

АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ

Славянова И.К.



УДК 618(075.32)

ББК 57.16я723

КТК 358

С 47

Рецензент:

доктор медицинских наук, профессор *Г. Г. Жданов*

Славянова И. К.

С 47 Акушерство и гинекология [Электронный ресурс]/
И.К. Славянова. — Электрон. текстовые дан. (1 файл
pdf : 573 с.). — Ростов н/Д : Феникс, 2021. — (Сред-
нее медицинское образование). —
ISBN 978-5-222-35222-9

В учебнике в соответствии с Федеральным государствен-
ным образовательным стандартом освещаются вопросы фи-
зиологического и патологического течения беременности
и родов, этиологии, патогенеза, клиники, диагностики,
лечения и профилактики гинекологических заболеваний.
Даны алгоритмы оказания неотложной помощи при кри-
тических состояниях, а также алгоритмы выполнения ма-
нипуляций. Представлены схемы базисного ухода за ро-
дильницами и новорожденными.

Учебник предназначен для студентов медицинских кол-
леджей и училищ, а также практикующих фельдшеров.

УДК 618(075.32)

ББК 57.16я723

Деривативное электронное издание на основе печатного издания:

Акушерство и гинекология / И. К. Славянова. —
Изд. 4-е. — Ростов н/Д : Феникс, 2021. — 573,
[1] с. — (Среднее медицинское образование).
ISBN 978-5-222-34650-1

© И. К. Славянова, 2016

© Оформление: ООО «Феникс», 2017



Состояние родовспоможения волновало человечество с давних времен и большой вклад в эту науку внесли врачи древности: Цельс, Аристотель, Гиппократ, Гален и другие.

В России М.В. Ломоносовым ставились вопросы о подготовке специальных кадров для наблюдения за беременными с последующим принятием у них родов.

С 1781 г. в Петербурге впервые появляются акушерские стационары и активно начинается подготовка специалистов (возглавляет работу Нестор Максимович Максимович-Амбодик). В это время специализированная акушерская помощь организована еще только в крупных городах России.

В 1861 г. отменено крепостное право и уже в 1864 г. издано «Положение о земских учреждениях». Эти реформы стали причиной успехов организации акушерской помощи населению. Но тогда еще мало было родовспомогательных учреждений и коек для родоразрешения не хватало.

В России в 1887 г. начинают издавать «Журнал акушерства и женских болезней». В 1892 г. в Брюсселе проходит Первый Международный конгресс акушеров-гинекологов, положивший начало международной ассоциации акушеров-гинекологов.

Крупный отечественный акушер-гинеколог А.П. Губарев под руководством В.Ф. Снегирева проводит исследования в области изучения анатомического строения клетчатки малого таза.

После революции 1917 г. в России активно предпринимаются шаги, направленные на снижение материнской и детской смертности. Так, в 1920 г. Совнаркомом принимаются следующие документы: «Декларация прав беременной» и «Об охране труда женщины». С принятием

этих документов развитие родовспоможения в стране позволило организовать много новых родовспомогательных учреждений и тем самым повысить показатели рождаемости.

В годы Великой Отечественной войны (1944 г.) был издан Указ Президиума Верховного Совета СССР «Об увеличении государственной помощи беременным женщинам, многодетным и одиноким матерям, усилении охраны материнства и детства, об установлении почетного звания «Мать-героиня» и учреждении ордена «Материнская слава» и медали «Медаль материнства».

Длительность декретного отпуска постоянно увеличивалась от 77 дней до 140 дней в 1989 г.

После Великой Отечественной войны развитие акушерства и гинекологии приобрело еще более интенсивный характер. Так вводятся должности главных акушеров-гинекологов вплоть до районных отделов здравоохранения.

Основные достижения отечественного родовспоможения связаны с именами наших ученых: М.С. Малиновского, Л.С. Персианинова, А.Э. Мандельштама, И.Л. Брауде, И.Ф. Жордания, К.Н. Жмакина, Н.А. Цовьянова, В.И. Бодяжиной и других ученых, внесших огромный вклад в развитие акушерства и гинекологии не только в нашей стране, но и за рубежом.

Основными задачами родовспоможения являются проблемы репродуктивного здоровья, снижение материнской и перинатальной заболеваемости и смертности, развитие идеи планирования семьи со снижением числа аборт, борьба с перинатальной инфекцией и другие важные направления, отраженные в Федеральной программе «Безопасное материнство».

Оценка внутриутробного состояния плода современными методами диагностики сделала возможным снижение ante- и перинатальной заболеваемости и смертности. Слежение за характером родовой деятельности с помощью аппаратуры уменьшило количество осложненных родов и неблагоприятных исходов и позволило своевременно ставить вопросы о методе и способе рационального родоразрешения.

Традиции подготовки акушерских кадров сохраняются и оптимизируются ежегодно путем совершенствования их подготовки в учебных заведениях и в различных последипломных формах обучения, направленных на обязательное повышение квалификации один раз в пять лет на базе ведущих лечебных учреждений страны.

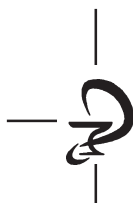
Роль фельдшера в диагностике, оказании помощи беременной, роженице, родильнице, новорожденному, больной женщине с выраженной гинекологической патологией в экстренных ситуациях очень большая.

Фельдшеру нередко приходится у постели больного самостоятельно решать вопросы об оказании неотложной помощи, и от этого решения зачастую зависит жизнь и дальнейшее здоровье пациента.

Права и обязанности фельдшера определены законодательством и официальными инструкциями.

Настоящий учебник соответствует Государственному стандарту и рассчитан на обучение фельдшеров в медицинских училищах и колледжах. В нем отражены все разделы соответственно программе обучения по основным разделам: физиологического и патологического акушерства, оказания неотложной помощи в экстремальных ситуациях, основные оперативные методы, применяемые в акушерстве, этиопатогенез, диагностика, клиника, лечение и профилактика основных гинекологических заболеваний и состояний.

В учебнике имеется блок проверки полученных знаний. В него введены тесты и задачи по акушерству и гинекологии, соответствующие Госстандарту и программе обучения фельдшеров.



ГЛАВА I.

ОРГАНИЗАЦИЯ РОДОВСПОМОЖЕНИЯ И ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Акушерская и гинекологическая помощь женщинам оказывается в специальных учреждениях амбулаторного и стационарного типа. К ним относятся: женские консультации или гинекологические кабинеты, входящие в состав поликлиник и медико-санитарных частей, родильные дома, родильные и гинекологические учреждения больниц, акушерско-гинекологические клиники медицинских институтов и институтов усовершенствования врачей, научно-исследовательские институты акушерства и гинекологии.

