



**И. М. ЛЯНДРЕС**  
Кандидат медицинских наук

## **АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ**

Портативный атлас

Под редакцией  
заслуженного деятеля науки  
проф. **К. Н. Жмакина**

**ИЗДАТЕЛЬСКОЕ БЮРО**  
треста Медучпособие  
Министерства здравоохранения РСФСР  
1962 г.

## ОТ АВТОРА

Акушерство и гинекология — одна из ведущих дисциплин в учебном плане медицинских институтов и медицинских училищ.

Для подготовки квалифицированных врачей, акушеров и фельдшеров, способных самостоятельно проводить роды, а также распознавать и предупреждать акушерскую и гинекологическую патологию и оказывать при них первую неотложную помощь, необходимо учебный процесс по акушерству и гинекологии достаточно оснастить наглядными пособиями. Назначение этих наглядных пособий — помочь студентам медицинских институтов и учащимся медицинских училищ лучше изучить предмет и закрепить полученные знания.

Имеющиеся для этой цели учебные таблицы, диапозитивы, муляжи и т. п. пригодны лишь для использования в специальных учебных комнатах, классах при проведении групповых практических занятий или в аудитории при чтении лекций по курсу акушерства и гинекологии.

Между тем, для лучшего усвоения практического акушерства и гинекологии особую ценность имеет клинический разбор беременных, рожениц и гинекологических больных в роддомах, женских консультациях и гинекологических стационарах. Однако использовать имеющиеся наглядные пособия у постели больных, к сожалению, не представляется возможным.

В этих случаях весьма целесообразно обращение к портативному атласу, который наглядно иллюстрирует основные разделы современного акушерства и гинекологии.

Данные акушерско-гинекологического обследования в большинстве случаев получаются путем пальпации и специальных методов исследования. Пальпаторный метод для учащихся, студентов и даже начинающих врачей труден и данные пальпации для них не всегда ясны. Большим подспорьем в этом отношении может явиться портативный атлас по акушерству и гинекологии, позволяющий при разборе больных тут же наглядно продемонстрировать соответствующие данные исследования.

Чтобы атлас мог быть использован не только преподавателем при клиническом разборе больных, но и студентами медицинских институтов и учащимися медицинских училищ при самостоятельной подготовке их к зачетам и экзаменам, как дополнение к учебнику, каждую иллюстрацию в атласе мы сопровождаем кратким пояснительным текстом.

Портативный атлас состоит из двух частей: акушерской и гинекологической, охватывающих все важнейшие разделы этих дисциплин.

Большинство рисунков взято из руководств и монографий советских и зарубежных авторов (И. Д. Арист, И. Л. Брауде, В. И. Бодяжина, И. Ф. Жордания, К. Н. Жмакин, К. Н. Жмакин и Ф. А. Сыроватко, А. Л. Каплан, А. В. Ланковиц, М. С. Малиновский, А. Э. Мандельштам, А. П. Николаев, О. К. Никончик, Л. Л. Окунчик, А. И. Петченко, Е. Н. Петрова, С. С. Роговенко, Р. Д. Синельников, А. И. Серебров, Н. А. Цовьянов, Н. З. Иванов, Э. Бумм, В. Штеккель, О. Полано и др.), часть рисунков нами переработана. Описание гистологических препаратов матки, яичников дано по книге Е. Н. Петровой «Гистологическая диагностика заболеваний матки» (Москва, 1959 г.).

Мы надеемся, что портативный атлас будет полезным пособием не только для преподавателей акушерства и гинекологии, но и для студентов медицинских институтов и учащихся медицинских училищ.

Часть I  
АКУШЕРСТВО

akusher-lib.ru

Раздел I  
АНАТОМО-ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ  
ОСОБЕННОСТИ ЖЕНЩИНЫ

1. АНАТОМО-ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ  
ЖЕНЩИНЫ

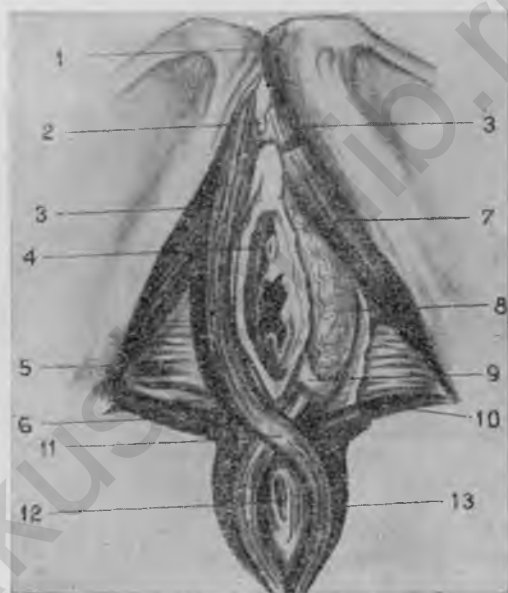


Рис. 1. Наружные половые органы женщины со вскрытыми половыми губами

1 — *os pubis*; 2 — *clitoris*; 3 — *M. bulbocavernosus* (*M. constrictor cunni*); 4 — *Ostium urethrae externum*; 5 — *Trigonum urogenitale*, 6 — *M. transversus perinei superficialis*; 7 — *M. ischiocavernosus*; 8 — *bulbus vestibulae vaginae*; 9 — *gl. vestibularis major*; 10 — *M. transversus perinei profundus*; 11 — *centrum tendineum perinei*; 12 — *anus*; 13 — *M. sphincter ani externus*.

Рис. 2. Гименальные сосочки



Рис. 3. Миртовидные сосочки

У нерожавшей женщины после первого полового сношения остаются гименальные сосочки (*carunculae hymenales*. Рис. 2).

После родов девственная плева настолько разрушается, что остаются лишь отдельные ее лоскутки — миртовидные сосочки (*carunculae myrtiformes*. Рис. 3).

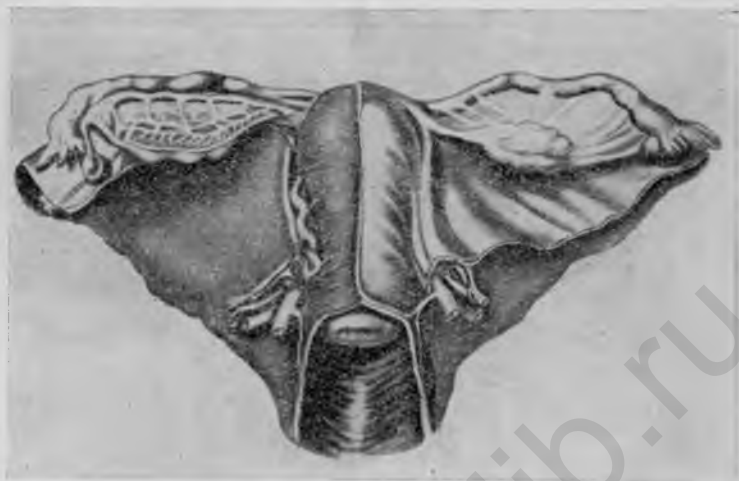


Рис. 4. Внутренние половые органы женщины (вид сзади).  
Слева вскрыт задний листок брюшины

Внутренние половые органы женщины расположены в малом тазу. К внутренним половым органам относятся: влагалище; матка; маточные трубы и яичники.



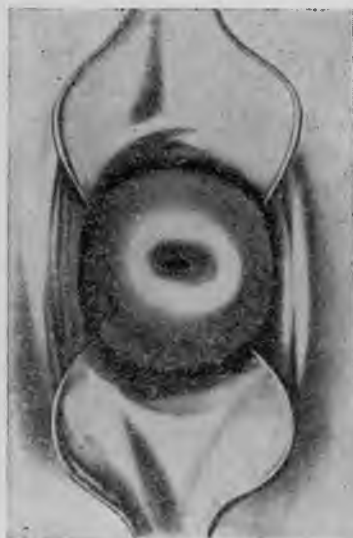


Рис. 5. Наружный зев  
шейки матки у нерожавшей  
женщины



Рис. 6. Наружный зев  
шейки матки у рожавшей  
женщины

У нерожавшей женщины шейка матки с круглым наружным зевом. (Рис. 5).

У рожавшей женщины шейка матки с поперечным щелевидным наружным зевом (Рис. 6).

## Матка (поперечный и продольный разрез)



Рис. 7.

Рис. 8.

1 — наружный зев; 2 — гистологический внутренний зев; 3—анатомический внутренний зев; 2—3 перешеек

Верхний край перешейка, который граничит с полостью матки, соответствует анатомическому внутреннему зеву (Рис. 8,3); нижний край перешейка, который переходит далее в канал шейки матки, образует гистологический внутренний зев (Рис. 8,2). Канал шейки матки заканчивается наружным зевом (*ostium uteri*), в котором различают переднюю и заднюю губу.

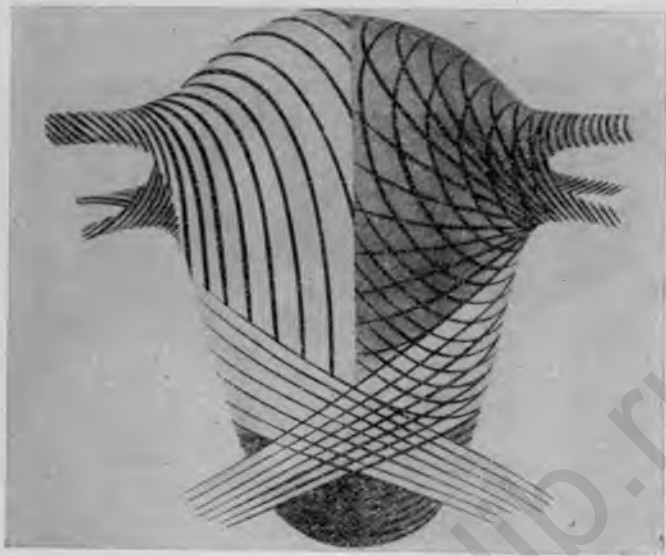


Рис 9. Направление пучков мышечных волокон стенки матки  
(вид сзади, схема)

Архитектоника мышц матки чрезвычайно сложна. Мышечные слои матки тесно переплетены друг с другом.

В матке различают три слоя мышц: наружный, средний и внутренний. Наружный слой мышечных волокон идет в продольном направлении, средний — в циркулярном или кольцевом; а внутренний — опять в продольном направлении. В теле матки наиболее развит циркулярный или средний слой. В шейке матки преобладают мышцы, идущие в продольном направлении.



**Рис. 10. Слизистая оболочка истмической части матки**

По своему гистологическому строению слизистая оболочка истмической части матки сходна с эндометрием. Толщина ее 1 мм. Функционального слоя в области истмуса нет, и слизистая оболочка во время менструации не отторгается, за исключением ее поверхностного эпителия. С 7-го месяца беременности истмус входит в состав нижнего сегмента матки.

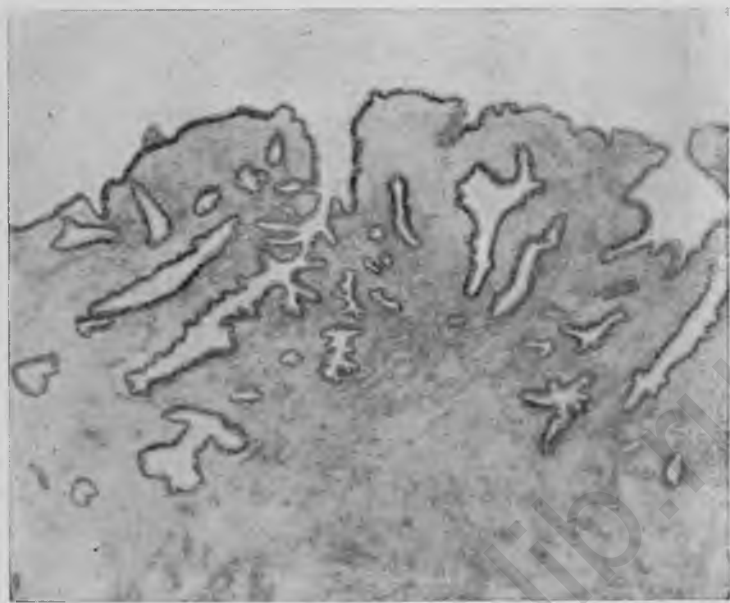
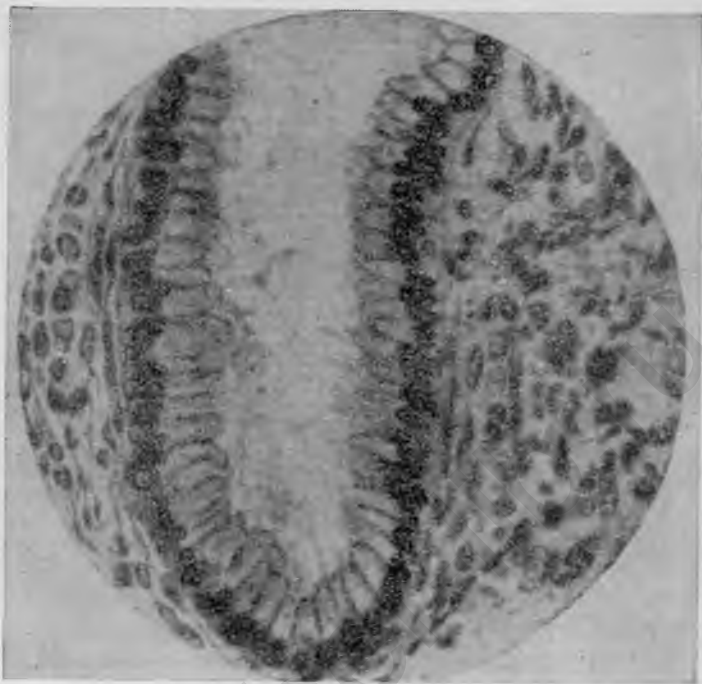


Рис. 11. Слизистая оболочка шеечного канала

В слизистой оболочке шеечного канала проходят ветвящиеся железы, открывающиеся в канал шейки. Слизистая оболочка шейки матки очень богата кровеносными сосудами.



