

**ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**  
**Дисциплина «Акушерство и гинекология» 5 курс**  
**ЭТАЛОН ОТВЕТА К БИЛЕТУ**

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №1**

**1. Теоретический вопрос:**

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

**2. 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 абортom 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 Цангемайстера 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.

### 3. 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 несоотносительно 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 сужения.

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) плоскорохитический 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) остеомалатический и др.

Как классифицируются тазы по степени сужения?

По степени сужения таза 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 9,1 см);
- 2) II степени сужения (истинная конъюгата меньше 9 см до 7,1 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 многочисленных влияний внутренней и внешней среды на организм девочки 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 наклона 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 конъюгаты определяется вычитанием 9 см/10 см/8 см (в зависимости от величины окружности запястья) из значения наружной конъюгаты.

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 оси 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 Цангеймейстера 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 Цангеймейстера 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 Цангеймейстера. 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 закончиться 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.

6. Показано срочное родоразрешение путем операции кесарево сечение.

### **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.

## ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №2

### 1. Теоретический вопрос:

Контрацепция. Индекс Перля. Критерии приемлемости.

### 2. Ситуационная задача:

Повторнородящая М., 26 лет, обратилась в женскую консультацию по поводу беременности сроком 36 недель с жалобами на отеки, быструю утомляемость, появляющиеся к концу дня.

Данные анамнеза. Наследственность неотягощена, в детстве болела корью и скарлатиной, в 16-летнем возрасте перенесла инфекционный гепатит (болезнь Боткина). Менструация с 12 лет, установилась сразу по 3—4 дня с интервалом в 4 недели, безболезненная.

Половая жизнь с 20 лет, муж первый, гинекологические заболевания отрицает.

Настоящая беременность третья. Первая закончилась искусственным абортom, вторая — срочными нормальными родами три года назад. Ребенок живой, здоровый.

Течение беременности. Беременность протекала нормально, сопутствующих заболеваний не выявлено. Прошла психопрофилактическую подготовку к родам. Две недели назад беременная заметила отеки на ногах. Сначала отеки уменьшились, но затем вновь появились и стали увеличиваться. За последние 7 дней поправилась на 500 г и почувствовала тяжесть внизу живота. АД не повысилось, данные анализа крови и мочи нормальные.

Данные общего и акушерского исследования. Женщина правильного телосложения, рост — 160 см, масса тела — 79,5 кг. Имеются выраженные отеки на голених, стопах и наружных половых органах, пастозность лица. Температура тела — 36,3 °С, пульс — 72 в 1 мин, ритмичный, АД — 140/90—140/85 мм рт. ст. Со стороны внутренних органов патологических изменений не обнаружено.

Живот овоидной формы, увеличен за счет беременности. Дно матки на уровне мечевидного отростка. Положение плода продольное, предлежащая голова подвижная над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, частота — 136 уд./мин. Размеры таза: 25—28—30—20 см. Окружность запястья 14 см. Родовая деятельность отсутствует.

Данные влагалищного исследования: шейка матки сохранена, отверстие пропускает кончик пальца. Через переднюю часть свода определяется подвижная над входом в малый таз голова плода, мыс крестца не достигается.

Моча, полученная катетером, направлена на срочный анализ. Симптом Пастернацкого отрицательный.

Анализ мочи: цвет соломенно-желтый, реакция кислая, относительная плотность — 1012. Белок и сахар отсутствуют. Микроскопия осадка: лейкоцитов — 2—3 в поле зрения, клетки плоского эпителия — единичные, цилиндров нет.

Белок в суточной моче — 0,4 г.

Анализ крови: содержание гемоглобина — 110 г на л.; количество эритроцитов —  $4,1 \cdot 10^{12}/л$ , лейкоцитов —  $5,8 \cdot 10^9/л$ ; лейкограмма — без изменений; СОЭ — 16 мм/ч.

При осмотре глазного дна изменений не обнаружено.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Клинические признаки, подтверждающие диагноз.

3. Тактика.

3. **Практический навык:**

Биомеханизм родов при переднеголовном предлежании.

**Эталон ответа на теоретический вопрос**

Контрацепция – это метод планирования семьи, направленный на предотвращение развития нежелательной беременности при половых сношениях.

Выделяют следующие виды контрацепции:

1. Биологические.
2. Барьерные.
3. Химические.
4. Имплантационные (внутриматочные).
5. Гормональные.
6. Хирургические.

**Физиологические методы контрацепции**

Биологические (физиологические) методы, основанные на знании физиологических ритмов функционирования репродуктивной системы женщины. Различают 2 основные их разновидности: собственно биологический метод (вычисление "безопасных дней") и метод прерванного полового акта.

