**Экзаменационный билет**

1. **Теоретический вопрос:**

**Узкий таз. Анатомическая характеристика узкого таза, его форма и степени сужения. Этиология. Диагностика**.

1. **Ситуационная задача**

Роженица Н., 29 лет, переведена в клинику из районного родильного дома по поводу срочных родов на сроке 38-39 недель. Воды излились 2 ч назад при почти полном раскрытии маточного зева, после чего сразу начались слабые, непродолжительные, малопродуктивные потуги. Продвижение головы замедлилось, потуги стали еще слабее. Данные анамнеза: в детстве перенесла корь и скарлатину, будучи взрослой ничем не болела. Условия труда и быта удовлетворительные. Менструация с 13 лет, умеренная, безболезненная, продолжительностью 3-4 дня через 28 дней. Замужем с 23 лет, муж здоров.

Беременность четвертая. Первая на втором году замужества закончилась срочными родами живого плода массой 3500 г, вторая - медицинским абортом без осложнений, третья - 3 года назад срочными родами, продолжающимися, со слов роженицы, более суток, во время которых родился живой мальчик массой 3900 г. Начиная с 12 недель настоящей беременности находилась под наблюдением в женской консультации. Беременность протекала без осложнений. Прошла психопрофилактическую подготовку к родам.

Объективно: состояние роженицы при поступлении удовлетворительное. Температура тела - 36,6 °С. Рост-162 см, масса тела - 79 кг. Телосложение правильное. Кожа и видимая слизистая оболочка нормальной окраски. Отеков нет. Пульс-78 в 1 мин, правильный, АД -120/80- 125/80 мм рт. ст. Со стороны внутренних органов патологии не обнаружено. Окружность живота-114 см, высота стояния дна матки над лобком- 36 см.

Матка овоидной формы. Размеры таза: 26-29-32-21 см. Положение плода продольное, спинка - слева, мелкие части плода- справа. Предлежащая часть - головка, большим сегментом во входе в малый таз. Сердцебиение плода 140 уд./мин, ясное, ритмичное, слева ниже пупка. Ориентировочная масса плода- 4104 г. Потуги короткие, слабые, не эффективные. Роженица утомлена, беспокойна, мочится самостоятельно. Моча прозрачная, соломенно-желтого цвета. Индекс Соловьева - 15 см; лобковый угол - 100°; размеры выхода таза: поперечный - 11,5 см, прямой - 10,5 см; крестцовый ромб имеет правильную форму, продольный размер - 11 см, поперечный- 10 см: прямой размер головы - 12 см; длина полуовала плода, измеренная тазомером, равна 26 см (ориентировочная длина плода - 52-54 см); размер Цангемейстера - 21 см; признак Генкеля - Вастена положительный.

Данные влагалищного исследования: наружные половые органы развиты правильно. Влагалище рожавшей женщины, шейка матки сглажена, открытие маточного зева полное. Плодного пузыря нет. Голова плода прижата ко входу в малый таз, стреловидный шов в поперечном размере входа. Стреловидный шов слегка отклонен к мысу крестца, немного ниже опущена передняя теменная кость, на которой определяется небольшая родовая опухоль. Емкость таза хорошая. Экзостозов нет. Показатели крови и мочи без патологических отклонений.

**Задание к ситуационной задаче.**

1. Диагноз.
2. Клинические признаки, подтверждающие диагноз.
3. Значение размера Цангемейстера и признака Генкеля-Вастена. Какие нужны условия для их определения? Значение этих симптомов для прогноза родов Н.
4. Признаки клинического и анатомического узкого таза,
5. План дальнейшего ведения этих родов.
6. **Практический навык**:

прижатие аорты при кровотечении по Шмидту.**.**

**Эталон ответа на теоретический вопрос.**

К аномалиям костного таза относятся такие анатомические изменения, при которых все или хотя бы один из наружных размеров таза отличаются от нормальных на 2 см и более. Такой таз может быть причиной нарушения физиологического течения родов. Неправильная форма таза, сужение размеров его могут оказывать непреодолимое препятствие продвижению головки плода.