Р и с. 12. Эпителий шеечных желез

Эпителий шеечных желез высокий, цилиндрический. Эпителий продуцирует слизистый секрет-муцин, который выполняет канал шейки матки, образуя, так называемую слизистую пробку; эта пробка препятствует проникновению инфекции в матку.



**Р и с. 13. Эндометрий в стадии ранней пролиферации**  
(первая неделя менструального цикла)

В первую неделю пролиферативной фазы (ранняя стадия пролиферации) железы эндометрия прямые и слегка извитые с узкими просветами.



Р и с. 14. Эндометрий в стадии поздней пролиферации  
(вторая неделя менструального цикла)

Со второй недели стадии поздней пролиферации железы удлиняются и постепенно приобретают змеевидную извитую форму. Просветы их расширяются. К концу 10—12-го дня функциональный слой достигает толщины 4—5 мм.





Рис. 15. Эндометрий в стадии секреции  
(третья неделя менструального цикла)

х С 13—15-го дня после начала менструации функциональный слой значительно разрыхляется. Железы становятся штопорообразно извитыми, просветы желез заметно расширяются.



Р и с. 16. Эндометрий в стадии секреции  
(четвертая неделя менструального цикла)

С 18—20-го дня после начала менструации железы становятся пилообразными, вследствие резко выраженной складчатости их стенок. Просветы желез заметно увеличиваются из-за скопления в них секрета. Некоторые железы кистозно расширяются в связи с задержкой в них секрета.

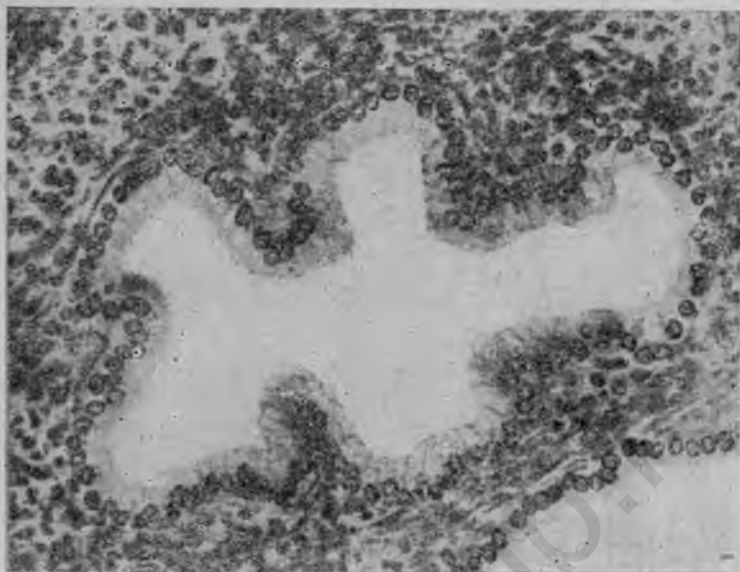


Рис. 17. Железистый эпителий в стадии секреции

Железистый эпителий в стадии секреции секретирует секрет, богатый гликогеном. Ядра клеток становятся пузырькообразными, светлыми и располагаются базально. Просветы желез заметно увеличиваются вследствие скопления в них секрета. В результате задержки секрета некоторые железы кистозно расширяются.

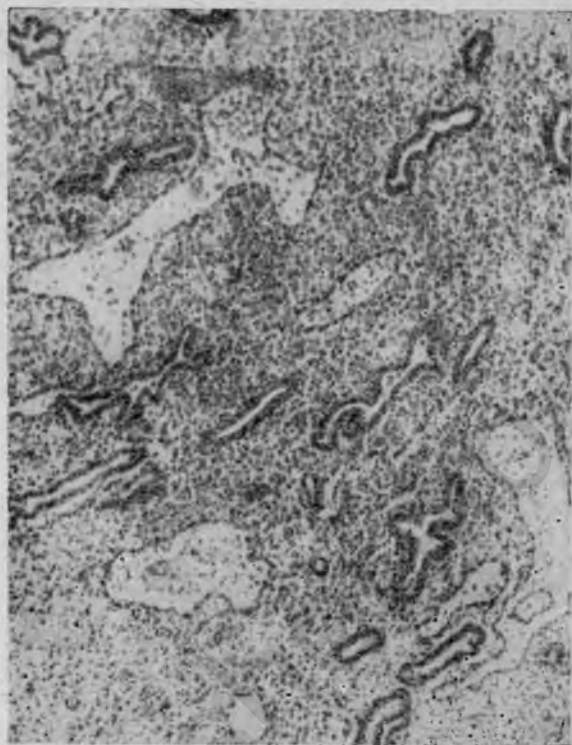


Рис. 18. Менструальный распад функционального слоя  
(фаза десквамации)

Если беременность не наступает, функциональный слой слизистой оболочки матки распадается. Возникают застойные явления, отек, тромбоз сосудов и обширные кровоизлияния *per diapedesin*, сопровождающиеся диффузным геморрагическим пропитыванием ткани. Железы спадаются, вследствие чего просвет их становится звездчатым. Из разрушающихся кровеносных сосудов начинается кровотечение.

## ОВУЛЯЦИЯ И ОБРАЗОВАНИЕ ЖЕЛТОГО ТЕЛА



Рис. 19. Фолликул перед вскрытием

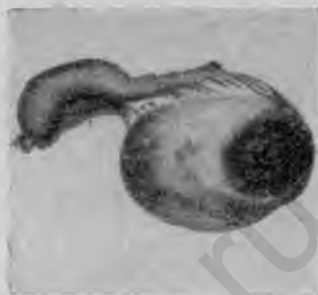


Рис. 20. Свежее желтое тело



Рис. 21. Желтое тело в стадии васкуляризации

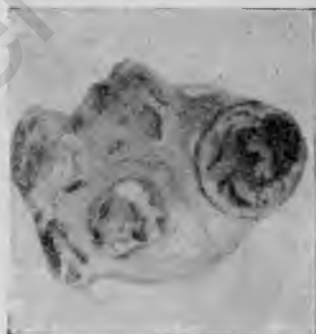
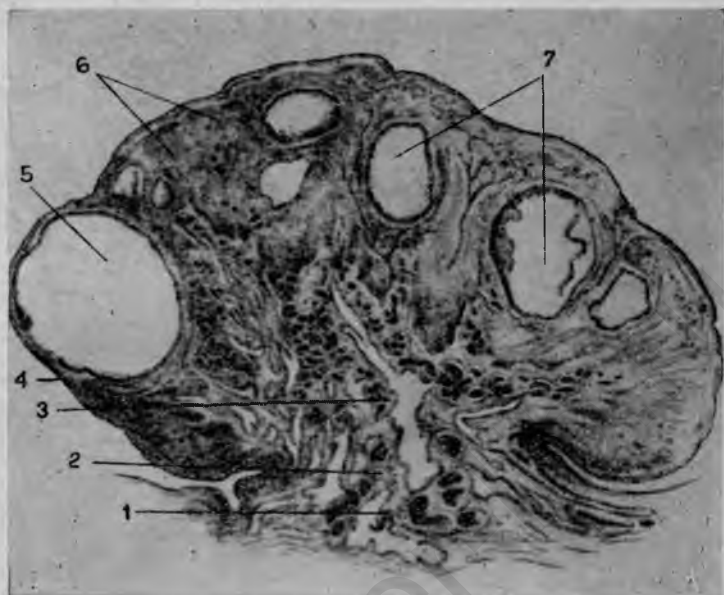


Рис. 22. Обратное развитие желтого тела



Р и с. 23. Яичник женщины детородного возраста (схема по Бумму)

1—мезоварий; 2—хилус; 3—мозговой слой; 4—покровный эпителий; 5 — граафов пузырек (*Folliculus ovarii vesiculosus*); 6 — примордиальные фолликулы; 7 — кистозноатрезирующиеся большие фолликулы

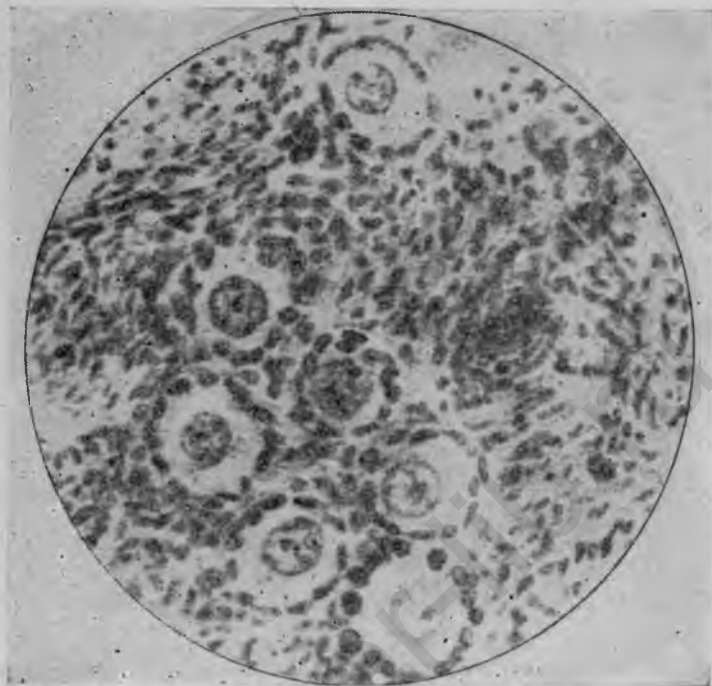


Рис 24. Примордиальные фолликулы яичника  
Внизу фолликул в начальной стадии созревания

Примордиальный фолликул окружен одним рядом уплощенных клеток фолликулярного (яйцевого) эпителия. Яйцеклетка имеет прозрачную протоплазму и ядро, окруженное толстой оболочкой, в которой видно эксцентрически расположенное зародышевое пятно (*macula germinativa*).