Биологический ("календарный") метод основан на установлении периода овуляции (выхода яйцеклетки из яичника в брюшную полость) с помощью измерения так называемой базальной температуры (температуры в прямой кишке) и ведения дневника менструаций.

Воздержание от половых сношений в период предполагаемой овуляции (10-18 день цикла, период до подъема базальной температуры выше 37°C и первые 2-3 дня после подъема) позволяет избежать беременности. Положительными моментами "календарного метода" является простота использования и отсутствие побочных эффектов. Причинами невысокой надежности становятся колебания физиологических показателей и недостаточная внимательность женщин к измерению базальной температуры.

Метод прерванного полового акта состоит в том, что половые сношения прерываются к моменту эякуляции, которая происходит вне половых органов женщины.

К физиологическим относится и еще один традиционный метод – грудное вскармливание (лактация). Контрацептивный эффект в первые 6 мес. после родов может быть достигнут только при постоянном и частом кормлении в дневное и ночное время.

**Механические методы контрацепции**

Барьерный метод основан на использовании средств, механически предотвращающих проникновение сперматозоидов в полость матки и маточные трубы. К преимуществам метода относятся простота использования и надежная защита от наступления беременности.

Самый распространенный метод: использование мужских презервативов.

Другие средства – влагалищные презервативы, влагалищные диафрагмы и шеечные колпачки в связи с большей сложностью применения используют реже.

#### Химические методы контрацепции: спермициды

Химические методы контрацепции основаны на использовании спермицидов – веществ, убивающих сперматозоиды. Спермициды выпускаются в форме различных мазей, кремов, гелей, свечей, которые вводят во влагалище не ранее 1 часа и не позднее 10 минут перед сношением. Метод используют преимущественно в сочетании с барьерной контрацепцией (обработанные спермицидами презервативы и др.), так как использование одних только спермицидов малоэффективно.

#### Внутриматочные методы контрацепции: спираль

Внутриматочные методы контрацепции, как следует из самого названия, основаны на введении в полость матки различных устройств, затрудняющих контакт сперматозоидов с яйцеклеткой и внедрение оплодотворенной яйцеклетки в стенку матки, когда контакт произошел. До недавнего времени большинство таких устройств имело форму спирали (отсюда распространенное название – “спираль”).

Метод является абортивным, увеличивает риск развития различных заболеваний у женщин и имеет ряд противопоказаний.

#### Гормональные контрацептивы

Гормональные контрацептивы бывают в виде таблеток, имплантантов, инъекционных препаратов, вагинальных и трансдермальных рилизинговых систем.

Наиболее распространенными являются комбинированные оральные контрацептивы (КОК), то есть таблетированные препараты для приема внутрь, содержащие два вида гормонов. Другие виды препаратов содержат какой-либо один.

В настоящее время в контрацептивах используется этинилэстрадиол, в зависимости от содержания которого контрацептивы делят на:

Высокодозированные – более 35 мкг (Овидон, Нон-Овлон).

Низкодозированные – 30-35 мкг (Марвелон, Жанин).

Микродозированные – менее 30 мкг (Джес, Линдинет).

В качестве гестагенов используются синтетические производные норстероидов и прогестерона.

Механизм действия КОК реализуется через блокаду эстрогеновых и прогестероновых рецепторов клеток органов-мишеней репродуктивной системы женщины.

К механизмам действия этих препаратов относят:

- 1) подавление созревания яйцеклетки,
- 2) повышение вязкости слизи, мешающее прохождению сперматозоидов,
- 3) изменение строения слизистой оболочки матки, препятствующее прикреплению уже оплодотворенной яйцеклетки.

К комбинированным контрацептивам относятся также влагалищные рилизинговые системы – кольца, содержащие эстрогены и прогестагены. В России используется кольцо НоваРинг – единственный ежемесячный контрацептив, из которого ежедневно высвобождается 15 мкг этинилэстрадиола и 120 мг этоноргестрела.

Гормональные контрацептивы, содержащие только прогестагены, рекомендуются женщинам после родов на фоне лактации, а также женщинам, у которых нежелателен или противопоказан прием эстрогенов.

Посткоитальная гормональная контрацепция – Постинор содержит 0,75 мг левоноргестрела, чистого прогестагена. Данный препарат принимают в течение 72 часов после незащищенного полового акта. Через 2-4 дня наступает менструальноподобное кровотечение и отторжение слизистой оболочки матки.

### Хирургическая контрацепция

Хирургическая контрацепция (стерилизация) заключается в перевязке маточных труб у женщин или семенных канатиков (такая операция называется вазектомией) у мужчин.

Метод обладает практически 100% эффективностью, но в большинстве случаев необратим.

Эффективность того или иного метода контрацепции оценивают по индексу Перля. Индекс Перля – это количество беременностей, наступивших у 100 женщин, использовавших в течение 1 года один определённый метод контрацепции.