С 1949 г. основным типом акушерско-гинекологического учреждения является объединение родильного дома с женской консультацией. Некоторые из этих объединений включают в себя и гинекологический стационар. Это объединение позволяет обеспечить определенную преемственность в обслуживании беременных, рожениц и родильниц, проследить их дальнейшее состояние и, таким образом, снизить материнскую и перинатальную заболеваемость и смертность и сократить количество послеродовых осложнений.

На протяжении всей своей жизни женщина должна находиться под наблюдением женской консультации, там она получает необходимую помощь и советы по всем вопросам, касающимся заболеваемости, течения беременности, родов и послеродового периода.

Женская консультация

Женская консультация — это лечебно-профилактическое учреждение диспансерного типа, которое осуществляет свою работу по участковому принципу.

Основными задачами женской консультации являются:

1. Диспансеризация беременных и родильниц, снижение материнской и перинатальной заболеваемости и смертности.

2. Медицинская помощь гинекологическим больным и диспансеризация. Профилактика и лечение менопаузальных расстройств.

3. Профилактика онкологических заболеваний женских половых органов и молочных желез.

4. Сохранение репродуктивного здоровья женщины: регулирование репродуктивной функции, снижение абортот.

5. Социально-правовая помощь беременным, родильницам и гинекологическим больным.

6. Проведение санитарно-просветительной работы с женщинами и психопрофилактическая подготовка беременных к родам.

7. Изучение условий труда работниц промышленных предприятий и сельскохозяйственных учреждений для осуществления охраны здоровья беременных, антенатальной охраны плода, а также проведения мер по снижению гинекологической заболеваемости.

Участковый принцип обслуживания позволяет акушеру-гинекологу осуществлять постоянную связь с участковыми врачами других специальностей и это способствует решению многих проблем: своевременному взятию на учет беременных и гинекологических больных, их обследованию, лечению, а часто — и совместному диспансерному наблюдению.

Наблюдение беременных является главной задачей женской консультации, так как от качества, регулярности этого наблюдения зависит исход беременности и родов.

К задачам наблюдения за беременными относятся:

1. Раннее выявление и взятие на учет беременных (до 12 недель). Это позволяет своевременно выявить генитальную (узкий таз) и экстрагенитальную (пиелонефрит, диабет) патологию и решить вопрос о целесообразности дальнейшего сохранения беременности, трудоустройстве, определить степень риска и при необходимости своевременно обеспечить оздоровление беременной.

2. Взятие на учет и обследование. Эффективность раннего взятия на учет зависит от своевременного полного обследования и решения вопроса о вынашивании беременности и составления плана ведения беременности.

3. Дородовый и послеродовый патронаж позволяет выявить условия, в которых живет беременная, своевременно обеспечить явку для повторного обследования, а после родов проконтролировать правильность выполнения рекомендаций врача, дать необходимые советы родильнице.

4. Своевременная госпитализация женщины в течение беременности и до родов при возникновении экстренных показаний или плановом порядке.

5. Физиопсихопрофилактическая подготовка к родам всех беременных в обязательном порядке. (Занятия «Школа матерей».) К занятиям привлекаются и мужья беременных женщин.

6. Проведение антенатальной профилактики рахита (УФО, витамины).

7. Профилактика гнойно-септических осложнений (стоматологическая, урологическая и ЛОР-санация).

Наблюдение беременных осуществляется в первой половине беременности — 1 раз в месяц, с 20 до 28 недель — 2 раза в месяц, с 28 до 40 недель — 1 раз в неделю.

По показаниям частота посещения женщиной женской консультации может быть увеличена.

При неявке беременной в назначенный срок она должна быть посещена патронажной сестрой.

При взятии на учет беременной производятся анализы крови и мочи, определяется группа крови и резус-принадлежность, реакция Вассермана, маркеры гепатитов В, С и ВИЧ, анализ мазков из влагалища и кала на яйца глистов.

При наличии отрицательной резус-принадлежности проводится исследование для выявления антител, которое повторяется ежемесячно в течение беременности.

При каждом посещении женской консультации измеряют артериальное давление (на обеих руках), определяют массу тела, высоту стояния дна матки и окружность живота, назначают к следующей явке анализ мочи и один раз в месяц — анализ крови (при анемии — по показаниям).

При взятии на учет обязательны консультации специалистов: терапевта, отоларинголога, стоматолога, фтизиатра, окулиста, хирурга, а при необходимости — других специалистов.

Повторно анализы на RW и ВИЧ берутся в 30 недель беременности и перед родами, анализ мочи — перед каждым посещением консультации, коагулограмма — в 36–37 недель, бактериологическое и бактериоскопическое исследование выделений из влагалища — в 36–37 недель беременности. В этот же срок рекомендуется и записать ЭКГ.

При наличии акушерской патологии (невынашивание, мертворождение), а также экстрагенитальной патологии проводится дополнительное обследование: экскреция половых гормонов, возбудители инфекции и прочие.

При необходимости (врожденные уродства) назначается консультация генетика.

Объективное исследование включает в себя данные антропологических исследований, артериального давления, наружного осмотра и акушерского исследования, аускультацию тонов сердца плода.

При посещении беременной женской консультации вносятся все данные в обменную карту беременной.

Ведется диспансерное наблюдение за гинекологически больными (полипы, липомы, бесплодие, невынашивание и др.) и проводится лечение всех гинекологических больных.

Акушерский стационар

Акушерский стационар оказывает квалифицированную стационарную медицинскую помощь женщинам в период беременности, в родах, в послеродовом периоде, в уходе за новорожденными в период их пребывания в родильном доме. (См. рис. 1.)

В состав родовспомогательного учреждения входят:

1. Фильтр (приемно-пропускной блок).
2. Физиологическое (первое) акушерское отделение.
3. Отделение патологии беременности или палаты для пребывания женщин с осложненным течением беременности.



Рис. 1. Структура родовспомогательного учреждения

4. Обсервационное (второе) акушерское отделение.

5. Отделение (или палаты) для интенсивной терапии матери и ребенка.

Беременные обследованные и без патологии госпитализируются в первое отделение, а при наличии патологии или с недостаточно проведенным обследованием — во второе отделение.

Физиологическое отделение состоит из родового блока и физиологического послеродового отделения.

Родовой блок представляет собою часть акушерского отделения, в которое входят: предродовые палаты, палаты интенсивной терапии, родовые палаты (залы), комната для новорожденных, операционный блок (большая и малая операционная, предоперационная, комната для хранения крови, аппаратуры и другого операционного материала), кабинеты и комнаты для медперсонала, смотровые комнаты, санузелы и т. п.

Обсервационное отделение повторяет физиологическое по структуре, но здесь предродовые и родовые палаты об-

сервационного отделения должны быть боксированы, как и палаты для новорожденных.