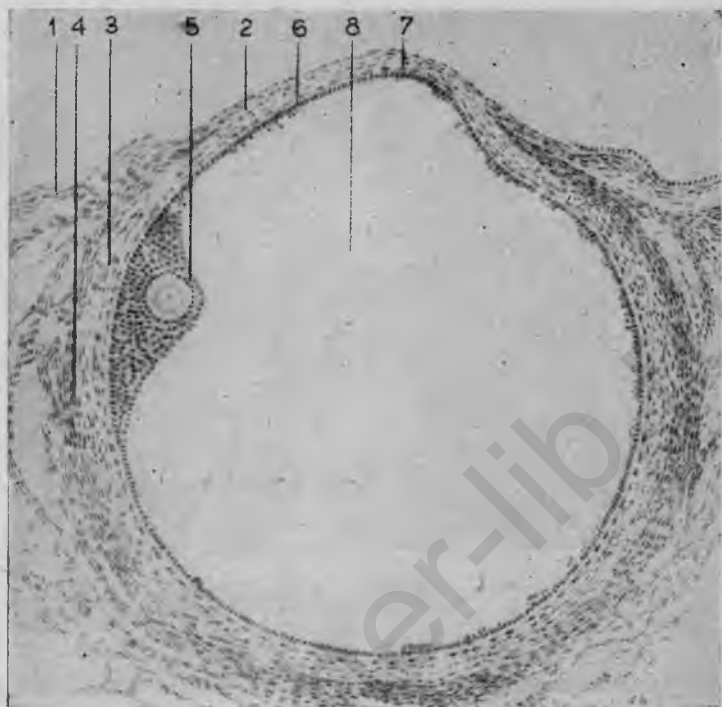
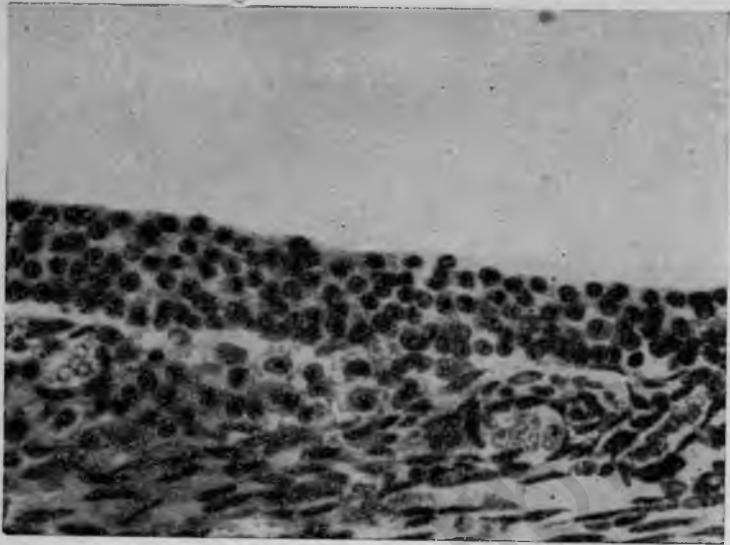


Рис. 25. Зрелый фолликул перед овуляцией (по Бумму)

1—покровный эпителий яичника; 2—белочная оболочка яичника;  
 3—*theca interna*; 4—*theca externa*; 5—яйценосный бугорок; 6—  
 фолликулярный эпителий (зернистая оболочка); 7—*stigma  
 folliculi*; 8—фолликулярная полость



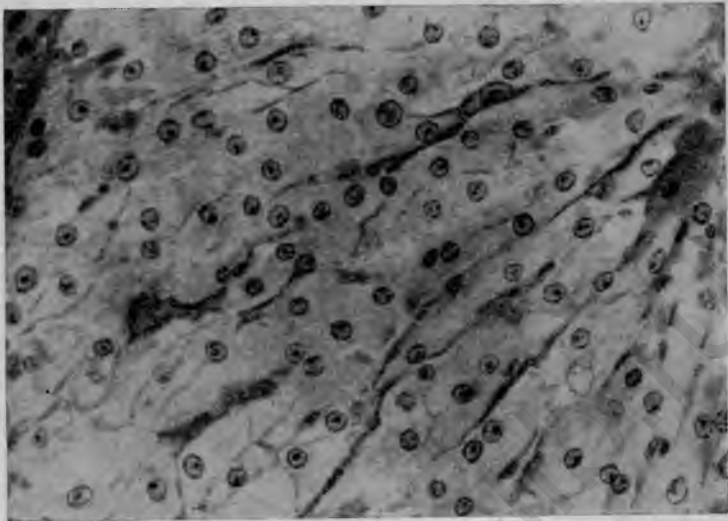


Р и с. 26. Участок стенки большого зреющего фолликула

Соединительнотканная оболочка фолликула — *theca folliculi* состоит из двух слоев: внутреннего (*theca interna*) и наружного (*theca externa*).

*Theca externa* представляет собой строму яичника, концентрически располагающуюся вокруг зреющего фолликула.

*Theca interna* состоит из округлых соединительнотканых клеток эпителиоидного вида с большим количеством располагающихся среди них мелких кровеносных сосудов. Эти клетки содержат значительное количество липоидов.



Р и с. 27. Клетки желтого тела, находящегося в стадии расцвета

Клетки желтого тела богаты протоплазмой, ядра их пузырькообразные, светлые. В протоплазме клеток появляется липохромный пигмент, окрашивающий клетки в желтый цвет (лютеиновые клетки), отчего все желтое тело выглядит как желтая сборчатая кайма. В лютеиновых клетках появляются липиды, расположенные в виде мельчайшей зернистости.



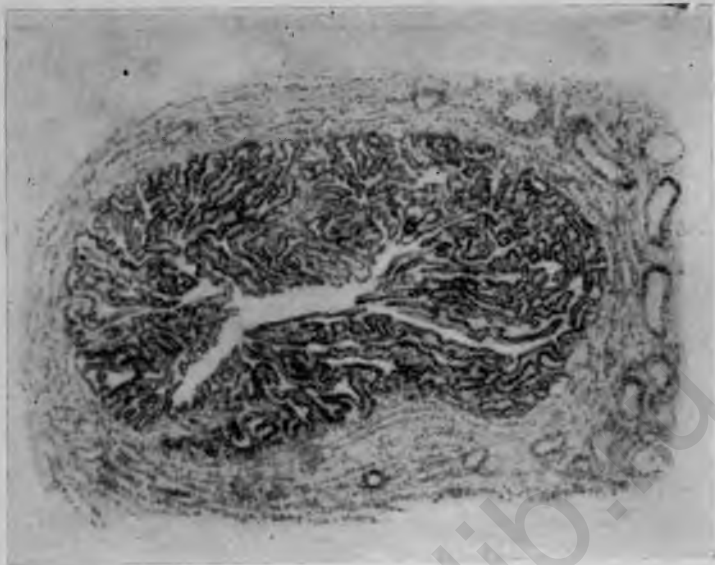
Р и с. 28. Черное тело яичника (*corpus nigricans*)

В корковом слое яичников, кроме свежего желтого тела, располагаются старые желтые тела, которые относятся к предшествующим циклам.



Р и с. 29. Белое тело яичника (*corpus albicans*)

В глубине коркового слоя располагаются белые тела (*corpora albicantia*), представляющие собой крупные гиалиновые образования, возникшие в результате полного обратного развития желтых тел.



Р и с. 30. Поперечный срез через маточную трубу в ампулярной части

Внутренняя поверхность трубы покрыта слизистой оболочкой, которая на всем своем протяжении образует множество продольных складок. В ампулярной части трубы их особенно много. На поперечном разрезе они представляют собой настоящий лабиринт ветвящихся складок.

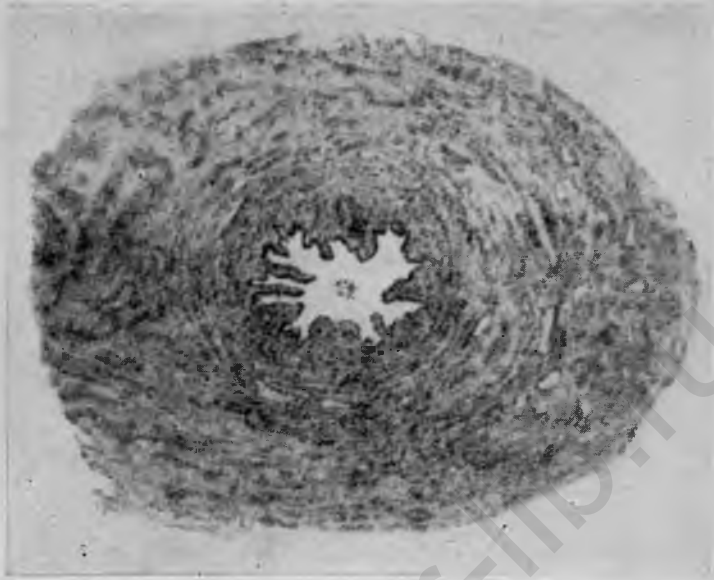


Рис. 31. Поперечный срез маточной трубы в истмической ее части

В слизистой оболочке истмической части трубы, ближе к матке, продольных складок меньше, чем в ампулярной части трубы и складки эти становятся ниже.



Рис. 32. Ход брюшины (черная линия) в малом тазу женщины

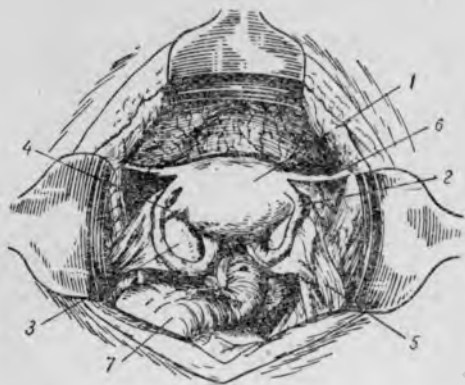
Брюшина с передней брюшной стенки спускается в малый таз; она покрывает верхушку и заднюю поверхность мочевого пузыря, переходя потом на переднюю поверхность матки. Между мочевым пузырем и маткой образуется небольшое углубление — пузырно-маточное углубление. Затем брюшина покрывает дно, заднюю поверхность тела матки и часть шейки, а также задний свод и верхнюю треть задней стенки влагалища и переходит на прямую кишку; между маткой и прямой кишкой образуется глубокое прямокишечно-маточное углубление.



Р и с. 33. Брюшная полость вскрыта

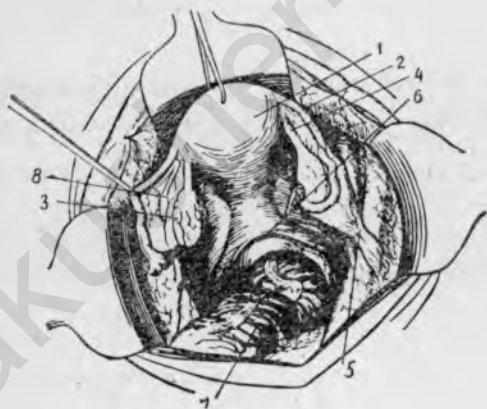
Видны сверху тазовые органы (кишечник, матка с придатками). Матка приподнята пулевыми щипцами





Р и с. 34

1 — uterus; 2 — tuba uterina; 3 — ovarium; 4 — ligamentum ovarii proprium; 5 — ligamentum suspensorium ovarii; 6 — ligamentum teres uteri; 7 — intestinum rectum



Р и с. 35.

1 — uterus; 2 — tuba uterina; 3 — ovarium; 4 — ligamentum ovarii proprium; 5 — ligamentum suspensorium ovarii; 6 — M. recto uterinus; 7 — intestinum rectum; 8 — ligamentum latum.



Рис. 36. Сагиттальный разрез таза

Висцеральная брюшина таза удалена. На боковой стенке таза видны *vasa obturatoria* и *n. obturatorius*:

1—*lig. teres*; 2—*lig. umbilicale later.*; 3—*lig. vesicouterinum*,  
 4—*lig. umbilicale med.*; 5—*fascia umbilicovesicalis*; 6—*fascia transversalis*;  
 7—*fascia vesicalis*; 8—*fascia vaginalis*; 9—*fascia recti*

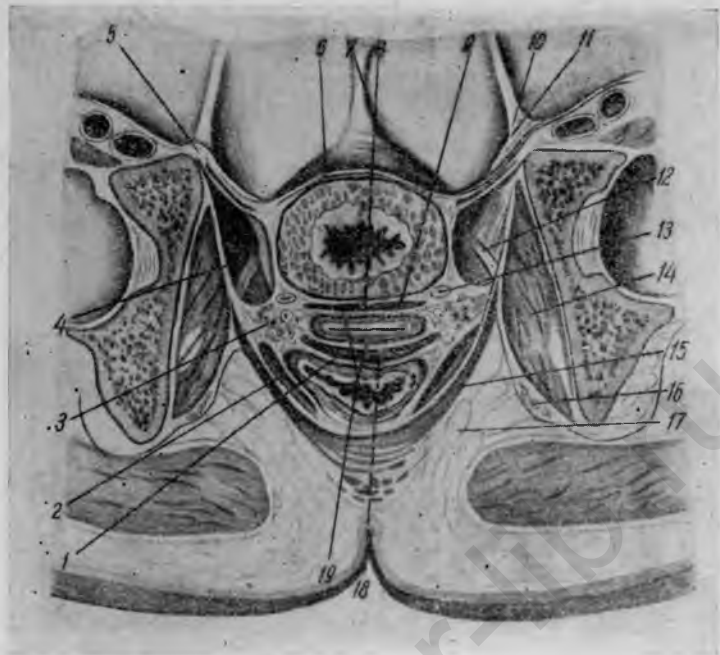


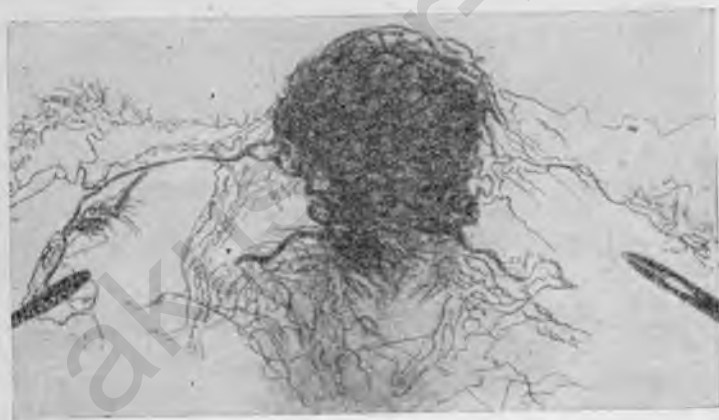
Рис. 37. Фронтальный разрез таза

1—*spat. rectovaginale*; 2—*spat. pararectale*; 3—основание широкой связки; 4—*spat. paravesicale*; 5—*lig. umbilicale later*; 6—*fascia vesicalis* и брюшина, покрывающая мочевой пузырь; 7—*lig. umbilicale med.*; 8—*fascia vesicalis*; 9—*spat. vesico-vaginale*; 10—место перекрещивания *lig. rotundum* с *lig. umbilicale lat.* (11); 12—*arcus tendineus m. levatoris ani*; 13—*ureter*, проходящий в толще клетчатки *lig. lati*; 14—*musc. obturator internus*; 15—*m. levator ant*; 16—*arteria, vena et nervus obturatorii*; 17—жировая клетчатка в *fossa ischiorectalis*; 18—*fascia recti*; 19—*fascia vaginalis*.