Критерием, определяющим сужение таза, принято считать 2 см, потому что при наружной пельвиометрии ошибка в этих пределах может быть результатом технической погрешности.

Повседневная клиническая практика показывает, что анатомическое сужение таза не всегда создает препятствие в родах. Нередко осложнения в родах возникают при несоразмерно большой головке плода по сравнению с тазом, таким образом, таз оказывается и функционально узким. Отсюда возникает необходимость различить 1) анатомически узкий таз и 2) функционально (клинически) узкий таз.

Какие признаки положены в основу классификации аномалий анатомически узкого таза?

И основу классификации аномалий анатомически узкого таза сны два признака — форма сужения таза и степень его сужении.

Как классифицируются тазы по форме сужения?

По форме сужения таза различают: 1) часто встречающиеся и 2) редко встречающиеся.

Какие виды узкого таза относятся к часто встречающимся формам?

К часто встречающимся формам узкого таза относятся: 1) общеравномерно-суженный таз; 2) простой плоский таз; 3) плоскорахитический таз; 4) поперечно суженный таз.

Какие виды узкого таза относятся к редко встречающимся формам?

К редко встречающимся формам узкого таза относятся: 1) кососмещенный таз; 2) воронкообразный таз; 3) остеомалятический и др.

Как классифицируются тазы по степени сужения?

По степени сужения тазы классифицируются в зависимости от укорочения истинной конъюгаты, которая определяется при измерении диагональной конъюгаты (для определения истинной конъюгаты надо из диагональной конъюгаты вычесть 1,5—2 см).

Как разделяют тазы по степени укорочения истинной конъюгаты?

По степени укорочения истинной конъюгаты таз может быть:

1) I степени сужения (истинная конъюгата меньше 11 см до 9 см);

2) II степени сужения (истинная конъюгата меньше 9 см до 7 см);

3) III степени сужения (истинная конъюгата меньше 7 см);

Какова этиология аномалий анатомически узкого таза?

Причины развития аномалий анатомически узкого таза весьма разнообразны, они находятся в прямой зависимости от многочис¬ленных влияний внутренней и внешней среды на организм девоч¬ки во время внутри- и внеутробной ее жизни. Особенно большое значение в формировании таза имеют периоды внутриутробной жизни, детства и полового созревания, когда еще не закончился процесс окостенения таза.

Во время внутриутробной жизни неправильное формирование таза может быть следствием нарушения обмена веществ между матерью и плодом, особенно минерального обмена. Большую роль играет диета беременной, дефицит витаминов и др.

В период новорожденности и раннего детства причиной патологического формирования таза может быть неполноценное искусственное вскармливание, плохие жилищные условия, плохое питание, рахит, ранний детский тяжелый труд, перенесенные инфекционные заболевания (костный туберкулез, полиомиелит), травмы таза.

Как диагностируется анатомически узкий таз?

В диагностике анатомически узкого таза имеют значение следующие данные.

1. Анамнез общий, из которого необходимо выяснить, не перенесла ли беременная в детстве рахит и другие заболевания, влияющие на формирование и строение скелета.

2. Анамнез специальный: начало и характер менструальной функции, течение предшествующих беременностей и родов, масса ранее родившихся детей и другие данные, позволяющие оценить функцию половых органов женщины до беременности и при предыдущих родах.

3. Объективные общие данные: рост и масса тела беременной, пропорциональность тела, подвижность суставов, строение позвоночника и прочие данные, позволяющие оценить состояние скелета в данный период.

4. Объективные специальные данные: форма живота (остроконечная у первородящих и отвислая у повторнородящих) при поздних сроках беременности, угол наклонения таза (в норме он составляет 45—55°, при узком тазе нередко больше, при этом крестец, ягодицы и наружные половые органы отклонены кзади и имеется выраженный лордоз поясничного отдела позвоночника).

Большое значение при получении объективных специальных данных в диагностике узкого таза имеет форма ромба Михаэлиса, который при общеравномерно-суженном тазе вытянут в вертикальном направлении, а при плоских — уплощен.

Основным методом исследования таза является его наружное измерение с помощью тазомера. Величина истинной коньюгаты определяется вычитанием 9 см/10 см/8 см (в зависимости от величины окружности запястья) из значения наружной коньюгаты.

