантация - прикрепление эмбриона к слизистой оболочке матки, происходящее, как правило, через 5-7 дней после оплодотворения.

Матка - внутренний орган женской половой системы размерами 4x6x5 см, расположенный в полости малого таза, стенки которого состоят из гладких мышц. Полость матки выстлана слизистой оболочкой. В матке происходит развитие зародыша из оплодотворенной яйцеклетки.

Маточные трубы (фаллопиевы трубы) - трубчатые образования (внутренний диаметр около 0,3 мм, длина 12-15 см), соединяющие матку с яичниками. В трубе происходит оплодотворение зрелой яйцеклетки. Устарелое название - фаллопиевы трубы.

Многоплодная беременность - беременность, приводящая к рождению более чем одного ребенка.

Плодный пузырь - заполненный жидкостью мешок, в котором развивается плод, видимый при ультразвуковом исследовании.

Ультразвук (УЗИ) - использование высокочастотных звуковых волн для получения представления о внутренних органах.

Хорионический гонадотропин человека (ХГЧ) - белковый гормон, продуцируемый в ранние сроки беременности, косвенно способствует выработке желтым телом прогестерона, необходимого для поддержания беременности. Может быть введен для стимуляции овуляции и продукции прогестерона в виде медицинского препарата. Повышенное содержание в крови (ХГЧ) свидетельствует о беременности.

Хромосомы - структурные элементы ядра клетки, содержащие ДНК, носители наследственной информации.

Цервикальная (истмико-цервикальная) недостаточность - неспособность шейки оставаться закрытой на протяжении всей беременности.

Цервикальная слизь - слизь шейки матки, способствующая продвижению сперматозоида.

Цервикальный канал - шеечный канал матки.

Шейка матки - нижняя часть матки, находящаяся в глубине влагалища.

Эмбрион (зародыш) - стадия развития организма от оплодотворения до завершения формирования основных систем органов. У человека до 12-й недели беременности.

Эндометрий - слизистая оболочка матки.

**Ответы на тесты: ( рабочая тетрадь)**

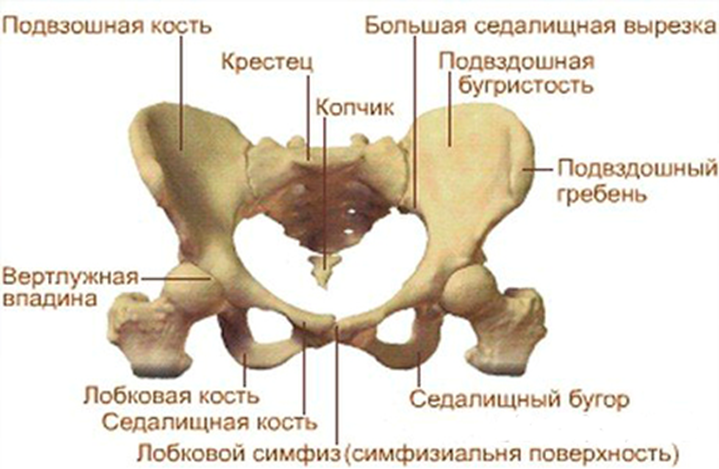
**ПРИЛОЖЕНИЕ 1**



**ПРИЛОЖЕНИЕ 2**

****

**ПРИЛОЖЕНИЕ 3**

****

**ИЗМЕРЕНИЕ ТАЗА (НАРУЖНАЯ ПЕЛЬВИМЕТРИЯ)**

Показание: определение величины и формы таза.

Оснащение: тазомер Мартина.

Алгоритм действий:

1 - дистанция кристарум

2 - дистанция спинарум

3 - дистанция трохантерика

Поперечные размеры таза

1. Вымойте руки, осушите индивидуальным полотенцем.

2. При измерении поперечных размеров таза женщина лежит на спине.

Ноги вытянуты, сдвинуты вместе. Встать справа от пациентки, лицом к

ней. Ветви тазомера берут таким образом, чтобы большие и

указательные пальцы держали пуговки. Шкала тазомера должна быть

обращена кверху.

3. Указательными пальцами прощупывают пункты, между которыми

измеряют расстояние, прижимая к ним пуговки тазомера и отмечают по

шкале величину искомого размера.

4. Измерение расстояния дистанции спинарум между передне - верхними

остями подвздошных костей: пуговки тазомера прижимают к наружным

краям передне - верхних остей. Размер равен 25 – 26 см.

5. Измерение дистанции кристарум между отдаленными точками гребней

подвздошных костей: после измерения дистанции между остями

пуговки тазомера передвигают по наружному краю гребней, находя

необходимое расстояние между ними. Размер равен 28 – 29 см.

6. Измерение дистанции трохантерика - расстояния между вертелами

бедренных костей: студент отыскивает наиболее выступающие точки

вертелов бедренных костей и прижимает к ним пуговки тазомера.

Размер равен 30 – 31 см.