Рис. 38. Дно таза после удаления органов

1—мочеточник с соединительнотканым листком; 2—*lig. cardinale uteri*; 3—*art. uterina*; 4—*arcus tendineus musc. levatoris ani*, слева под разрезом *lig. cardinalis uteri* виден *plexus fundamentalis pelvis* (по Г. Ф. Писемскому)



Р и с. 39. Артериальная система внутренних половых органов женщины (вверху — схема; внизу — сосуды после их наполнения)

1—маточная артерия; 2—вагинальные артерии

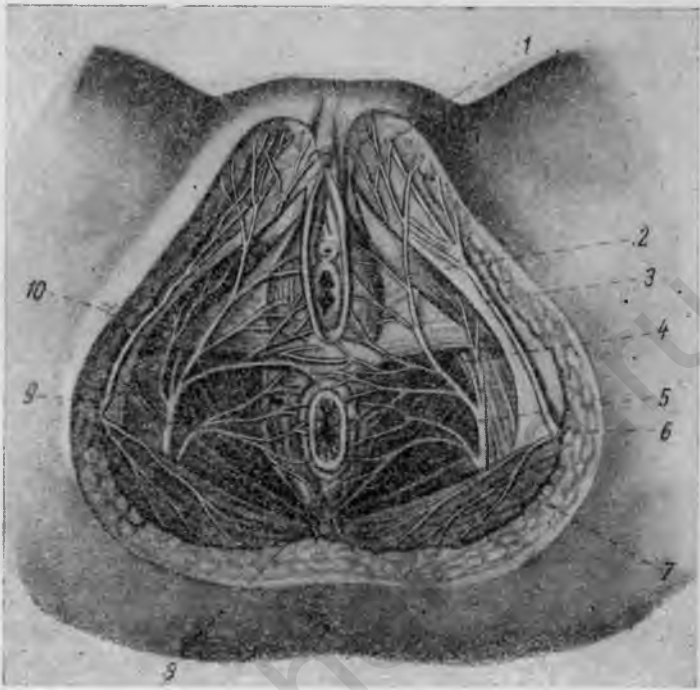


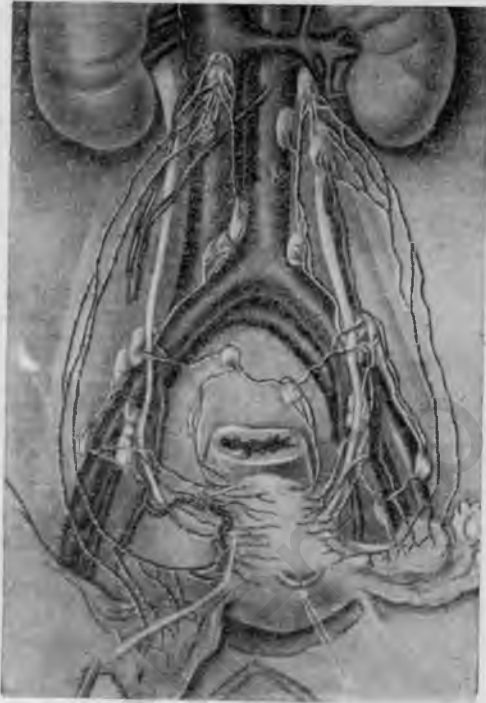
Рис. 40. Иннервация наружных половых органов женщины

1—*n. ilioinguinalis*; 2—*n. perinei (n. labialis poster)*; 3 и 6—*ramus perinealis n. cutanei femoris poster*; 4—*n. dorsalis clitoridis*; 5—*n. pudendus*; 7—*n. clunium inferior*; 8—*n. n. anococcygei*; 9—*n. n. haemorrhoidales infer.*; 10—*n. dorsalis clitoridis*



Рис. 41. Иннервация внутренних половых органов женщины

1—*vasa obturatoria*, *N. obturatorius*; 2—*Lig. umbilicale lat.*;  
 3—*vasa iliaca ext.*; 4—*ureter*; 5—*vasa hypogastrica*; 6—*Art. uterina*;  
 7—*Plex. hypogastricus*; 8—*Lig. cardinale uteri*; 9—погранич-  
 ный столб (симпатической нервной системы); 10—*Plex. fundam-  
 ent. pelvis* (по Г. Ф. Писемскому); 11—*rectum*; 12—*N. pel-  
 vicus et plex. pudendus*



Р и с. 42. Лимфатические сосуды и узлы внутренних половых органов женщины

Сверху вниз: верхние поясничные узлы, нижние поясничные узлы, верхние подвздошные узлы, сакральные узлы, нижние подвздошные узлы, паховые узлы





Р и с. 43. Расположение рыхлой клетчатки в тазу при поперечном разрезе таза (схема)

1 — *spatium retropubicum*; 2 — *subserosium praecervicale*; 3 — *subser. paravesicale*; 4 — *subser. rectovaginale*; 5 — *subser. pararectale*; 6 — *fascia recti*; 7 — *lig. sacrouterinum*; 8 — *subser. parauterinum*; (*lig. cardinale uteri*); 9 — *fascia cervicalis*; 10 — *lig. vesicouterinum*; 11 — *fascia vesicalis* 12 — *lig. pubo-vesicale*

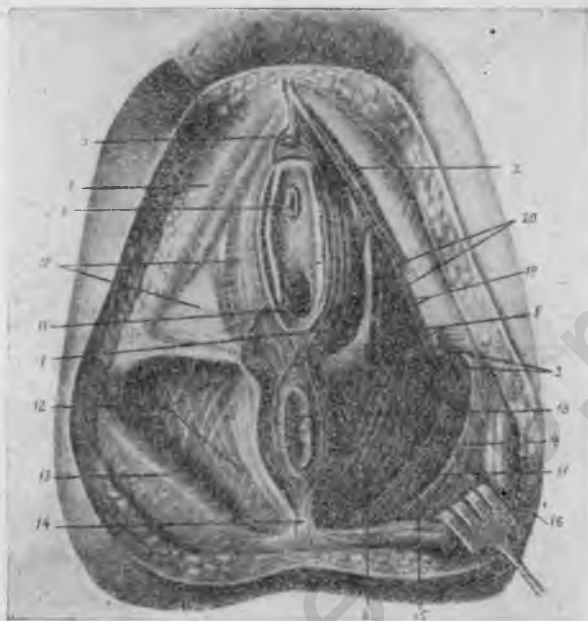


Рис. 44. Мышцы тазового дна. Вид снизу

1—*m. bulbo cavernosus*; 2—*m. ischiocavernosus*; 3—*m. transversus perinei superficialis*; 4—*m. sphincter ani externus*; 5—*m. transversus perinei profundus*; 6—*m. levator ani*; 7—*glans clitoridis*; 8—*fascia lata*; 9—*ostium urethrae ext.*; 10—*fascia superficialis perinei*; 11—*orificium vaginae*; 12—*fascia diaphragmatis pelvis inferior*; 13—*fascia glutea*; 14—*lig. anococcygeum*; 15—*lig. sacro-spinosum*; 16—*m. gluteus maximus*; 17—*lig. sacro-tuberosum*; 18—*anus*; 19—*fascia diaphragmatis urogenitalis superior*; 20—*fascia diaphragmatis urogenitalis inferior*



Р и с. 45. Мышцы тазового дна. Вид сверху

1—Urethra; 2—Vagina; 3—Foramen obturatorium; 4—Rectum;  
 5—arcus tendineus m. levatoris ani; 6—M. coccygeus; 7—Lig.  
 sacrococcygeum ant; 8—M. piriformis

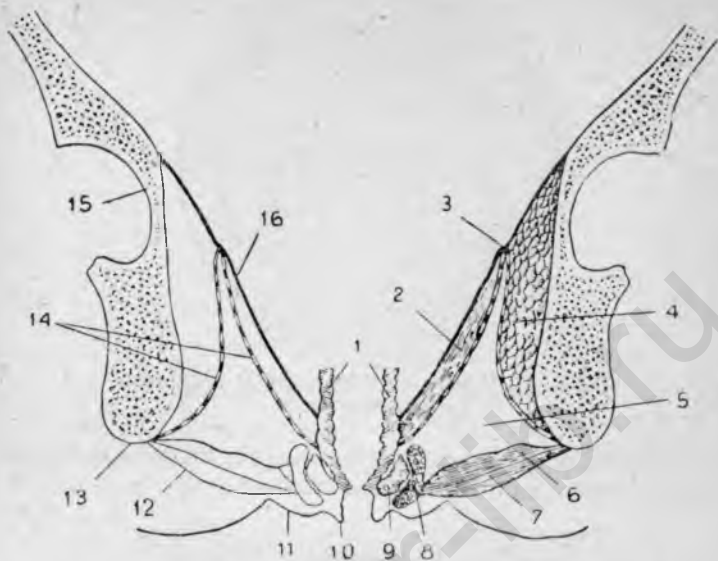


Рис. 46. Взаимоотношения мышц и фасций на фронтальном распиле женского таза

1—Vagina; 2—*M. levator ani*; 3—*Arc. tendineus fasciae pelvis*; 4—*m. obturator internus*; 5—*spatium ischio-rectale*; 6—*m. transversus perinei profundus*; 7—*bulbus vestibuli*; 10—*labium pudendi minus*; 11—*labium pudendi majus*; 12—*fascia m-li transversi perinei superfic*; 13—*tuber ischii dextrum*; 14—*fascia m-li obturatoris int. et m-li levatoris ani*; 15—*acetabulum dextrum*; 16—*fascia perinei profunda*



Р и с. 47. Первая степень чистоты влагалищного содержимого

Видны эпителиальные клетки слизистой оболочки влагалища и влагалищные палочки.



Р и с. 48. Вторая степень чистоты влагалищного содержимого

Видны, главным образом, эпителиальные клетки и влагалищные палочки, наряду с ними — *coma variabile* и несколько лейкоцитов.



Рис. 49. Третья степень чистоты влагалищного содержимого

Влагалищных палочек немного, многочисленные *cota variabile*, грамположительные и грамотрицательные кокки. Много лейкоцитов.