Критерии приемлемости методов контрацепции определяются Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ). Они помогают врачу определить, насколько безопасен конкретный метод для пациента с учетом его здоровья и физиологических особенностей.

Все медицинские состояния и характеристики пациента (возраст, курение, хронические заболевания) делятся на 4 категории по отношению к конкретному методу контрацепции:

#### Категория

- 1 Состояние не накладывает ограничений на использование метода. Можно использовать без ограничений.
- 2 Преимущества метода в целом превышают теоретические или доказанные риски. Можно использовать.
- 3 Теоретические или доказанные риски обычно превышают преимущества. Обычно не рекомендуется, за исключением случаев, когда более приемлемые методы недоступны.
- 4 Использование метода представляет неприемлемый риск для здоровья. Абсолютно противопоказано.

Основные факторы, определяющие приемлемость:

Возраст и курение: например, комбинированные гормональные контрацептивы (КОК) могут быть противопоказаны курящим женщинам старше 35 лет (Категория 3/4).

Сердечно-сосудистые риски: наличие тромбозов, инсультов, инфарктов в анамнезе или тяжелая гипертония часто делают гормональную контрацепцию неприемлемой.

Грудное вскармливание: в первые 6 недель после родов КОК обычно не рекомендуются (Категория 3/4), тогда как чисто прогестиновые методы могут быть разрешены (Категория 2).

Заболевания печени и диабет: тяжелые поражения печени или диабет с осложнениями могут ограничивать выбор методов.

Мигрени: наличие мигрени с аурой является строгим противопоказанием для КОК (Категория 4).

### **Эталон ответа на ситуационную задачу**

1. Диагноз: Беременность третья 36 недель. Умеренная преэклампсия. ОАА (1 мед. аборт).
2. Клинические симптомы, подтверждающие диагноз: АД 140/90—140/85 мм рт. ст в сочетании с умеренной протеинурией (0,4 г/сут).

При осмотре обнаружены отеки голеней, стоп и наружных половых органов, пастозность лица.

3. Тактика ведения беременных с умеренной преэклампсией:

Госпитализация в ОПБ. Пролонгировать беременность до срока 37 нед. 6 дней под контролем состояния матери и плода.

2 р/нед. – лабораторный контроль: ОАК, ОАМ, суточная протеинурия, кровь на шизоциты, биохимический анализ крови, коагулограмма.

Инструментальные методы: фетометрия при поступлении, доплерометрия – еженедельно, КТГ – не реже 1 р/нед., УЗИ ОБП, почек – при поступлении. Контроль АД – 3-4 р/день.

Назначить антигипертензивный препарат Метилдопа: 250 мг 3 р/день внутрь.

Начать преиндукцию родов препаратом Мифепристон, при достижении зрелости шейки матки на сроке 37-38 нед. провести индукцию родов путем амниотомии. Роды вести консервативно через естественные родовые пути с проведением профилактики раннего послеродового кровотечения препаратом карбетоцин.

### **Эталон ответа к практическому навыку**

Роды обычно в переднеголовном предлежании обычно протекают в заднем виде. Данный биомеханизм родов патологический. Диагноз ставят при помощи влагалищного исследования, когда обнаруживают стояние большого и малого родничков на одном уровне и стреловидный шов между ними. Диагноз подтверждают при помощи УЗИ в родах. Головка после рождения имеет брахицефалическую форму (башенная головка), т.е. родовая опухоль расположена вокруг большого родничка.

Показать на фантоме

1.Первый момент биомеханизма родов при переднеголовном предлежании - умеренное разгибание головки, при этом головка устанавливается своим стреловидным и частью лобного шва в поперечном, или, очень редко, в одном из косых размеров таза. Головка плода вставляется своим прямым размером 12 см, окружность 34 см. По мере продвижения головки ведущей точкой становится большой родничок. Возможно асинклитическое вставление.

2.Второй момент биомеханизма родов - внутренний поворот: стреловидный шов из поперечного размера входа в малый таз переходит в прямой размер выхода из малого таза, затылком кзади, к копчику. Головка осуществляет поворот при переходе через плоскость узкой части полости малого таза.

3. Третий момент биомеханизма родов - сгибание головки. Сгибание головки происходит в шейной части позвоночника. Точкой фиксации является надпереносица, а точкой опоры - нижний край лонного сочленения. Рождаются лоб, темя и затылок плода.

4. Четвертый момент биомеханизма родов - разгибание головки. Точкой фиксации является подзатылочная ямка или затылочный бугор, точкой опоры - передняя поверхность копчика. Рождается лицо плода.

5. Пятый момент биомеханизма родов - внутренний поворот плечиков и наружный поворот головки, после чего происходит полная экспульсия плода.