 Более достоверные данные, но которым можно составить представление о размерах и емкости таза, получаем при влагалищном исследовании, когда определяем величину диагональной конъюгаты, а вычитая из ее данных индекс Соловьева, получаем величину истинной конъюгаты.

Кроме того, применяется рентгенологическое и ультразвуковое исследование для определения внутренних размеров таза.

**Эталон ответа к ситуационной задаче**

1. Беременность 38-39 нед. Роды 3 срочные роды. 2ой период родов. Крупный плод. Асинклитическое вставление головы (передний асинклитизм). Клинически (функционально) узкий таз. Вторичная слабость родовой деятельности.

2. Диагноз асинклитического вставления головы плода установлен на основании влагалищного исследования, при котором обнаружено внеостевое стояние стреловидного шва. Стреловидный шов отклонен ближе к мысу крестца (в норме стреловидный шов располагается на одинаковом расстоянии от мыса и симфиза, т. е. лежит по ости таза - синклитически). Диагноз передний асинклитизм (Негиле) поставлен из-за стояния стреловидного шва ближе к мысу и более низкого опущения передней теменной кости.

Клинически узкий таз предполагается в связи с наличием крупного плода (масса -4100 г, длина - 52-54 см, прямой размер головы- 12 см), затяжные (до 23 ч) роды у повторнородящей женщины, неправильное (асинклитическое) вставление головы плода, отсутствие продвижения головы при полном раскрытии маточного зева и своевременном излитии околоплодных вод, положительный признак Вастена и Цангеймейстера. Вторичная слабость родовой деятельности подтверждается затяжным течением родов с преимущественным ослаблением родовых сил во втором периоде родов.

3. Для выявления клинического несоответствия между головой плода и тазом роженицы пользуются признаком Генкеля - Вастена, размером Цангемейстера и ультразвуковым исследованием. Условием для их определения является фиксированная голова плода во входе в малый таз, полное раскрытие маточного зева, отсутствие плодного пузыря, хорошая родовая деятельность.

Размер Цангемейстера измеряется тазомером в положении роженицы стоя или лежа на боку. Вначале измеряют наружную конъюгату и запоминают ее размер, затем, не сдвигая пуговку задней бранши тазомера, пуговку передней передвигают с лобкового симфиза на наиболее выдающуюся точку предлежащей головы плода. Это и будет размер Цангемейстера. Если он меньше наружной конъюгаты на 3 см, прогноз родов хороший, если больше -прогноз плохой, если цифры одинаковые - прогноз родов сомнительный, свидетельствует о наличии незначительного несоответствия. Признак Генкеля - Вастена определяется в положении роженицы лежа на спине. Ладонь руки исследующий располагает на поверхности лобкового симфиза и скользит нею кверху по направлению к предлежащей голове. Если передняя поверхность головы находится выше плоскости симфиза, признак Генкеля - Вастена положительный, размеры головы плода не соответствуют размерам таза, прогноз родов неблагоприятный, роды самостоятельно закон¬читься не могут. Если передняя поверхность головы находится на одном уровне с симфизом, признак Генкеля - Вастена «вровень», исход родов сомнительный. Если передняя поверхность головы находится ниже плоскости симфиза, признак отрицательный, прогноз родов хороший, роды обычно заканчиваются самостоятельно.

У роженицы Н. размер Цангемейстера равен 21 см, наружная конъюгата -20,5 см, т. е.- прогноз родов сомнительный. Признак Генкеля - Вастена у Н. положительный, т. е. роды не могут закончиться самостоятельно.

4. Анатомически узким тазом считается такой таз, в котором по сравнению с нормальным уменьшены все размеры, или некоторые размеры, или только один из главных размеров таза на 2 см или более.

Функционально, или клинически, узким тазом называют такой таз, который представляет затруднение и препятствие для рождения плода т.е. несоответствие размеров головки плода размерам таза. Функционально узкий таз может быть при анатомическом его сужении, при нормальных размерах таза и крупном плоде и при неправильном вставлении головы (разгибательное, асинклитическое и пр.). У роженицы Н. таз анатомически является нормальным, а клинически - узким (крупный плод, асинклитическое вставление головы).