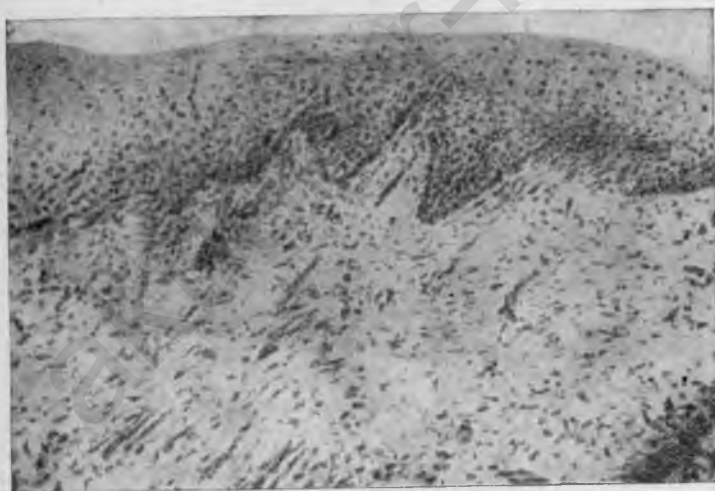


Рис. 50. Четвертая степень чистоты влагалищного содержимого

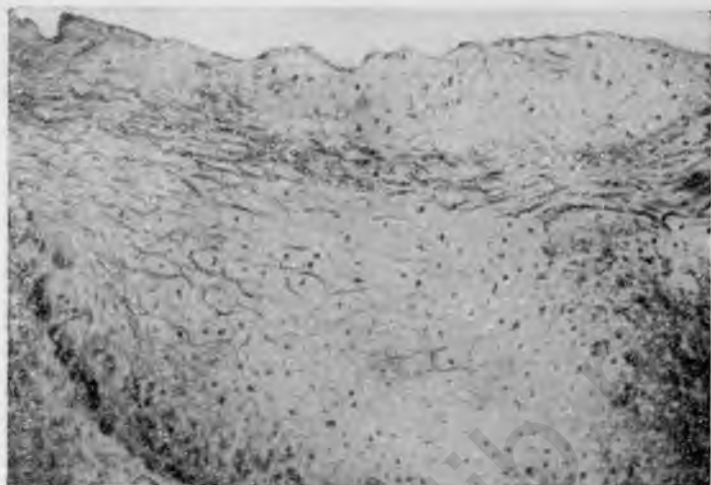
Влагалищные палочки исчезли. Грамположительные и грамотрицательные кокки. Стрептококки, сардины. Нередко встречаются трихомонады. Много лейкоцитов.



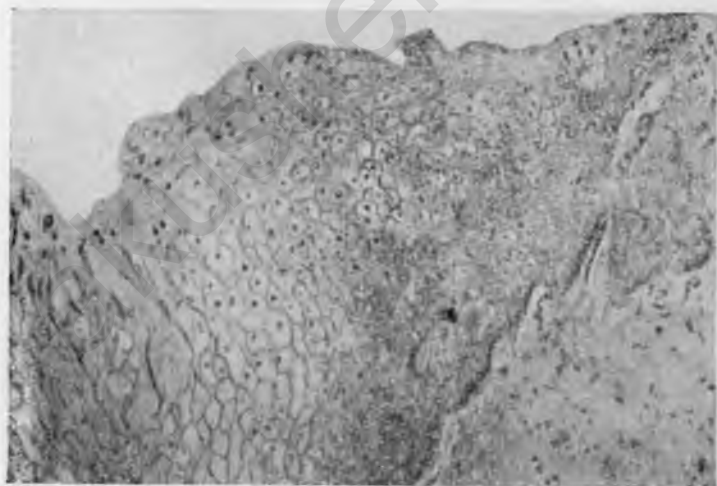
Р и с. 51. 1—2 день менструального цикла



Р и с. 52. 8—9 день менструального цикла

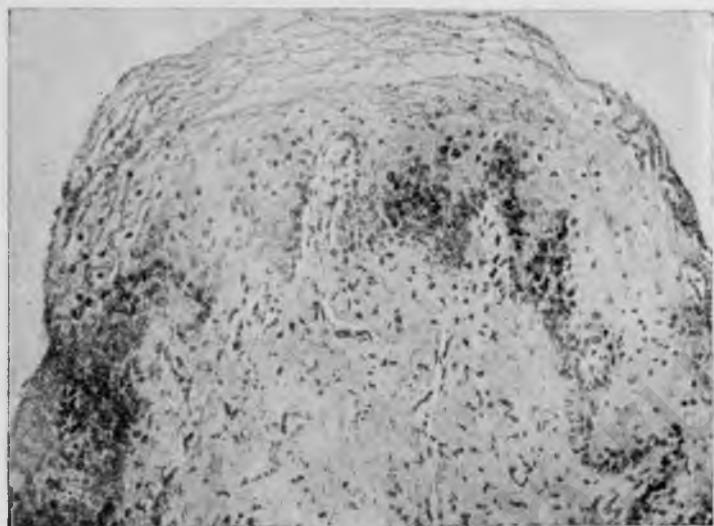


Р и с. 53. 12—13 день менструального цикла

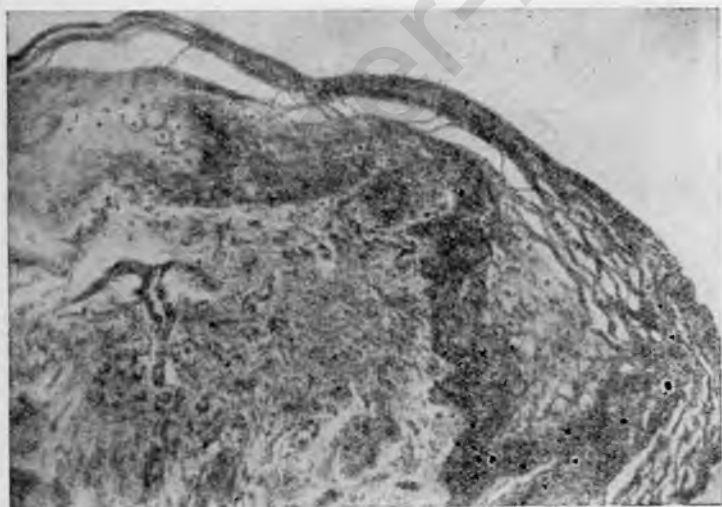


Р и с. 54. 17—18 день менструального цикла

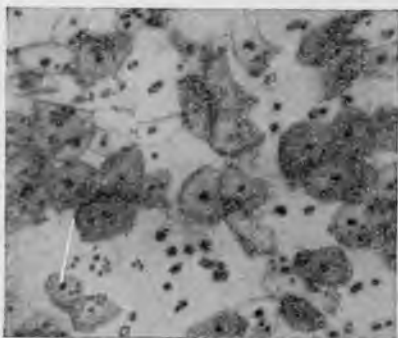




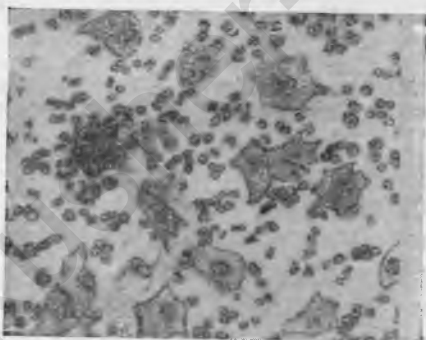
Р и с. 55. 23—24 день менструального цикла



Р и с. 56. 27—28 день менструального цикла



**Рис. 57. Влагалищные  
мазки в предменструаль-  
ной фазе**



**Рис. 58. Влагалищные  
мазки во время менст-  
рации**



Рис. 59. Молочная железа  
небеременной женщины

Рис. 60. Молочная железа  
женщины кормящей грудью

Молочная железа состоит из 15—20 отдельных долек. Выводные протоки каждой дольки открываются наружу в соске, который располагается в центре молочной железы. С наступлением беременности молочные железы начинают увеличиваться за счет паренхимы и жировой клетчатки, соски и околососковые кружки пигментируются.



Рис. 61. Величина и форма сосков

1—нормальный сосок; 2—сосок уплощенный; 3—сосок втянутый

Нормальный сосок (Рис. 61,1) достаточно выступает над поверхностью молочной железы.



Р и с. 62. Женский таз (вид спереди)

Отличие женского таза от мужского:

1. Кости тоньше, гладкие и менее массивные.
2. Таз шире и ниже мужского.
3. Крестец шире и не так сильно вогнут.
4. Крестцовый мыс меньше выступает вперед.
5. Симфиз короче и шире.
6. Лонная дуга шире ( $90-100^\circ$ ).
7. Расстояние между седалищными буграми больше.
8. Копчик выдается вперед меньше, чем в мужском тазу.

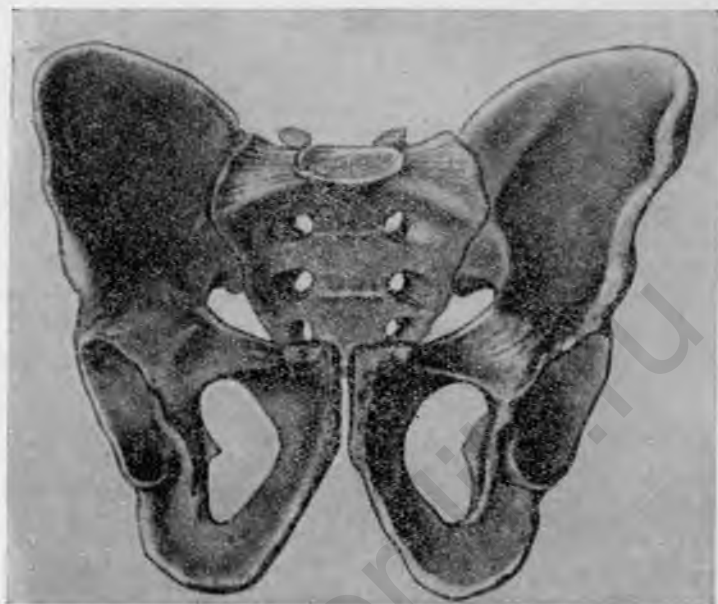


Рис. 63. Мужской таз (вид спереди)

Отличие мужского таза от женского:

1. Кости толще и более массивны.
2. Таз уже и выше.
3. Крестцовый мыс выступает больше вперед.
4. Полость таза меньше и воронкообразно суживается книзу.
5. Расстояние между седалищными буграми меньше, лонный угол уже ( $70-75^\circ$ ).
6. Копчик больше выдается вперед.

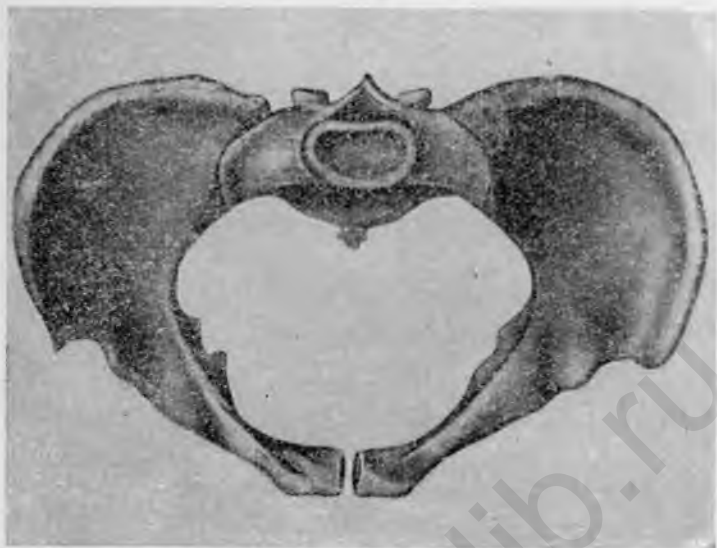
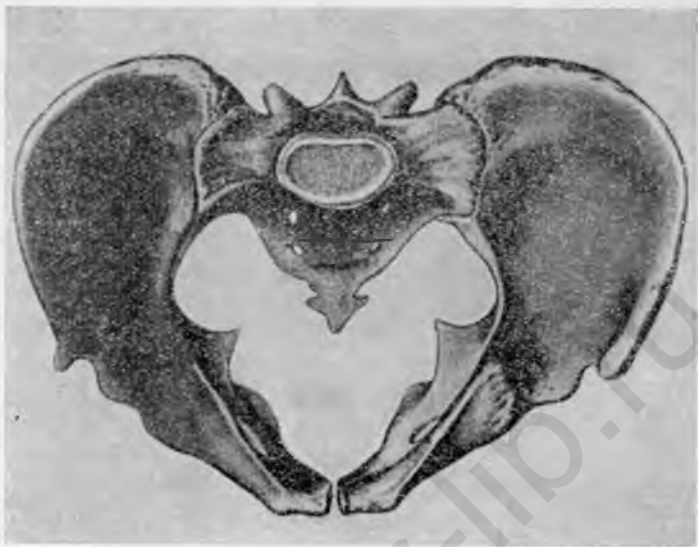


Рис. 64. Женский таз (вид сверху)

Вход в малый таз у женщин отличается от мужского тем, что:

1. Вход более обширный.
2. Форма входа поперечно-овальная с выемкой в области мыса.
3. Полость таза по своим очертаниям приближается к цилиндру, изогнутому кпереди.