Палата интенсивной терапии предназначена для беременных, рожениц и родильниц с осложненным течением (тяжелые гестозы, экстрагенитальная патология). Эти палаты должны быть оборудованы всеми необходимыми инструментами, аппаратурой и медикаментами для оказания неотложной помощи.

В большой операционной проводят операции кесарева сечения.

В малой операционной выполняют малые акушерские операции: извлечение плода, наложение акушерских щипцов и вакуум-экстракцию, ушивание промежности и другие малые вмешательства.

В смотровой проводится осмотр женщин и составляется план ведения родов.

В предродовой палате роженица находится во время первого периода родов. В родзале осуществляется прием родов и ведение раннего послеродового периода.

В послеродовых палатах родильницы пребывают со времени перевода их после родов до выписки домой.

В отделении новорожденных находятся дети, где осуществляется постоянное наблюдение за ними и уход.

В обсервационное отделение переводятся беременные, роженицы, родильницы и новорожденные при выявлении у них патологии.

Отделение (или палаты) патологии беременных составляют 25–30% коек от общего числа акушерских коек и предназначаются для дородовой госпитализации беременных с различными экстрагенитальными заболеваниями и осложненным течением беременности.

Гинекологическое отделение

Гинекологическое отделение обычно входит в состав многопрофильной больницы, медико-санитарной части или родильного дома и редко существует изолировано.

Гинекологическое отделение, как правило, делится на два изолированных одно от другого отделения: для боль-

ных, нуждающихся в хирургической помощи (оперативная гинекология), и для больных, где лечение проводится консервативными методами (отделение консервативное).

Оперативное гинекологическое отделение подразделяется на два отделения: для проведения «чистых» и гнойных операций. Койки для искусственного прерывания беременности, для инфицированных абортотом выделяются и входят в состав оперативного отделения.

Гинекологическое отделение включает приемное отделение, палаты, смотровую, перевязочные, процедурные, блок питания, санузел, комнаты гигиены, помещение для мытья и сушки суден, клеенок, посты дежурного персонала, ординаторскую и другие помещения.

В состав операционного блока входят большая и малая операционные с предоперационной, материальная комната, эндоскопическое отделение, послеоперационная палата интенсивной терапии.

Для работников промышленных предприятий гинекологическая помощь организована следующим образом: крупные предприятия имеют медико-санитарную часть и акушерско-гинекологический стационар.

Более мелкие предприятия прикреплены по территориальному принципу к районным родовспомогательным и гинекологическим учреждениям.

Медсанчасть строит свою работу по цеховому принципу. Этот подход требует от акушера-гинеколога знание характера и технологии производства, санитарно-гигиенических условий работы женщин. Проводится регулярная диспансеризация всех работниц с целью своевременного выявления заболевания, а также наблюдение за беременными до декретного отпуска.

Врач работает в тесном контакте с санитарно-промышленным врачом, юристом и инженером по технике безопасности.

Организация акушерско-гинекологической помощи в сельской местности заключается в оказании первого этапа акушерско-гинекологической помощи на ФАПе (ТЭТАП) и в участковых больницах.

Амбулаторная работа фельдшера-акушера на первом этапе проводится под контролем врача участковой больницы и носит в основном профилактический характер в целях предупреждения возможных осложнений беременности и гинекологических заболеваний.

В обязанности фельдшера на ФАПе входит: выявление и взятие на учет беременных, систематическое наблюдение за ними, своевременное выявление патологии и направление к врачу-акушеру, наблюдение за родильницами и детьми первого года жизни, выполнение назначений, сделанных врачом, проведение физиопсихопрофилактических занятий перед родами, проведение санитарно-просветительной работы, выявление среди населения гинекологических больных и направление их к врачу-гинекологу.

В экстремальной ситуации фельдшер должен уметь оказать неотложную помощь, принять роды, обработать новорожденного.

На втором этапе амбулаторная акушерско-гинекологическая помощь оказывается в участковых больницах там, где есть акушер-гинеколог. Здесь наблюдаются здоровые женщины с физиологическим течением беременности. Беременные, относящиеся к группе повышенного риска, находятся под диспансерным наблюдением районного врача или специалиста центральной больницы.

Стационарная помощь на втором этапе оказывается участковыми, районными и центральными районными больницами III категории. В эти учреждения нельзя госпитализировать беременных из группы повышенного риска.

На третьем этапе амбулаторно-поликлиническая помощь оказывается женскими консультациями районных и центральных районных больниц, стационарная — центральными районными больницами I–II категории. В них женщины получают квалифицированную врачебную помощь.

Четвертый этап представлен женскими консультациями и стационарами городских и областных родильных домов и больниц.

Пятый этап — это женские консультации и стационары специализированных акушерско-гинекологических учреждений, научно-исследовательские институты и базы кафедр акушерства и гинекологии вузов.

На четвертый и пятый этап направляются женщины с особенно тяжелой патологией.

Этапное оказание акушерско-гинекологической помощи позволяет обеспечить женщин сельской местности квалифицированной врачебной помощью на любом этапе жизни, приближая эту помощь к населению.

Экстренная акушерско-гинекологическая помощь на селе оказывается выездными бригадами в составе акушеров-гинекологов и других специалистов. Используется для этого санавиация.

Специализированная помощь оказывается женщинам, страдающим какой-либо сложной патологией: нейроэндокринные заболевания, нарушения менструальной функции, невынашивание беременности, бесплодие, а также специалистами по детской гинекологии.

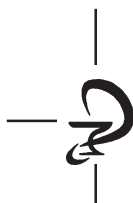
Очень важную функцию выполняют перинатальные центры. В их состав входит высокоспециализированное медицинское учреждение с целью оказания всех видов помощи беременным, отнесенным к группе повышенного риска, а также новорожденным такими женщинами.

В таких центрах проводится корригирующая терапия, выполняется родоразрешение, своевременно и адекватно проводится интенсивная терапия новорожденным, в том числе и недоношенным детям.

Такие центры должны взаимодействовать с центрами неонатальной медицинской помощи, персонал постоянно обязан повышать свою квалификацию на базе лучших учебных заведений и клиник.

В перинатальный центр входят консультативно-диагностические отделения, акушерские и педиатрические блоки, анестезиолого-реанимационное отделение.

Обязательным условием деятельности перинатального центра является наличие второго этапа неонатальной помощи во избежании транспортировки, при которой возможно дополнительное травмирование маловесных и больных детей.



ГЛАВА II

АНАТОМИЯ И ФИЗИОЛОГИЯ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Костный таз

Таз взрослой женщины состоит из четырех костей: двух тазовых, крестцовой и копчиковой, которые прочно соединены друг с другом сочленениями различного строения.