Незначительно выраженный асинклитизм, наблюдающийся у Н., в большинстве случаев не препятствует, а способствует конфигурации головы и приспособлению ее к прохождению по родовому каналу. Под действием силы схваток и потуг голова, по-видимому, сможет в достаточной степени изменить свою форму и станет продвигаться. По мере опускания в полость малого таза асинклитизм, как правило, ликвидируется.

1. Показано срочное родоразрешение путем операции кесарево сечение.

**Критерии оценивания задачи**

«Отлично»

Дан полный развернутый ответ на поставленные вопросы, показана совокупность осознанных знаний при решении задачи. Знания демонстрируются на фоне междисциплинарных связей, доказательно поставлен диагноз, предложены правильные компоненты тактики лечения больного. В ответе прослеживается четкая структура, логическая последовательность понятий. Ответ изложен литературным языком с использованием медицинской терминологии, логичен, доказателен, демонстрирует авторскую позицию студента. Могут быть допущены незначительные недочеты в определении понятий и решения задачи, исправленные студентом самостоятельно в процессе ответа.

«Хорошо»

Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показана совокупность осознанных знаний при решении ситуационной задачи. Знание демонстрируется на фоне междисциплинарных связей, доказательно поставлен диагноз; в ответе прослеживается четкая структура, логическая последовательность понятий. Ответ изложен литературным языком в терминах науки. В ответе допущены недочеты, исправленные студентом с помощью уточняющих вопросов преподавателя.

«Удовлетворительно»

Дан неполный ответ, логика и последовательность изложения имеют существенные нарушения. Допущены грубые ошибки при решении ситуационной задачи вследствие непонимания студентом несущественных признаков и связей. Выводы в ответе требуют коррекции. Умение раскрыть конкретные проявления обобщенных знаний не показано. Речевое оформление требует поправок, коррекции.

 «Неудовлетворительно»

 Дан неполный ответ, представляющий собой разрозненные знания по теме ситуационной задачи с существенными ошибками. Речь неграмотна. Дополнительные и уточняющие вопросы преподавателя не приводят к коррекции ответа не только на поставленный вопрос, но и на другие вопросы дисциплины.

**Эталон ответа к практическому навыку**

**Методика прижатия аорты (по Шмидту)**

Показания: гипотоническое маточное кровотечение.

Цель - вызвать ишемию и рефлекторное сокращение матки (раздражение рецепторов и брюшно-аортального сплетения).

*Способ Шмидта –* ручное прижатие аорты кулаком.Алгоритм действий

1. Женщину уложить на твердую поверхность.
2. Надеть перчатки.
3. Встать слева от женщины на подставку.
4. Кисть правой руки сжать в кулак.
5. Расположить руку слева выше пупка вертикально на живот женщины.
6. Прижать тыльной стороной основных фаланг пальцев аорту к позвоночнику слева до исчезновения пульсации в бедренной артерии.
7. Для усиления давления и «поддержки» правой руки обхватить её левой в области лучезапястного сустава.

**Критерии оценивания практического навыка**

**Отлично»-** самостоятельно правильно выполнил всю последовательность алгоритма практических навыков, с теоретическим обоснованием; свободно владеет методами физикального исследования, правильно проводит согласно алгоритму действий; умеет интерпретировать результаты обследования.

**«Хорошо»-** правильно выполнил всю последовательность алгоритма практических навыков с теоретическим обоснованием с помощью преподавателя; владеет физикальными методами исследования, правильно проводит согласно алгоритму действий; с наводящими вопросами преподавателя интерпретирует полученные результаты.

**«Удовлетворительно»** частично выполнил последовательность алгоритма практических навыков с помощью преподавателя; допускает ошибки в проведении исследования, может применить в практической деятельности только под руководством преподавателя;

**«Неудовлетворительно»** не выполнил последовательность алгоритма практических навыков, с теоретическим обоснованием или отказался выполнять задание; не владеет физикальными методами исследования, не умеет правильно проводить согласно алгоритму действий.