

УНИВЕРСАЛЬНЫЙ СПРАВОЧНИК АКУШЕРА-ГИНЕКОЛОГА

под ред. Елисеева Ю. Ю.

УДК 616-01
ББК 57.1
А64

Ананьева, О. В.

А64 Универсальный справочник акушера-гинеколога / О. В. Ананьева, М. В. Дрангой, Ю. В. Михайлова, А. А. Носачев, С. Э. Османов, Е. В. Трифонова, В. Н. Шилов; [под ред. Ю. Ю. Елисеева]. — М. : Научная книга / T8RUGRAM. — 726 с.

ISBN 978-5-519-62224-0

Данный справочник содержит полную информацию, используемую в практической деятельности акушеров-гинекологов и врачей других специальностей. В нём представлена подробная информация, касающаяся физиологии и патологии беременности, родов и послеродового периода. В отдельной главе изложена наиболее часто встречающаяся перинатальная патология, методы её диагностики, лечения и профилактики.

Издательство не несёт ответственности за возможные последствия, возникшие в результате использования информации и рекомендаций этого издания. Любая информация, представленная в книге, не заменяет консультации специалиста.

УДК 616-01
ББК 57.1
BIC MJT
BISAC MED033000

ISBN 978-5-519-62224-0

© ООО «Литературная студия
«Научная книга», издание, 2017
© T8RUGRAM, оформление, 2017

ЧАСТЬ I

ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЕ АКУШЕРСТВО

Глава 1

СТРОЕНИЕ

ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ.

ЭМБРИОГЕНЕЗ

Анатомия таза
и женских половых органов

Женский таз с позиции акушерства

Таз женщины состоит из костного остова и мягких тканей (мышц, подкожной жировой клетчатки, фасций). Кости таза создают при соединении в единое костное кольцо достаточно емкое вместилище для внутренних половых органов, прямой кишки, мочевого пузыря и других окружающих их мягких тканей. Благодаря определенному соединению костей кости таза образуют своеобразный родовой канал, по которому происходит продвижение плода во время родов. В связи с этим можно отметить огромную роль женского таза как родового канала.

По ряду причин могут развиваться разнообразные нарушения строения и развития костей таза. К этому могут привести неблагоприятные условия внутриутробного развития, заболевания, перенесенные в детском возрасте и в период полового созревания, и ряд других причин (таз может быть деформирован в результате травм, опухолей, различных костных выростов — экзостозов).

Важным моментом в акушерской практике является отличие в строении женского и мужского таза. Появление отличий в строении женского таза можно отметить с начала развития периода полового созревания. Они становятся наиболее выраженными в зрелом возрасте.

Можно выделить ряд отличий:

- 1) кости женского таза более тонкие, гладкие и менее массивные, чем кости мужского таза;

- 2) плоскость входа в малый таз у женщин имеет поперечно-овальную форму, в то время как у мужчин имеет форму карточного сердца (вследствие сильного выступа мыса);
- 3) в анатомическом отношении женский таз ниже, шире и больше в объеме;
- 4) лобковый симфиз в женском тазе короче мужского;
- 5) крестец у женщин шире, крестцовая впадина умеренно вогнута;
- 6) полость малого таза женщин по очертаниям приближается к цилиндру, а у мужчин воронкообразно сужается книзу;
- 7) лобковый угол шире ($90—100^\circ$), чем у мужчин ($70—75^\circ$);
- 8) копчик выдается вперед меньше, чем в мужском тазе;
- 9) седалищные кости женского таза параллельны друг другу, тогда как в мужском тазе они сходятся.

Наличие всех перечисленных особенностей имеет очень большое значение в процессе родового акта и обеспечивает возможность его нормального прохождения. Основу таза взрослой женщины составляют две тазовые кости (одна крестцовая и одна копчиковая), между собой они прочно соединены сращениями.

Тазовая кость, которую еще называют безымянной костью, в детском и юношеском возрасте (от 16 до 18 лет) состоит из трех костей, соединенных между собой хрящевой тканью в области вертлужной впадины:

- 1) подвздошной кости;
- 2) седалищной кости;
- 3) лобковой кости.

В дальнейшем с возрастом хрящи срастаются между собой, а в результате образуется сплошная костная масса — единая тазовая кость.