Р и с. 65. Мужской таз (вид сверху)

Вход в малый таз у мужчин отличается от женского таза тем, что:

1. Вход напоминает «карточное» сердце из-за более резкого выступания мыса.
2. Полость таза меньше, она воронкообразно суживается книзу.



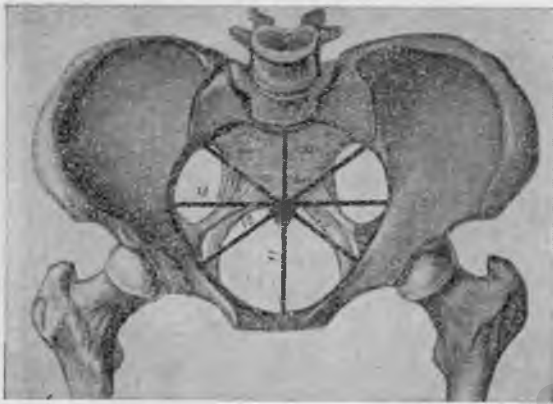


Рис. 66. Размеры входа в таз

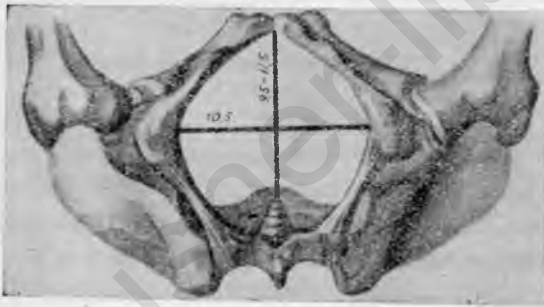


Рис. 67. Размеры выхода из таза

Размеры входа таза: прямой размер — 11 см, косые размеры — 12 см, поперечный размер — 13 см.

Размеры выхода из таза: прямой размер — 9,5—11,5 см, поперечный размер — 10,5 см.

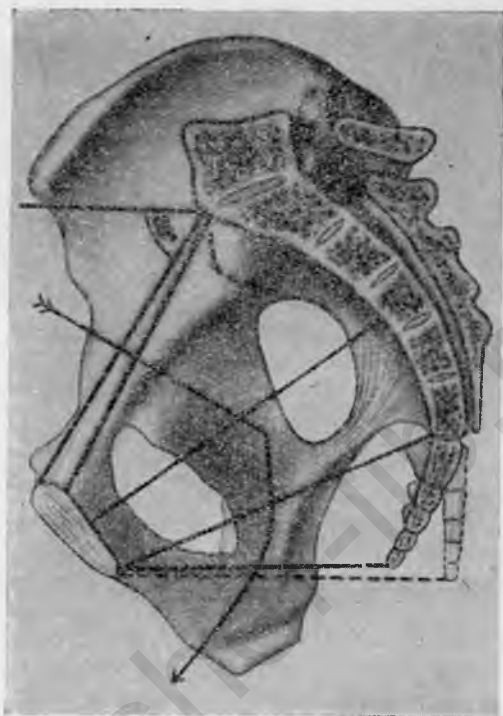


Рис. 68. Сагиттальный разрез нормального женского таза.  
Прямые размеры и проводная линия таза

Прямой размер входа в таз — 11 см.

Прямой размер широкой части полости таза — 12,5 см.

Прямой размер узкой части полости таза — 11 см.

Прямой размер выхода таза — 9,5 см (при отгибании копчика кзади — 11,5 см).

Вогнутая спереди линия, соединяющая центры всех прямых размеров плоскостей таза, носит название проводной оси таза.

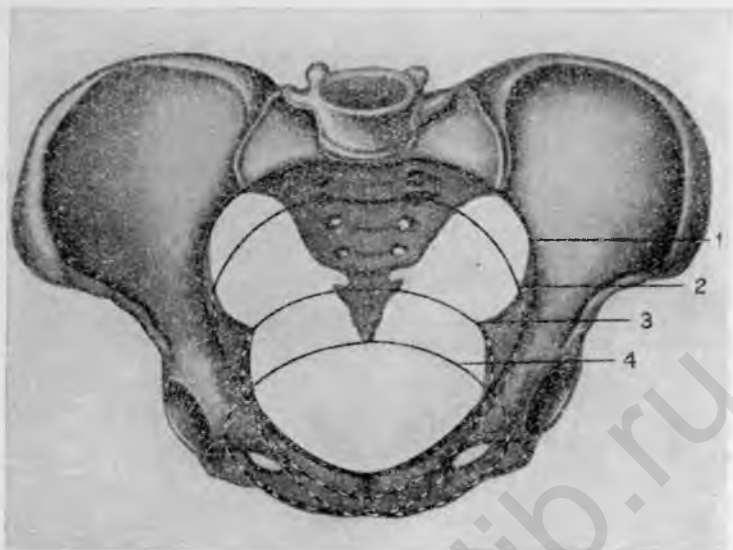


Рис. 69. Женский таз. Вид сверху. Видны четыре плоскости малого таза

Малый таз женщины имеет вид цилиндра, усеченного спереди назад, причем передняя часть его, обращенная к лону, почти в три раза ниже задней, обращенной к крестцу. Различают четыре плоскости, проходящие через опознавательные пункты внутренней поверхности малого таза:

1 — плоскость входа; 2 — плоскость широкой части; 3 — плоскость узкой части; 4 — плоскость выхода.

## 2. МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ В АКУШЕРСТВЕ И ГИНЕКОЛОГИИ

### Измерение наружных поперечных размеров таза



Рис. 70.

Измерение таза производят с помощью тазомера. Врач или акушерка садится справа от женщины, лицом к ней. Большим и указательным пальцами берут тазомер за пуговики ножек и прижимают их к соответствующим точкам таза.

I. *Distantia cristarum* — расстояние между наиболее отдаленными точками наружной поверхности гребней подвздошных костей — 28-29 см.

II. *Distantia spinarum* — расстояние между наружными краями передне-верхних остей подвздошных костей — 25-26 см.

III. *Distantia trochanterica* — расстояние между большими вертелами бедренных костей — 30-31 см.

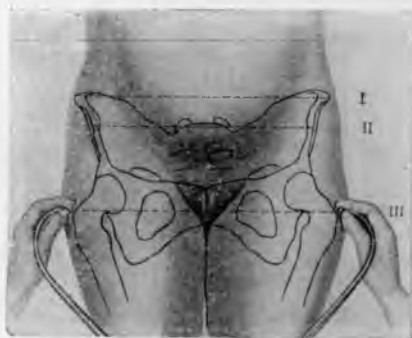


Рис. 71.



Рис. 72.

Измерение наружной конъюгаты имеет очень важное значение, так как по ее величине судят о размере истинной конъюгаты. Для определения ее из длины наружной конъюгаты вычитают 9 см.

Для измерения наружной конъюгаты женщину укладывают на бок, «верхнюю» ногу она должна вытянуть, а «нижнюю» согнуть в тазобедренном и коленном суставах, притянув колено к животу.

Одну пуговку тазомера прижимают к ямке под остистым отростком V поясничного позвонка, другую — к середине верхнего края симфиза (Рис. 72).

Наружная конъюгата при нормальном тазе равна 20—21 см.

Наружную конъюгату можно измерить у женщины и в стоячем положении (Рис. 73).



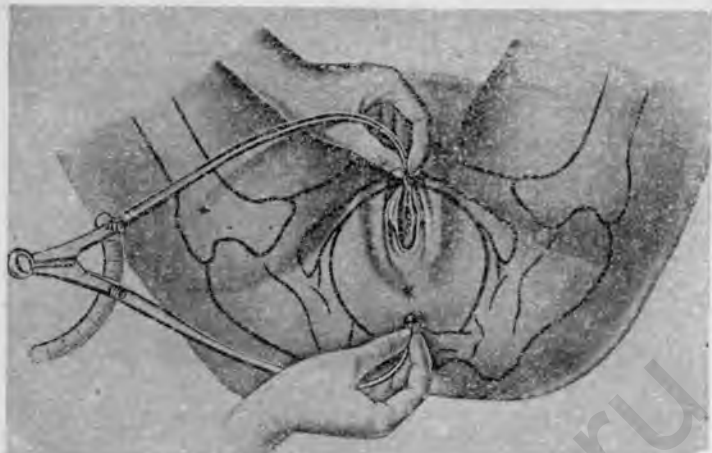
Рис. 73

## Измерение диагональной конъюгаты

Рис. 74.



Во влагалище вводят указательный и средний пальцы, продвигая их к мысу. Если мыс достигим, то в него упирается кончик среднего пальца исследующей руки, а конец указательного пальца второй руки отмечает то место, где она касается нижнего края симфиза (Рис. 74,а). Не отнимая указательного пальца от отмеченной точки, извлекают из влагалища два пальца и тазомером измеряют расстояние от верхушки пальца до места соприкосновения с нижним краем симфиза (Рис. 74,б). При нормальных размерах таза диагональная конъюгата равна 12,5—13 см.



Р и с. 75. Измерение прямого размера выхода из таза

Прямой размер выхода из таза измеряют тазомером. Женщина при этом должна лежать на спине с отведенными в стороны ногами, согнутыми в тазобедренных и коленных суставах. Пуговки тазомера устанавливают у нижнего края симфиза и верхушки копчика. Прямой размер выхода из таза в норме равен 9,5 см. После отклонения копчика кзади — 11,5 см.

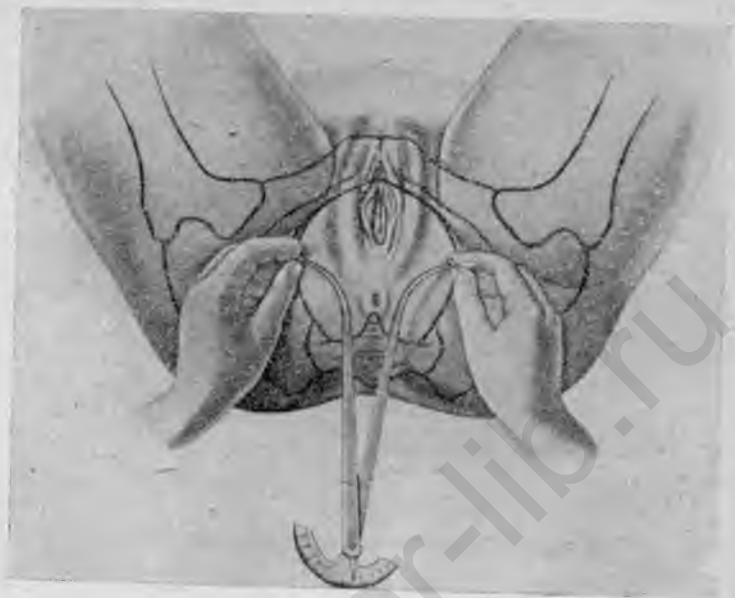


Рис. 76. Измерение поперечного размера выхода из таза

Поперечный размер выхода из таза измеряют тазомером с перекрещивающимися ветвями или сантиметровой лентой; он соответствует расстоянию между седалищными буграми. Этот размер равен в нормальном тазу 10,5 см. К полученной величине следует прибавить 1—1,5 см, учитывая толщину мягких тканей между пуговками тазомера и седалищными буграми.





Рис. 77. Положение пальцев при бимануальном исследовании  
 а—по Келли; б—правильное; в—неправильное  
 (по Штеккелю)  
 (схема)

При бимануальном исследовании оба (или один) пальца находящейся внутри руки вводят в передний свод; большой палец направляют к симфизу, мизинец и безымянный — прижимают к ладони, а тыльная сторона их основных фаланг упирается в промежность. Ладонная поверхность пальцев находящейся снаружи руки через брюшную стенку прощупывает тело матки.

Комбинированное влагалищно-брюшностеночное исследование  
Ощупывание матки (схема)



Рис. 78.



Рис. 79.

Комбинированное влагалищно-брюшностеночное исследование матки имеет целью детальное пальпирование матки для определения ее величины, формы, положения, степени подвижности и чувствительности.

Рис. 80.



Рис. 81.



При прощупывании правых придатков матки переводят находящиеся внутри пальцы в правый свод влагалища, перемещая в то же время руку снаружи в правую сторону от тела матки. Приближая навстречу обе руки (от крестца в сторону лона), стараются нащупать правые придатки и определить их состояние (нормы или патологии).

## Ощупывание левых придатков матки



Рис. 82.