Тазовая кость образована подвздошной, седалищной и лонной (лобковой) костями, сходящимися в области вертлужной впадины.

На подвздошной кости различают верхний отдел (крыло) с вогнутой внутренней поверхностью и выпуклой наружной и нижний (тело). На месте их соединения образуется перегиб. На внутренней стороне перегиба определяется безымянная линия, идущая от мыса крестцовой кости к верхнему краю лонной кости. Верхний утолщенный край крыла подвздошной кости образует подвздошный гребешок. В передней части гребешка выступ (передняя верхняя подвздошная ость, а ниже — передняя нижняя подвздошная ость). На границе с лонной костью подвздошно-лонный бугорок. На внутренней поверхности заднего отдела подвздошной кости суставная поверхность, прилегающая к крестцу, а сзади и сверху бугорок, к которому прикрепляются связки (см. рис. 2).

В седалищной кости различают тело, восходящую и нисходящую ветви. Между нижнепередней остью и подвздошно-лонным бугорком расположена большая седалищная вырезка с двумя выступами (седалищными остями).

Лобковая кость состоит из толстого тела, горизонтальной и нисходящей ветвей. Обе ветви ограничивают овальное отверстие. Правая и левая лонные кости горизонталь-

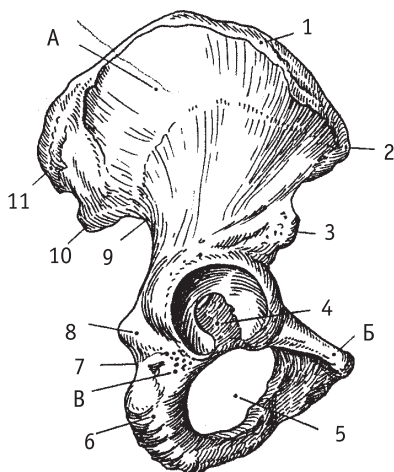
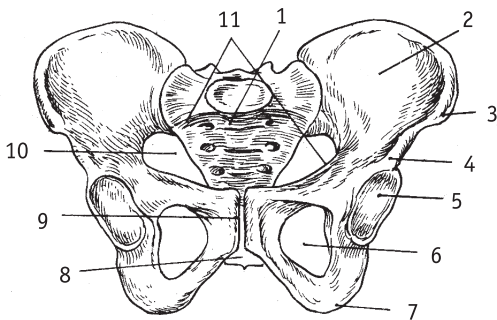


Рис. 2.

Женский таз. 1 — крестец; 2 — крыло подвздошной кости; 3 — передневерхняя ость; 4 — передненижняя ость; 5 — вертлужная впадина; 6 — запирающее отверстие; 7 — седалищный бугор; 8 — лобковая дуга; 9 — симфиз; 10 — вход в малый таз; 11 — безымянная линия.

Тазовая кость. А — подвздошная кость; Б — лобковая кость; В — седалищная кость; 1 — гребень подвздошной кости; 2 — передневерхняя ость подвздошной кости; 3 — передненижняя ость подвздошной кости; 4 — вертлужная впадина; 5 — запирающее отверстие; 6 — седалищный бугор; 7 — малая седалищная вырезка; 8 — седалищная ость; 9 — большая седалищная вырезка; 10 — задненижняя ость; 11 — задневерхняя ость.

ными и нисходящими ветвями образуют лобковое соединение (симфиз), в центре которого в волокнистой соединительной ткани имеется небольшая полость. Здесь расположены мощные связки.

Лонное сочленение — это полусустав, так как движения в нем очень незначительны. При некоторых состояниях (беременность) ткани лонного сочленения становятся несколько отечными, рыхлыми и эластичными. И за счет этих изменений возникает возможность незначительного увеличения в расстоянии между ними.

Крестцовая кость (крестец) состоит из 5 сросшихся позвонков, которые соединены хрящевыми сочленениями. Передняя поверхность крестца равномерно вогнута.

Также хрящом прикреплен к крестцу и пятый поясничный позвонок, на месте этого соединения имеется костный выступ (мыс). Боковые верхние поверхности крестца снабжены суставными поверхностями. Верхушка крестца соединяется с основанием копчиковой кости посредством крестцово-копчикового сочленения. Это сочленение достаточно подвижно, что позволяет копчику отклоняться кзади на 1—1,5 см и это облегчает родовой процесс.

Крестцовая кость соединена с подвздошными костями, плотными хрящевыми прослойками, это так называемые крестцово-подвздошные сочленения. Эти сочленения почти неподвижны.

Кроме того, крестцовая кость связана с тазовой при помощи связок.

Копчиковая кость состоит из 4—5 сросшихся между собой недоразвитых позвонков.

Подвижность костей, образующих таз, создает в родах возможность некоторого увеличения размеров таза.

Таз делится на большой и малый. Их разделяет плоскость входа в малый таз. Она проходит через верхний край лонного сочленения, безмянные линии и вершину мыса.

Половые различия с увеличением возраста становятся все более выраженными. Кости женского таза по сравнению с мужскими более тонки и гладки; женский таз ниже, объемистее и шире; крылья подвздошных костей у жен-

щин развернуты сильнее, вследствие чего поперечные размеры женского таза больше мужского; вход в малый таз женщины имеет поперечно-овальную форму, а у мужчин форму «карточного сердца»; вход в малый таз более обширен у женщин и полость таза не суживается книзу воронкообразно, как у мужчин, а, наоборот, расширяется и выход из малого таза у женщины шире, чем у мужчины; угол, образуемый нижними ветвями лонных костей таза женщины прямой или тупой, а у мужчины — острый (рис. 3).

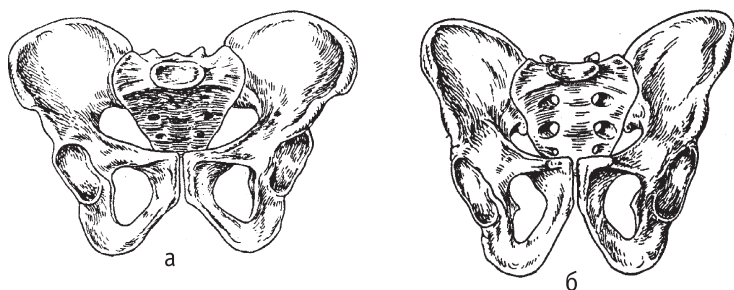


Рис. 3. Мужской и женский таз.
а — женский таз; б — мужской таз.

Таким образом, таз взрослой женщины по сравнению с мужским более объемистый и широкий, но менее глубокий.

Крестец у женщин шире и не так сильно вогнут. Крестцовый мыс выступает вперед меньше, чем у мужчин.

Симфиз женского таза короче и шире.