7. Измерение наружной коньюгаты

женщина укладывается на бок, нижележащая нога сгибается в тазобедренном и коленном суставах, вышележащая нога выпрямляется. Пуговка одной ветви тазомера устанавливается на середине верхненаружного края симфиза, другой конец прижимается к надкресцовой ямке, которая находится под

остистым отростком 5 поясничного позвонка. Размер равен 20 – 21 см.

8. Помочь подняться беременной. Тазомер обрабатывается двукратным

протиранием дезсредства.

9. Вымойте руки, осушите полотенцем.

Примечание: по наружной коньюгате можно

рассчитать размеры истинной коньюгаты (расстояние

между крестцовым мысом и внутренней поверхностью

симфиза), отняв от величины наружной коньюгаты

цифру 9. В норме истинная коньюгата равна 11 см.

**ИЗМЕРЕНИЕ ДИАГОНАЛЬНОЙ КОНЪЮГАТЫ**

Показание: определение величины таза.

Оснащение: гинекологическое кресло, перчатки, тазомер Мартина.

Диагональная коньюгата — расстояние от нижнего края симфиза

до крестцового мыса. Измеряют при влагалищном исследовании.

Алгоритм действий:

1) Женщине помочь лечь на гинекологическое кресло.

2) Руки вымыть, одеть перчатки.

3) Провести туалет наружных половых органов женщине.

4) Указательный и средний пальцы правой руки вводят во влагалище и

продвигают к мысу крестца. Если мыс достижим, указательным пальцем

левой руки отмечают место соприкосновения правой руки с нижним

краем симфиза, руку извлекают и измеряют расстояние от верхушки

среднего пальца до точки соприкосновения (в норме 12,5-13 см.).

Примечание: для определения истинной коньюгаты от длины

диагональной коньюгаты вычитают 1,5-2 см.

Измерение диагональной конъюгаты

**ИЗМЕРЕНИЕ ОКРУЖНОСТИ ЖИВОТА** **БЕРЕМЕННОЙ**

Показания: расчет предполагаемой массы плода.

Оснащение: сантиметровая лента, история родов или индивидуальная карта

беременной, кушетка, клеенка, пеленка.

Алгоритм действий:

1. Вымыть руки, осушить индивидуальным полотенцем.

2. Женщина ложится на кушетку на спину, ноги выпрямлены.

3. Во второй половине беременности измерение окружности живота

производится сантиметровой лентой спереди – на уровне пупка, сзади –

на уровне поясничной области.

4. Данные измерения заносятся в историю родов или индивидуальную

карту беременной.

5. Сантиметровая лента и клеенка обрабатываются двукратным

протиранием дезсредства с интервалом 15 минут.

6. Вымойте руки, осушите полотенцем.

Примечание: перед измерением мочевой пузырь беременной должен быть

опорожнен.

Определение высоты стояния дна матки в разные сроки

беременности

Показания: определение предполагаемого срока беременности, расчет

предполагаемой массы плода.

Оснащение: сантиметровая лента, история родов или индивидуальная карта

беременной, кушетка, клеенка, пеленка.

Алгоритм действий:

1. Вымыть руки, осушить индивидуальным полотенцем.

2. Уложить женщину на кушетку, ноги согнуть в коленном и

тазобедренном суставах.

3. Первым приемом наружного исследования определить высоту стояния

дна матки.

4. Беременная выпрямляет ноги и сантиметровой лентой измеряют

расстояние между верхним краем симфиза и наиболее выступающей

точкой дна матки.

5. Данные измерения заносят в историю родов или индивидуальную карту

беременной.

6. Сантиметровая лента, клеенка, обрабатывается двукратным

протиранием дезсредства с интервалом 15 минут.

7. Вымойте руки, осушите полотенцем.

Примечание: перед измерением мочевой пузырь беременной должен быть

опорожнен.

**Индекс Соловьёва – окружность лучезапястного сустава, в норме 14 см.**

Цель:

- вычислить истинную конъюгату.

1. Материальные ресурсы:

-Пеленка.

- Мыло.

- Полотенце.

-Дезинфицирующий раствор.

- Ветошь для обработки.

- Сантиметровая лента.

- Кушетка.

Методика выполнения

a. Подготовка к процедуре:

o Объяснить пациентке ход манипуляции и получить согласие на ее проведение.

o Вымыть руки; постелить на кушетку пеленку, предложить беременной сесть.

o Стать лицом к пациентке.

o Приготовить сантиметровую ленту.

b. Выполнение процедуры:

• Сантиметровой лентой измерить окружность лучезапястного сустава на правой руке пациентки.

• По окончании процедуры провести дезинфекцию рабочего места. Вымыть и высушить руки. Записать полученные данные.

Если индекс Соловьёва менее14 см, при вычислении истинной конъюгаты из диагональной вычитают 1,5 см.

При индексе Соловьева более 14 см, вычитают 2,5 см.

При индексе Соловьёва 14 см, вычитают 2 см.