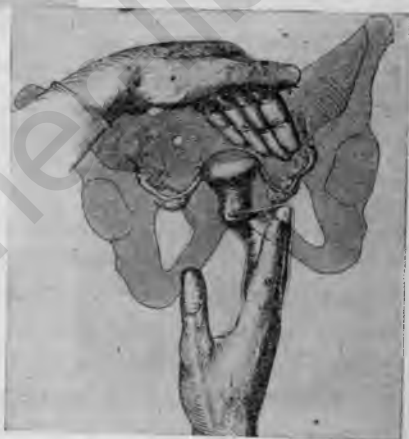


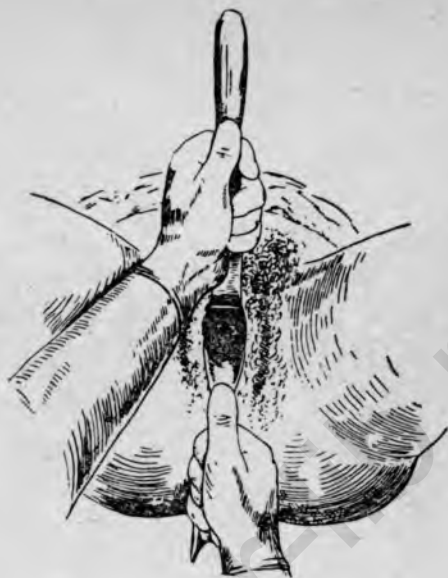
Рис. 83.

При ощупывании левых придатков матки переводят находящиеся внутри пальцы в левый свод влагалища, перемещая в то же время руку снаружи в левую сторону от тела матки. Приближая навстречу обе руки (от крестца в сторону лона), стараются нащупать левые придатки и определить их состояние (нормы или патологии).



Р и с. 84. Техника двуручного брюшностеночно-прямокишечного исследования

При двуручном брюшностеночно-прямокишечном исследовании указательный палец (с одетым на него напальчником) вводится в прямую кишку, а находящаяся снаружи руку кладут на переднюю брюшную стенку — на дно матки, и, таким образом, прощупывают матку, а затем придатки, крестцово-маточные связки *M. rectouterinus* и стенки таза.



Р и с. 85. Осмотр шейки матки с помощью зеркал

Для полноты осмотра шейки матки и стенок влагалища наиболее удобными являются ложкообразные зеркала. Вначале вводят заднее зеркало, которым слегка оттесняют кзади промежность, а затем параллельно ему вводят переднее зеркало (подъемник), которым поднимают переднюю стенку влагалища. При осмотре с помощью зеркала шейки определяют: окраску слизистой оболочки шейки и влагалища, характер секрета, величину и форму шейки и наличие патологических процессов в шейке и влагалище.

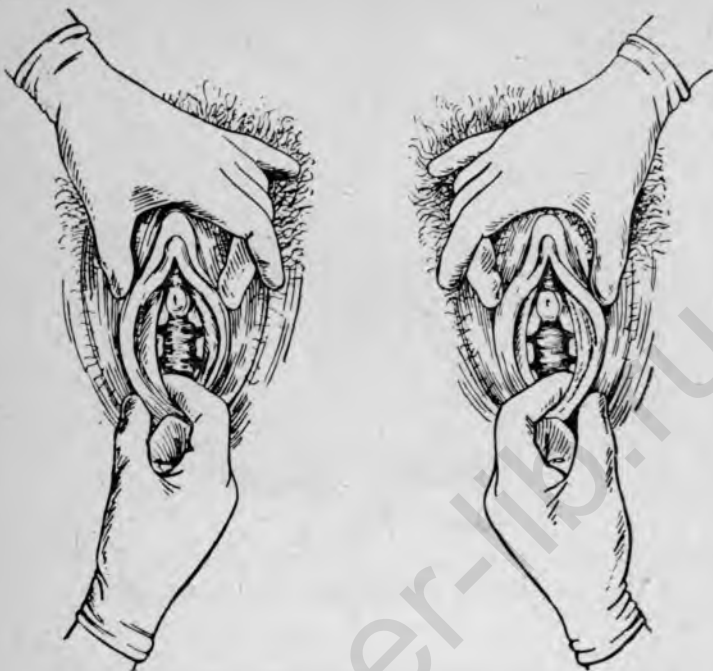


Рис. 86. Пальпация больших желез преддверия влагалища (бартолиновых)

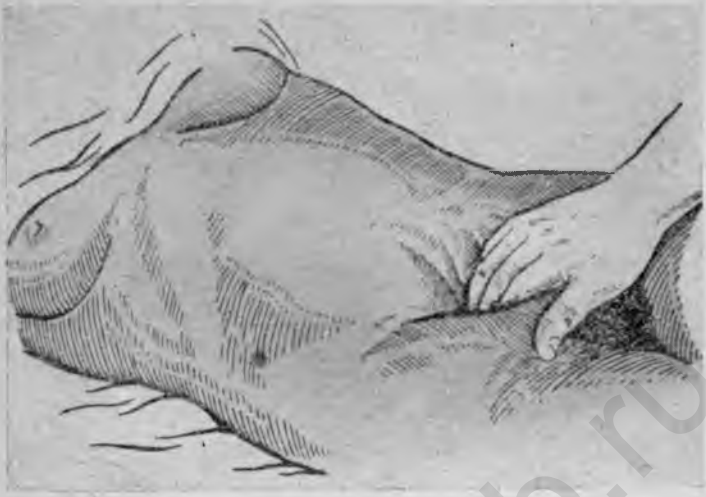
При пальпации больших желез преддверия влагалища пальцы одной руки разводят малые половые губы, во влагалище вводят указательный палец второй руки, а большой палец кладут на наружную поверхность большой губы в задней ее трети.



Рис 87. Пальпация живота двумя руками

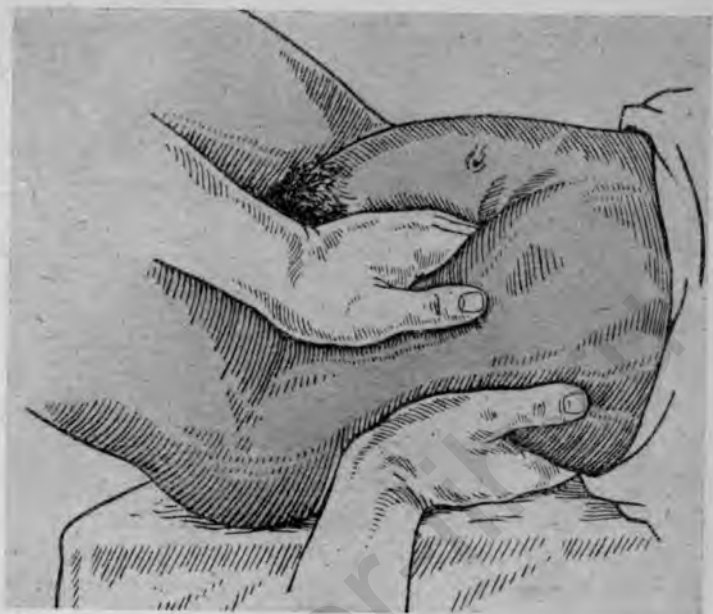
При ощупывании живота двумя руками обе руки ладонными поверхностями пальцев кладут на симметричные места и медленными, плавными движениями ощупывают брюшные покровы, их толщину, напряжение, чувствительность, консистенцию, расхождение прямых мышц живота, постоянно сравнивая между собой симметричные места.





Р и с. 88. Пальпация живота одной рукой

Пальпацию живота можно производить одной рукой. Пальпируя паховую область, можно найти увеличенные паховые лимфатические узлы, грыжевые выпячивания, опухоли круглой маточной связки и варикозные расширения вен. В верхнем отделе живота, в подреберье справа можно прощупать край печени, слева — край селезенки, если она увеличена.



Р и с. 89. Ощупывание глубоколежащих опухолей и почек

Ощупывание глубоколежащих опухолей и почек производят при помощи подведенной под поясницу руки.

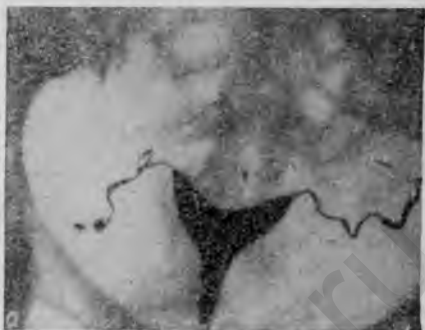


**Рис. 90. Ручной прием, позволяющий установить несостоятельность мочеполовой и тазовой диафрагмы**

Указательными пальцами обеих рук оттягивают заднюю полуокружность вульварного кольца в расходящихся направлениях в сторону копчика. При хорошо сохранившейся промежности она оказывает значительное сопротивление растяжению и после прекращения растяжения возвращается в исходное положение. Для определения состоятельности вульварного кольца и тазовой диафрагмы применяются специальные инструменты.

## Гистерография при проходимых маточных трубах

Рис. 91.



Последовательное заполнение труб: слева виден маточнотрубный сфинктер.

Рис. 92.



Рентгенограмма через сутки показывает наличие следов контрастного вещества в брюшной полости.



Р и с. 93. Трубы непроходимы в маточном отделе

Трубы непроходимы в маточном отделе. Контрастное вещество в полость труб не попало, обнаруживаясь лишь в полости матки.



Р и с. 94. Трубы непроходимы в ампулярном отделе

Трубы непроходимы в ампулярном отделе, контрастное вещество заполнило матку и трубы до ампулярного конца. В полость живота контрастное вещество не попало.

Раздел II  
ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЕ АКУШЕРСТВО

---

1. ФИЗИОЛОГИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

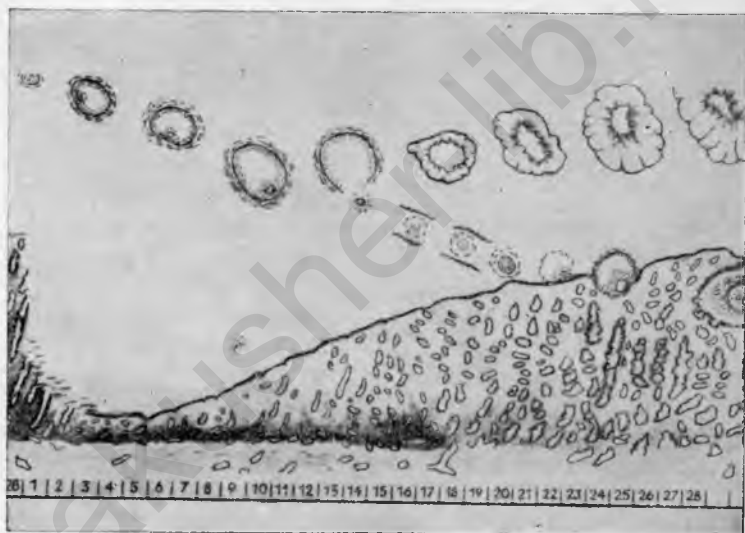


Рис. 95. Оплодотворение и nidация оплодотворенного яйца

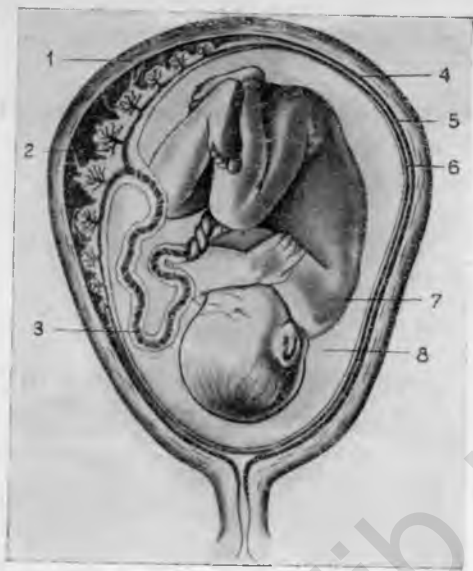


Рис. 96. Плодное яйцо в конце беременности

1—стенка матки; 2—плацента; 3—пуповина; 4—отпадающая оболочка; 5—ворсинчатая оболочка; 6—водная оболочка; 7—плод; 8—околоплодные воды

К концу беременности плод достигает полной зрелости, длина его 50 см, вес 3200—3400 г.

При нормальном членорасположении плода голова слегка согнута, позвоночник его дугообразно согнут, ножки согнуты в тазобедренных и коленных суставах и слегка прижаты к животу, а ручки как бы сложены на груди. Плод имеет овоидную, яйцевидную форму, при этом длина овоида соответствует половине всей длины плода, т. е. 25 см.



## Череп новорожденного



Рис. 97.  
Вид сбоку



Рис. 98.  
Вид сверху

В 96% всех родов головка плода является предлежащей частью. Знание размеров и формы головки и умение сопоставить ее с тазом, а также определение костных швов и родничков на головке (при влагалищном исследовании), по расположению которых можно судить о течении родов, имеет большое значение.