Исследование таза производится путем осмотра, ощупывания и измерения его размеров. При осмотре обращают внимание на всю область таза, но особенно на пояснично-крестцовый ромб (ромб Михаэлиса) (рис. 5). Ромб представляет собой площадку на задней поверхности крестца, верхний угол его составляет углубление между остистальным отростком V поясничного позвонка и началом среднего крестцового гребня, боковые углы соответствуют задневерхним остям подвздошных костей, нижний — верхушке крестца. При нормальном тазе у хорошо сложен-

ных женщин ромб приближается к квадрату и хорошо виден при осмотре. При патологических изменениях таза (формы, размеров) ромб Михаэлиса меняет свою форму (плоскоррахитический, общеравномерносуженный таз и пр.).

Из всех методов исследования таза наиболее важное значение имеет измерение таза (рис. 4). Зная размеры таза, можно судить о течении родов, возможных осложнениях и других особенностях ведения родов.

Измерение таза производится с помощью тазомера (рис. 4).

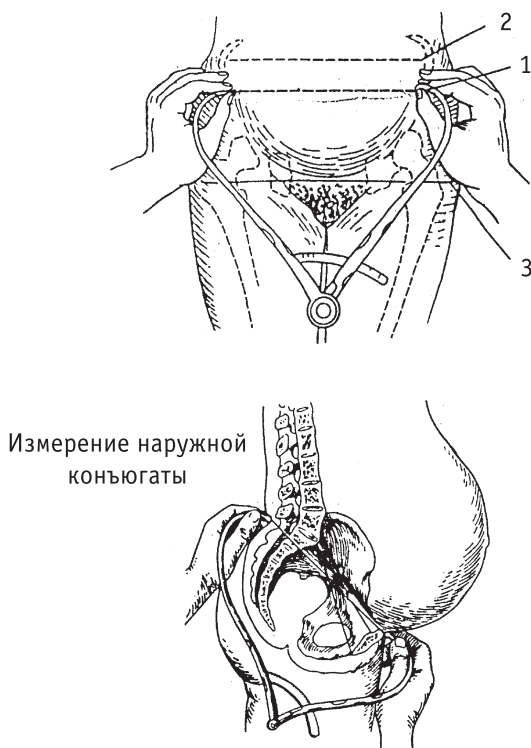


Рис. 4. Измерение размеров таза
1 — distantia spinarum; 2 — distantia cristarum; 3 — distantia trochanterica

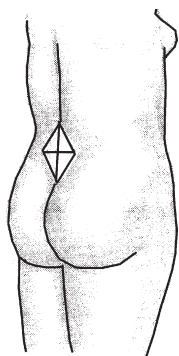


Рис. 5. Ромб Михаэлиса при нормальном телосложении

При измерении таза становятся справа от беременной, которая лежит на спине, лицом к ней. Указательными пальцами прощупывают пункты и измеряют расстояние между ними с помощью шкалы, расположенной на тазомере.

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

Поперечные размеры:

1. *Distantia spinarum* — расстояние между передневерхними остями подвздошных костей (пуговики прижимаются к наружным краям передневерхних остей). Этот размер обычно составляет 25–26 см.

2. *Distantia cristarum* — расстояние между наиболее отдаленными точками гребней подвздошных костей. Для этого пуговики тазомера передвигают по наружному краю гребней подвздошных костей до тех пор, пока не определят наибольшее расстояние, норма — 28–29 см.

3. *Distantia trochanterica* — расстояние между большими вертелами бедренных костей. Для этого отыскивают наиболее выдающиеся точки больших вертелов и прижимают к ним пуговики тазомера. Этот размер равен 30–31 см.

4. *Conjugate externa* — прямой размер таза. Женщину укладывают на бок, нижележащую ногу сгибают в коленном и тазобедренном суставе, вышележащую вытягивают. Пуговику одной ветви тазомера устанавливают по верхне-наружному краю симфиза, конец другой ветви прижимают к надкрестцовой ямке, которая находится на пояснично-крестцовом сочленении (верхний угол ромба Михаэлиса). В норме наружная конъюгата равна 20–21 см (рис. 4).

По наружной конъюгате можно судить о размере истинной конъюгаты. Для этого нужно из длины наружной конъюгаты вычесть 9 см. В норме истинная конъюгата равна 11–12 см.

Истинную конъюгату более точно можно определить по диагональной конъюгате.

Диагональная конъюгата — расстояние от нижнего края симфиза до наиболее выдающейся точки мыса крестца. Она определяется при влагалитщном исследовании. Введенные пальцы продвигают к мысу: если он достигнут, то кончик среднего пальца фиксирует его верхушку, а ребро ладони упирают в нижний край симфиза. Отметив место соприкосновения с нижним краем симфиза, измеряют расстояние от верхушки среднего пальца до точки, соприкасающейся с нижним краем симфиза (рис. 6). В норме размер равен 12,5–13 см. Для определения истинной конъюгаты из этого размера вычитают 1,5–2 см.

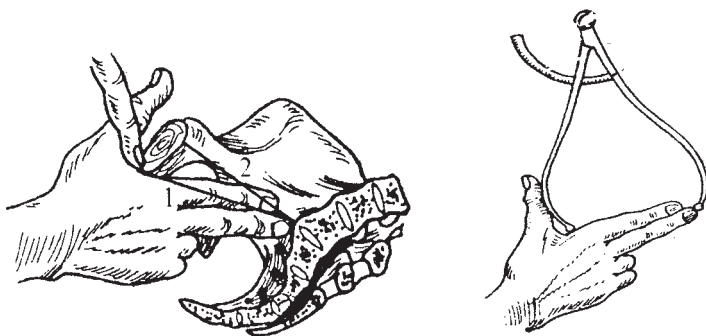


Рис. 6. Измерение диагональной конъюгаты

При нормальных размерах таза мыс не достигается или прощупывается с трудом.

Размеры выхода таза определяют следующим образом. Женщина лежит на спине, ноги согнуты в коленных и тазобедренных суставах и отведены в стороны, подтянуты к животу. Одну пуговку тазомера прижимают к нижнему краю симфиза, другую к верхушке копчика. Поперечный размер выхода измеряют сантиметровой лентой или тазомером. Прощупываются внутренние поверхности седалищных бугров и измеряют расстояние между ними с помощью перекрещенных ветвей тазомера. К полученной величине прибавляют 1–1,5 см.

Если мысленно соединить середины всех прямых размеров в полости малого таза, мы получим проводящую ось таза, по которой следует плод при своем изгнании.

Так же мысленно в плоскостях малого таза можно различить: плоскость входа в малый таз, плоскость широкой части малого таза, плоскость узкой части малого таза и плоскость выхода из малого таза.

Тазовое дно

Выход таза закрыт снизу мышечно-фасциальным пластом, который называется тазовым дном.