Подвздошная кость, в свою очередь, состоит из отдельных двух частей — тела и крыла. Тело подвздошной кости представлено короткой утолщенной частью кости. Именно эта часть участвует в образовании вертлужной впадины. Другая часть — крыло подвздошной кости — представляет собой довольно широкую пластину с вогнутой внутренней и выпуклой наружной поверхностью. Соединение этих двух отделов между собой образует своеобразный перегиб, который также называют дугообразной (безымянной) линией.

Поверхность подвздошной кости не ровная, с рядом выступов, имеющих значение для акушеров-гинекологов при ведении

родов. Значение это определяется тем, что, зная расположение этих выступов, можно наиболее точно спрогнозировать биомеханизм родов у каждой женщины индивидуально. Первым выступом является подвздошный гребень, который представляет собой верхний утолщенный край самой кости. Он имеет дугообразную искривленную форму, к нему прикрепляются широкие мышцы живота. Впереди этот гребень переходит в переднюю верхнюю подвздошную ость, тогда как сзади — в заднюю верхнюю подвздошную ость. Необходимо выделить еще немаловажный ориентир на поверхности подвздошной кости и расположенный под задненижней остью — седалищную вырезку.

Лобковая, или лонная кость, является передней стенкой таза. Именно на поверхности этой кости располагается лобковая область. Состоит данная кость таза из тела и двух ветвей:

- 1) верхней;
- 2) нижней.

Само тело лобковой кости составляет определенную часть вертлужной впадины. При соединении подвздошной кости с лобковой костью образует подвздошно-лобковое возвышение, которое у худощавых женщин можно прощупать под кожей. Между верхней и нижней ветвями имеется соединение в виде хряща, которое малоподвижно и является полусуставом (лобковый симфиз). Образующаяся при соединении щелевидная полость заполнена жидкостью, а во время беременности происходит увеличение этой полости, за счет чего полость входа в таз увеличивается. В свою очередь, нижние ветви при соединении лобковых костей образуют угол, который называют также лобковой дугой. Можно выделить еще одно образование, которое тянется вдоль заднего края верхней поверхности верхней ветви лобковой кости и называется лобковым гребнем. Сзади этот гребень переходит в дугообразную линию подвздошной кости.

Седалищная кость. В строении данной кости можно также выделить тело, которое и участвует в образовании вертлужной впадины, а также две ветви седалищной кости. Седалищная кость представляет собой нижнюю и заднюю треть тазовой кости. Тело седалищной кости с ее ветвью образует угол, который открыт кпереди. При этом верхняя ветвь идет от тела кости книзу и заканчивается седалищным бугром. Эта же ветвь направляется кпереди и кверху и соединяется с нижней ветвью лобковой кости. В свою очередь, на задней поверхности данной ветви можно вы-

делить еще один выступ, именуемый седалищной остью. На седалищной кости представляется возможным выделить две вырезки:

- 1) большую седалищную вырезку, расположенную ниже задней верхней подвздошной ости;
- 2) малую седалищную вырезку.

Крестец образован сросшимися друг с другом 5 или 6 позвонками. Величина этих позвонков постепенно уменьшается книзу, благодаря чему крестец приобретает форму усеченного конуса. Основание этого конуса обращено кверху, верхушка его (узкая часть) — книзу. При рассмотрении передней поверхности крестца четко выявляется ее вогнутая поверхность, здесь также видны места соединения (срастания) крестцовых позвонков в виде поперечных шероховатых линий. Задняя же поверхность крестца, наоборот, выпуклая. По средней линии проходят сросшиеся между собой остистые отростки крестцовых позвонков. Основание I крестцового позвонка соединяется с V поясничным, на середине передней поверхности основания крестца образуется выступ — крестцовый мыс (*promantorium*). При пальпации между остистым отростком V поясничного позвонка можно прощупать впадину — надкрестцовую ямку, имеющую определенное значение при измерении размеров таза.

Копчик, как и крестец, состоит из сросшихся между собой 4 или 5 позвонков. Соединяется копчик с крестцом посредством крестцово-копчикового сочленения. Хотелось отметить следующий момент: соединения костей таза не полностью костные, а имеют и хрящевые прослойки.

Основные понятия, характеризующие женский таз

В акушерстве принято выделять два отдела таза:

- 1) большой таз;
- 2) малый таз.

Условной границей между ними является непосредственно плоскость входа в малый таз.