Тазовое дно состоит из трех слоев мышц, одетых фасциями.

Нижний слой (наружный) состоит из мышц, сходящихся в сухожильном центре промежности, по форме напоминающие восьмерку, подвешенную к костям таза (рис. 7).

1. Луковично-пещеристая мышца.
2. Седалищно-пещеристая мышца.
3. Наружный жом заднего прохода.
4. Поверхностная поперечная мышца промежности.

Средний слой мышц таза — мочеполовая диафрагма.

Верхний (внутренний) слой мышц промежности — диафрагма таза, которая состоит из парной мышцы, поднимающей задний проход.

1. Тазовое дно является опорой для внутренних половых органов, способствует сохранению их нормального положения. Повреждение этих мышц ведет к опущению половых органов, мочевого пузыря и прямой кишки.

2. Тазовое дно представляет собой опору для половых органов и для внутренностей малого таза (мочевой пузырь, прямая кишка). Мышцы тазового дна участвуют в регуляции внутрибрюшного давления вместе с мышцами передней брюшной стенки и диафрагмы.

3. Во время родов при изгнании плода все три слоя мышц тазового дна растягиваются и образуют широкую трубку, которая является продолжением костного родового канала. После родов мышцы вновь сокращаются и принимают прежнее положение.

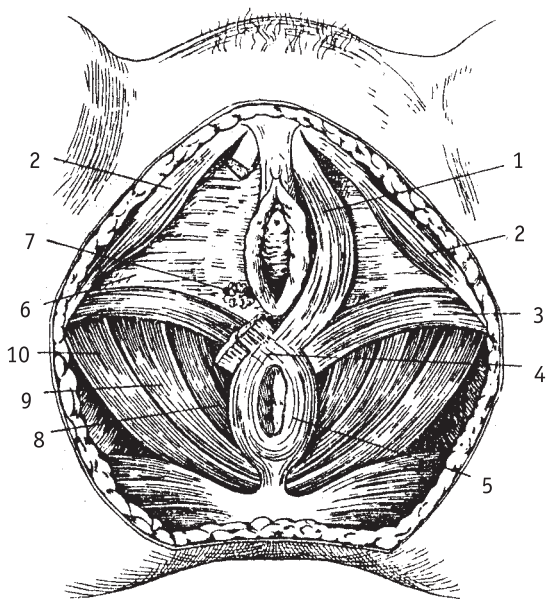


Рис. 7. Мышцы тазового дна.

1 — луковично-пещеристая мышца; 2 — седалищно-пещеристая мышца; 3 — поверхностная поперечная мышца промежности; 4 — сухожильный центр промежности; 5 — сфинктер прямой кишки; 6 — мочеполовая диафрагма; 7 — бартолинова железа; 8–10 — диафрагма таза (m. levator ani)

Наружные половые органы

Половые органы женщины делят на наружные и внутренние. К наружным половым органам относятся органы, доступные наружному осмотру: лобок, железы преддверия, большие и малые половые губы, клитор, преддверие влагалища, промежность, девственная плева (см. рис. 8).

Лобок имеет треугольную форму на передней брюшной стенке со значительным количеством жировой клетчатки. С наступлением половой зрелости эта поверхность покрывается волосами. Сверху линия волос горизонтальная, а у мужчин она располагается вверх, в виде треугольника,



Рис. 8. Наружные половые органы

вершиной, обращенной к пупку. Справа и слева от боковых стенок лобка прощупываются лонные бугорки, которые используются для обнаружения наружных отверстий паховых каналов, где проходят круглые маточные связки, идущие от матки.

Большие половые губы образованы соединительнотканной основой, они содержат много жировой клетчатки; в толще губ заложены венозные сплетения. Внутренняя поверхность губ напоминает слизистую оболочку. Кожа губ пигментирована, покрыта волосами, содержит много сальных и потовых желез. В толще их значительное количество жировой клетчатки. У рожавших женщин большие губы образуют половую щель, у нерожавших — смыкаются. В области лобка большие губы образуют между собой спайку, сзади аналогично, на границе с промежностью, задняя спайка. Кзади задняя спайка образует уздечку, которая во время родов напрягается и иногда здесь происходит разрыв тканей.

Малые половые губы расположены внутри больших губ и при нормальном половом развитии скрыты ими. Пере-

дний край их расщеплен на две ножки, которые сливаются над клитором и образуют крайнюю плоть и сзади над клитором образуют его уздечку. Сзади малые губы, постепенно истончаясь, сливаются с большими губами в нижней их трети. Толща их состоит из соединительной ткани, мышечных волокон и хорошо развитой венозной сети. Снаружи губы покрыты многослойным эпителием. Здесь много сальных желез, их секрет скапливается в бороздке между большими и малыми половыми губами, вокруг клитора и между его ножками.

Клитор по своему строению подобен мужскому половому члену, но значительно меньше его. Он состоит из двух пещеристых тел. Клитор покрыт соединительнотканной оболочкой, а затем тонкой кожей, в ней содержатся сальные железы, выделяющие секрет. Клитор богат кровеносными сосудами и нервами и способен к эрекции. Он рассматривается как орган полового чувства.

Преддверие влагалища — пространство, ограниченное сверху клитором, книзу и кзади — задней спайкой больших половых губ, с боков — малыми половыми губами, дно преддверия влагалища образуется девственной плевой. С преддверием сообщаются влагалище, наружное отверстие мочеиспускательного канала и выводные протоки парауретральных и бартолиниевых желез (большие железы преддверия).

Наружное отверстие мочеиспускательного канала расположено несколько кзади и ниже клитора.

В толще мышечного слоя мочеиспускательного канала находятся протоки парауретральных желез. Углубления по бокам от наружного отверстия мочеиспускательного канала являются малыми железами преддверия. Эти железы очень легко инфицируются гонококками.

Луковицы преддверия являются кавернозными телами, располагаются в преддверии и в самом нижнем отделе влагалища и являются аналогами пещеристых тел мочеиспускательного канала у мужчины. Луковицы покрыты белочной оболочкой, состоят из соединительной ткани, переплетающейся с мышечными волокнами.

Большие железы (бартолиниевы) — парные, они заложены в толще больших половых губ, у нижних полюсов

луковиц преддверия. Это трубчатые железы. Выводные протоки открываются точечным отверстием в преддверии влагалища, в борозде между девственной плевой и малой губой в нижней ее трети.

Большие железы преддверия выделяют жидкий слизистый секрет, увлажняющий преддверие влагалища, особенно при половом возбуждении. Это очень уязвимое место для микробов, особенно, гонококков.

Девственная плева составляет дно преддверия влагалища и является границей между преддверием влагалища и влагалищем. Это дубликатура слизистой оболочки влагалища с прослойкой рыхлой соединительной ткани, богатой эластическими волокнами с проходящими в ней сосудами и нервами. Со стороны влагалища и преддверия она покрыта многослойным плоским эпителием (рис. 9). Размеры, форма и толщина свободного края девственной плевы отличается большим разнообразием. В середине ее имеется одно или несколько отверстий, через которые выделяется наружу секрет внутренних половых органов и менструальная кровь. Края плевы обладают большой эластичностью, вследствие чего она может не рваться во время первого полового сношения, а растягивается. (Иногда

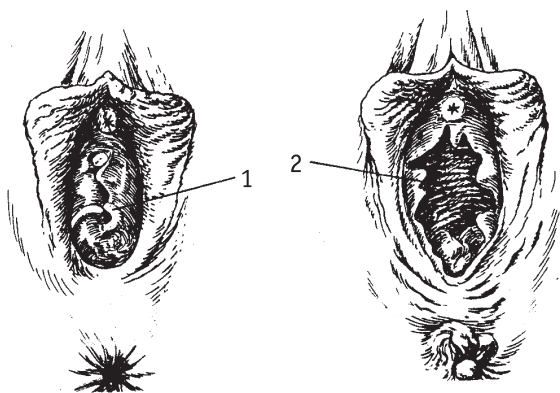


Рис. 9. Формы девственной плевы
1 — геманальные сосочки; 2 — миртовидные сосочки

даже во время родов.) Заращение девственной плевы влечет за собой в периоде половой зрелости скопление крови во влагалище.

Промежность — кожно-мышечно-фасциальная пластинка, расположенная между задней спайкой больших половых губ и вершиной копчика. Различают переднюю промежность (от задней спайки до заднепроходного отверстия) и заднюю промежность (от заднепроходного отверстия до верхушки копчика). В толще промежности находятся фасции и мышцы, составляющие тазовое дно. Промежность покрыта кожей.

Высота промежности различна (от 3 см до 5 см), на сагиттальном сечении толща промежности, имеющая вид клина, образует перегородку между наружными отрезками влагалищной трубки и прямой кишки, она состоит из части мышц, образующих тазовое дно, и соединительной ткани. При половом недоразвитии промежность имеет корытообразную форму.

Внутренние половые органы

Влагалище — хорошо растяжимая мускулистая трубка, соединяющая преддверие влагалища со входом в шейку матки. Длина влагалища 8–10 см, оно сплющено спереди назад, сверху заканчивается сводами, в которые вдается влагалищная часть шейки матки. Свод делят на задний (наиболее глубокий), два боковых и передний. Ширина влагалища 2,5–3 см (рис. 10).

Передняя стенка влагалища рыхло соединена с дном мочевого пузыря и интимно связана с мочеиспускательным каналом.

Задняя стенка влагалища соединена рыхло с прямой кишкой, за исключением наружной (нижней) ее части, где между ними находятся мышцы тазового дна. К верхней части переднебоковых отделов влагалища прилегают мочеточники. Стенка влагалища имеет толщину 3–4 мм и состоит из трех слоев. Поверхностный слой называется слизистой оболочкой, которая покрыта многослойным плоским эпителием без желез. У половозрелой женщины слизистая складчатая.

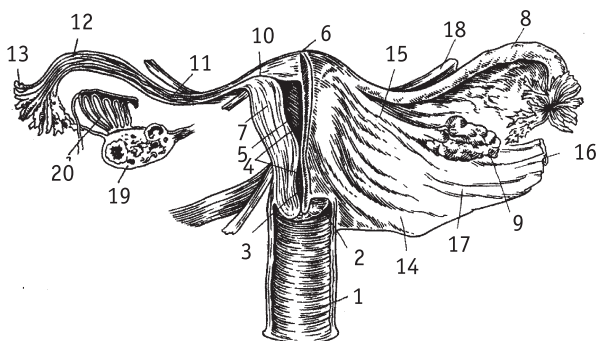


Рис. 10. Внутренние половые органы.

- 1 — влагалище; 2 — влагалищная часть шейки матки; 3 — шейный канал; 4 — перешеек; 5 — полость матки; 6 — дно матки; 7 — стенка матки; 8 — маточная труба; 9 — яичник; 10 — интерстициальная часть трубы; 11 — истмическая часть трубы; 12 — ампулярная часть трубы; 13 — фимбрии трубы; 14 — крестцово-маточная связка; 15 — собственная связка яичника; 16 — воронкотоазовая связка; 17 — широкая связка; 18 — круглая связка; 19 — яичник (на разрезе) с фолликулами и желтым телом; 20 — паровариум.

Под оболочкой влагалища слабо выраженный подслизистый слой.

Средний слой стенки влагалища мышечный. Мускулатура влагалища состоит из трех слоев: мышечный слой имеет свойство сокращаться, что способствует изгнанию плода во время родов. В слизистой влагалища происходят изменения под действием гормонов, и это способствует диагностике при исследовании цитологии влагалищного мазка. Эти исследования позволяют определить фон менструального цикла в момент взятия мазка и выявить, какой из половых гормонов оказывает на организм женщины доминирующее действие.

Помимо этого содержимое влагалища позволяет определить степень чистоты. Различают четыре степени чистоты влагалища в зависимости от микробного заселения.

Первая степень — в мазке обнаруживают почти исключительно влагалищные палочки и клетки плоского эпителия, реакция — кислая.



ВВЕДЕНИЕ	3
ГЛАВА I. ОРГАНИЗАЦИЯ РОДОВСПОМОЖЕНИЯ И ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ	6
Женская консультация	6
Акушерский стационар	9
Гинекологическое отделение	11
ГЛАВА II. АНАТОМИЯ И ФИЗИОЛОГИЯ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ	15
Костный таз	15
Тазовое дно	22
Наружные половые органы	23
Внутренние половые органы	27
Подвешивающий аппарат	35
Кровеносная, лимфатическая и нервная системы	36
Менструальный цикл	38
Изменения в организме женщины во время менструального цикла	41
ГЛАВА III. ПЕРИОДЫ ЖИЗНИ ЖЕНЩИНЫ	44
Внутриутробный период	44
Период новорожденности	45
Период детства	45
Период полового созревания	46
Период половой зрелости	48
Климактерический период	50
ГЛАВА IV. ТЕЧЕНИЕ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ БЕРЕМЕННОСТИ	53
Оплодотворение и развитие плодного яйца	53
Признаки зрелости плода	58
Физиологические изменения в организме женщины при беременности	60
Условия формирования плода	63
Изменения в половых органах	77
Диагностика беременности и определение ее сроков	79
Признаки беременности	80