Большой таз

Он имеет, как понятно, большие размеры по сравнению с малым. Ограничен большой таз с боков крыльями подвздошных костей, сзади последними поясничными позвонками, тогда как впереди он не имеет костных стенок. Следует отметить, что объем большого таза женщины может меняться в соответствии с сокраще-

нием или расслаблением мышц живота. В связи с тем что для акушеров-гинекологов главной является оценка размеров малого таза, которые непосредственно измерить не представляется возможным, производятся доступные измерения большого таза для этой оценки.

Малый таз

Он, в свою очередь, является частью родовых путей женщины, через которые происходит продвижение плода во время родового акта. Знание размеров малого таза позволяет составить индивидуальный прогноз течения родов у каждой женщины.

Малый таз представлен непосредственно костной частью родового канала, который и окружают мягкие ткани. Большое значение для течения родового акта и определения самой тактики ведения родов имеют форма и размеры малого таза. К примеру, при наличии резких сужений таза и его деформациях роды через естественные родовые пути, как правило, невозможны, в таких случаях женщину родоразрешают путем операции кесарева сечения.

Рассмотрим подробнее строение малого таза.

Стенки костного таза:

- 1) задняя стенка (состоит из крестца и копчика);
- 2) передняя стенка (состоит из лобковых костей с лобковым симфизом);
- 3) боковые стенки (состоят из седалищных костей).

Верхняя часть таза представляет собой сплошное костное кольцо. В нижнем же отделе стенки малого таза не сплошные, что связано с наличием большого и малого седалищных отверстий, которые, в свою очередь, ограничены, соответственно, большой и малой седалищными вырезками. Плюс ко всему седалищные отверстия ограничены двумя парами связок — крестцово-остистыми и крестцово-бугорными связками. В свою очередь ветви лобковой и седалищной костей, переходя друг в друга, окружают запирательное отверстие. Это отверстие имеет форму треугольника с несколько закругленными углами. В малом тазе имеется несколько отделов:

- 1) вход в малый таз;
- 2) полость малого таза;
- 3) выход малого таза.

Также в полости малого таза выделяют широкую и узкую части. В соответствии с этим в малом тазе можно выделить четыре плоскости:

- 1) плоскость входа в таз;
- 2) плоскость широкой части полости таза;

- 3) плоскость узкой части полости таза;
- 4) плоскость выхода из таза.

1. *Плоскость входа в малый таз* имеет следующие границы: верхний край симфиза и верхневнутренний край лобковых костей, с боков дугообразные линии подвздошных костей, сзади крестцовый мыс. Форма этой плоскости в результате представляется в виде поперечно расположенного овала (почкообразная форма). Для понимания биомеханизма родов в каждой плоскости малого таза определяются размеры плоскости. В этой плоскости различают три размера: прямой, поперечный и два косых (правый косой и левый косой размеры).

Прямой размер определяется как расстояние от верхневнутреннего края а до крестцового мыса. Данный размер еще называют *истинной, или акушерской, конъюгатой*, величина которой при нормальных размерах малого таза составляет 11 см. Помимо этого, в плоскости входа в малый таз можно выделить еще и *анатомическую конъюгату*, которая, в свою очередь, определяется расстоянием между верхним краем симфиза и крестцовым мысом. Величина анатомической конъюгаты при нормальных размерах таза равна 11,5 см.

Поперечный размер плоскости входа малого таза представляет собой расстояние между наиболее отдаленными участками дугообразных линий. Его величина в норме составляет 13,0—13,5 см.

Косые размеры плоскости входа в малый таз определяются, в свою очередь, как расстояние между крестцово-подвздошным сочленением с одной стороны и подвздошно-лобковым возвышением с противоположной стороны. Правый косой размер определяется от правого крестцово-подвздошного сочленения, левый, соответственно, — от левого. Эти размеры колеблются в норме от 12,0 до 12,5 см.

2. *Плоскость широкой части полости малого таза* также имеет своего рода границы: спереди ограничена серединой внутренней поверхности симфиза, с боков — серединой пластинок, закрывающих вертлужные впадины, сзади — местом соединения II и III крестцовых позвонков. В широкой же части полости малого таза различают только два размера: прямой и поперечный размеры.

Прямой размер можно определить как расстояние между местом соединения II и III крестцовых позвонков и серединой внут-