Объективное обследование	82
Дополнительные методы исследования	87
Гигиена и диететика беременной	88
Подготовка к родам (содержание бесед с беременными)	93
ГЛАВА V. ТЕЧЕНИЕ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ РОДОВ	98
Причины наступления родов	98
Предвестники родов	99
Изгоняющие родовые силы	100
Клиническое течение родов	103
Ведение родов при затылочных предлежаниях	110
Первый туалет новорожденного	125
Обезболивание родов	129
ГЛАВА VI. ОСНОВЫ ПЕРИНАТОЛОГИИ	134
Методы диагностики фетоплацентарной недостаточности	135
Гипоксия плода	137
ГЛАВА VII. ФИЗИОЛОГИЯ ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА	141
Уход за родильницей	144
Гимнастика в первые дни после родов	146
ГЛАВА VIII. ПАТОЛОГИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА	156
Классификация инфекционных послеродовых заболеваний	157
Клиника инфекционных заболеваний	157
Организация работы наблюдательного отделения	162
Уход за родильницей после операции кесарева сечения	163
ГЛАВА IX. УХОД ЗА НОВОРОЖДЕННЫМИ ДЕТЬМИ	165
Вскармливание новорожденных	167
Уход за недоношенными детьми	168
Родовые травмы новорожденных	169
Инфекционные заболевания новорожденных	171
ГЛАВА X. ПАТОЛОГИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ	173
Группы риска	173
Гестозы беременных	174
Ранние гестозы	175
Поздние гестозы	177
Лечение позднего гестоза	181
Кровотечения при беременности	184
Беременность и экстрагенитальная патология	195
ГЛАВА XI. АНОМАЛИИ РОДОВЫХ СИЛ. АНОМАЛИИ МЯГКИХ ТКАНЕЙ РОДОВЫХ ПУТЕЙ ...	205
Слабость родовой деятельности	205
Чрезмерно сильная родовая деятельность	208
Аномалии мягких тканей родовых путей	209

Заращение анального отверстия и пищевода	258
Многопалость	258
Сросшиеся двойни	258
Гигантский плод	258
Гемолитическая болезнь новорожденного	259
Внутриутробная смерть плода	259
Аномалии пуповины	260
Много- и маловодие	260
Многоводие	260
Маловодие	261
Аномалии развития плаценты	262

ГЛАВА XXII. КРОВОТЕЧЕНИЯ В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ	264
Кровотечение в раннем послеродовом периоде	264
Кровотечение в позднем послеродовом периоде	266
Родовой травматизм матери	267

ГЛАВА XXIII. АКУШЕРСКИЕ ОПЕРАЦИИ	271
Подготовка к операции	274
Набор инструментов для осмотра шейки матки и ее ушивания	275
Набор инструментов для операции зашивания разрывов влагалища и промежности	275
Набор инструментов для наложения акушерских щипцов	276
Набор инструментов для вакуум-экстракции плода	276
Набор инструментов для плодоразрушающих операций	277
Набор инструментов для выскабливания полости матки	278
Искусственный разрыв плодного пузыря	278
Рассечение промежности	278
Внутренний поворот плода на ножку	278
Операция кесарево сечение	279

ГИНЕКОЛОГИЯ

ГЛАВА XXIV. ОБСЛЕДОВАНИЕ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ	282
Сбор анамнеза	282
Жалобы	282
Общее обследование	284
Гинекологическое исследование	286
Дополнительные методы исследования	288

ГЛАВА XXV. ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ	292
Классификация воспалительных процессов	293
Воспаления наружных половых органов	294
Воспаления внутренних половых органов	296
Специфические воспалительные заболевания	305
Туберкулез женских половых органов	312
Сифилис	312
СПИД	313

ГЛАВА XXVI. НАРУШЕНИЯ МЕНСТРУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ	316
Аменорея. Гипоменструальный синдром	318
Дисфункциональные маточные кровотечения	321
ГЛАВА XXVII. НЕЙРОЭНДОКРИННЫЕ СИНДРОМЫ	325
Синдром поликистозных яичников	325
Синдром Шихана	326
Адреногенитальный синдром	327
Предменструальный синдром	328
Посткастрационный синдром	328
Климактерический синдром	330
ГЛАВА XXVIII. ОПУХОЛИ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ	332
Доброкачественные опухоли	332
Злокачественные опухоли женских половых органов	337
ГЛАВА XXIX. ЭНДОМЕТРИОЗ	342
ГЛАВА XXX. АНОМАЛИИ РАЗВИТИЯ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ	345
ГЛАВА XXXI. НЕПРАВИЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ	350
ГЛАВА XXXII. БЕСПЛОДНЫЙ БРАК	353
Трубное бесплодие	353
Эндокринное бесплодие	355
Иммунологическое бесплодие	356
Современные репродуктивные технологии	356
ГЛАВА XXXIII. ПОВРЕЖДЕНИЯ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ ЖЕНЩИНЫ	357
Травмы наружных половых органов и влагалища	357
Травмы внутренних половых органов	358
ГЛАВА XXXIV. ДЕТСКАЯ ГИНЕКОЛОГИЯ	360
Организация службы	360
Методы обследования	360
Нарушения менструальной функции	361
Воспалительные заболевания половых органов девочек	364
Травмы половых органов	366
Опухоли половых органов	367
ГЛАВА XXXV. НЕОТЛОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ В ГИНЕКОЛОГИИ ...	370
Внематочная беременность	370
Апоплексия яичника	373
Перекрут ножки опухоли яичника	374

ГЛАВА XXXVI. ОПЕРАТИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ В ГИНЕКОЛОГИИ	376
Подготовка больных к гинекологическим операциям	377
Основные гинекологические операции	377
Уход за гинекологическими больными в послеоперационном периоде	384
ГЛАВА XXXVII. ПЛАНИРОВАНИЕ СЕМЬИ И МЕТОДЫ КОНТРАЦЕПЦИИ	390
Методы и способы контрацепции	394
ГЛАВА XXXVIII. СЕКСОЛОГИЯ И СЕКСОПАТОЛОГИЯ	406
Влечения и комплексы	408
Понятие нормы в сексологии	409
Сексопатология	412
Танатофилия	413
Некрофилия	413
Эксгибиционизм	414
Нимфомания	416
Фетишизм	417
Парафилия	419
Вуайеризм	422
Педофилия	423
Эфебофилия	425
Геронтофилия	427
ГЛАВА XXXIX. ДЕОНТОЛОГИЯ В АКУШЕРСТВЕ И ГИНЕКОЛОГИИ	428
ПРИЛОЖЕНИЕ 1. Проблемно-ситуационные задачи по акушерству	443
ПРИЛОЖЕНИЕ 2. Проблемно-ситуационные задачи по гинекологии	507
ПРИЛОЖЕНИЕ 3. Контрольные есты по акушерству и гинекологии	538
Литература	568