Обозначение размеров черепа: 1 — левая лобная кость; 2 — левая теменная кость; 3 — затылочная кость; 4 — левая височная кость; AA — прямой размер; BB — большой косой размер; BB — малый косой размер; GG — средний косой размер; DD — вертикальный размер (Рис. 97).

Обозначение на рис. 98: AA — большой поперечный размер; BB — малый поперечный размер. На рисунке видны большой и малый роднички и стреловидный шов между ними.



Рис. 99. Сосудистая сеть матки в конце беременности

Во время беременности кровеносные сосуды и капилляры матки очень развиваются, они становятся извилистыми, что позволяет им приспособляться к маточным сокращениям в процессе родов. Маточные артерии удлиняются во время беременности больше чем в два раза. Крови к матке в конце беременности доставляется в четыре — шесть раз больше, чем вне беременности.

## 2. ДИАГНОСТИКА БЕРЕМЕННОСТИ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН



Рис. 100. Признак беременности Горвица-Гегара



Рис. 101. Признак беременности Пискачека

К вероятным признакам беременности относятся: признак *Горвица-Гегара* и признак *Пискачека*.

Признак *Горвица-Гегара*: размягчение матки в области перешейка; тело и шейка матки сравнительно плотнее (Рис. 100).

Признак *Пискачека*: взбухание одного из углов матки (соответствующее месту имплантации яйца), несимметричная ее форма (Рис. 101).

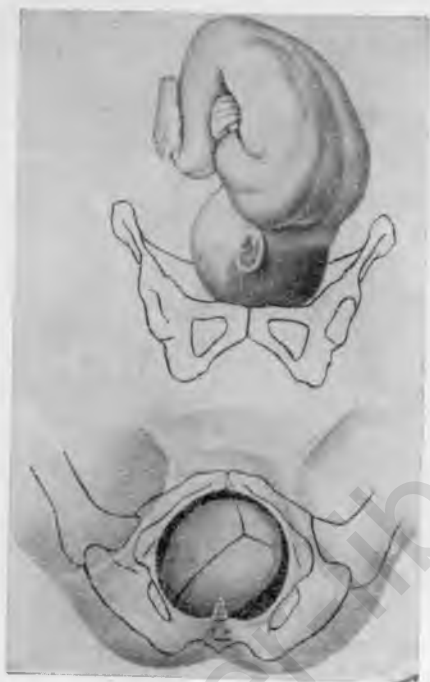
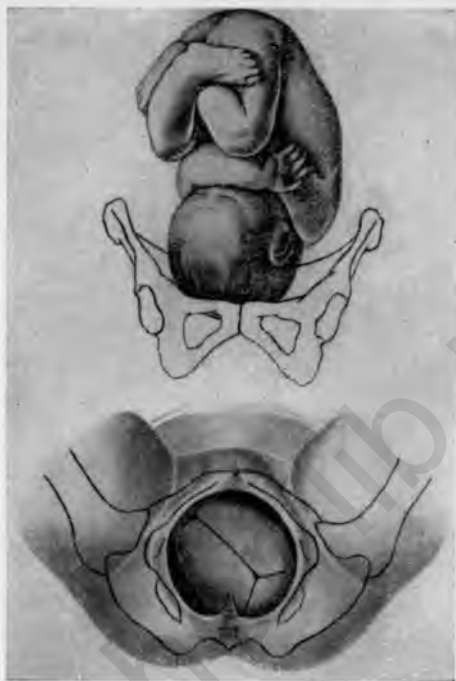


Рис. 102. Головное (затылочное) предлежание. Первая позиция.  
Передний вид

В 96% всех продольных положений предлежащей частью является головка — затылок (сгибательный тип). На рисунке вверху: спинка плода обращена влево — первая позиция и кпереди — передний вид. При влагалищном исследовании (нижний рисунок): малый родничок обращен (слева) кпереди, большой — (справа) кзади. Стреловидный шов в правом косом размере таза.



Р и с. 103. Головное (затылочное) предлежание. Первая позиция.  
Задний вид

Спинка плода обращена влево — первая позиция и кзади — задний вид (верхний рисунок).

При влагалищном исследовании (нижний рисунок): малый родничок — слева кзади, большой — справа кпереди. Стреловидный шов в левом косом размере таза.

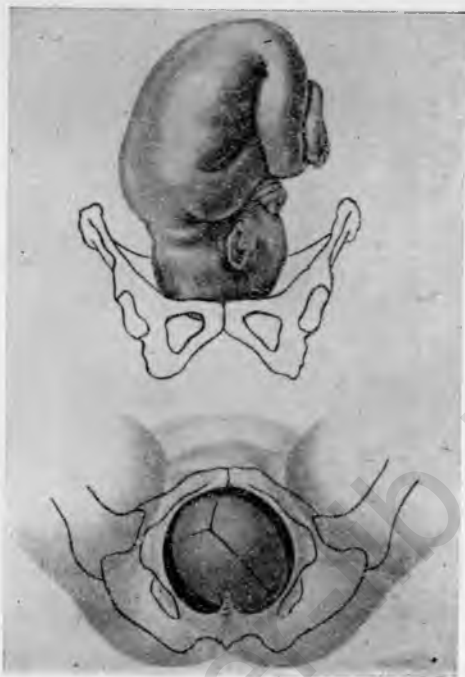
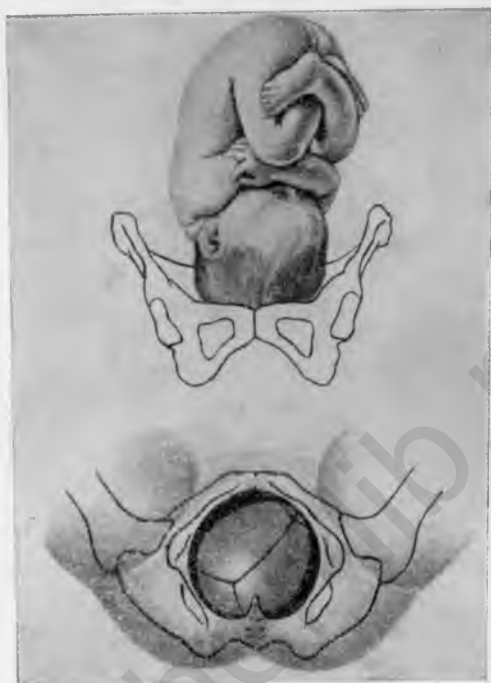


Рис. 104. Головное (затылочное) предлежание. Вторая позиция.  
Передний вид

Спинка плода обращена вправо — вторая позиция и кпереди — передний вид (верхний рисунок).

При влагалищном исследовании (нижний рисунок): малый родничок — справа кпереди, большой — слева кзади. Стреловидный шов в левом косом размере таза.



Р и с. 105. Головное (затылочное) предлежание. Вторая позиция.  
Задний вид

Спинка плода обращена вправо — вторая позиция и кзади — задний вид (верхний рисунок).

При влагалищном исследовании (нижний рисунок): малый родничок — справа кзади, большой — слева кпереди. Стреловидный шов в правом косом размере таза.



Р и с. 106. Чистое ягодичное предлежание. Первая позиция.  
Задний вид

Спинка плода обращена влево — первая позиция и кзади — задний вид. Ножки плода согнуты в тазобедренном и разогнуты в коленных суставах, вытянуты по длине туловища, во вход в таз вставляются ягодичицы — чистое ягодичное предлежание.





Рис. 107. Смешанное ягодичное предлежание. Вторая позиция.  
Задний вид

Спинка плода обращена вправо — вторая позиция и кзади — задний вид.

Ножки плода согнуты в тазобедренных и коленных суставах, скрещены друг с другом в области голей и разогнуты в голеностопных суставах. Во вход в таз одновременно вставляются ягодицы и ножки.



Р и с. 108. Неполное ножное предлежание плода. Вторая позиция.

Задний вид

Спинка плода обращена вправо — вторая позиция и кзади — задний вид.

Во вход в таз вставляется одна ножка — неполное ножное предлежание.



Рис. 109. Косое положение плода

Головка плода находится в левой подвздошной области, ягодицы — в дне матки справа — косое положение плода.



Рис. 110. Поперечное положение плода. Первая позиция.

Передний вид

Поперечным называется такое положение плода, при котором продольная его ось образует с продольной осью матки прямой (или почти прямой) угол.

Позиция плода при поперечных положениях определяется по головке.



Рис. 111. Поперечное положение плода. Вторая позиция.  
Задний вид

Плод расположен поперечно. Головка обращена вправо — вторая позиция, а спинка кзади — задний вид.



Рис. 112. Первый прием наружного акушерского исследования

Этим приемом устанавливают высоту стояния дна матки, определяют, какая часть плода у дна матки, а также устанавливают срок беременности.

Методика исследования: обе руки располагаются на дне матки, плотно охватывая ее, и определяют высоту стояния ее дна по отношению к пупку или к мечевидному отростку в зависимости от срока беременности.



Рис. 113. **Второй** прием наружного акушерского исследования

Этим приемом определяют позицию плода и его положение.

Методика исследования: обе руки кладут на боковые стенки матки на уровне пупка. Бережно надавливают ладонями и пальцами обеих рук попеременно, то правой рукой, то левой рукой на боковые стенки матки и, таким образом, определяют, в какую сторону обращена спинка и мелкие части плода; по расположению спинки определяют позицию плода.

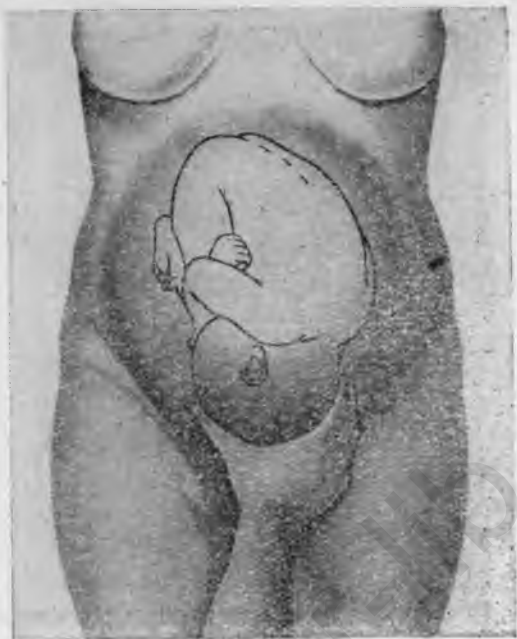
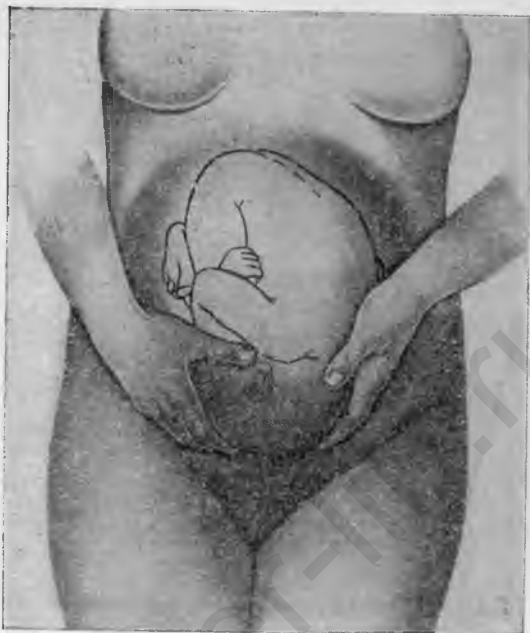


Рис. 114. Третий прием наружного акушерского исследования

Третьим приемом определяют предлежащую часть плода и ее отношение к малому тазу.

Методика исследования: одну руку (обычно правую) кладут немного выше лонного сочленения, стараясь ладонью ее с широко отведенным большим пальцем прощупать предлежащую часть, находящуюся у входа таза.





**Р и с. 115. Четвертый прием наружного акушерского исследования**

Этим приемом определяют предлежащую часть.

Методика исследования: ладони обеих рук располагают на нижнем сегменте матки справа и слева, осторожно проникают между предлежащей частью и входом в таз (если предлежащая часть подвижна). При головке, фиксированной во входе в таз, этим приемом удастся определить, каким сегментом (большим или малым) она вставлена.



Р и с. 116. Выслушивание сердцебиения плода

Сердцебиение плода выслушивается с помощью акушерского стетоскопа. Сердечные тоны плода удается прослушать с начала второй половины беременности и прослушиваются они лучше со стороны спинки плода, ближе к головке. Лишь при лицевых предлежаниях сердцебиение плода отчетливее прослушивается со стороны грудной клетки плода.

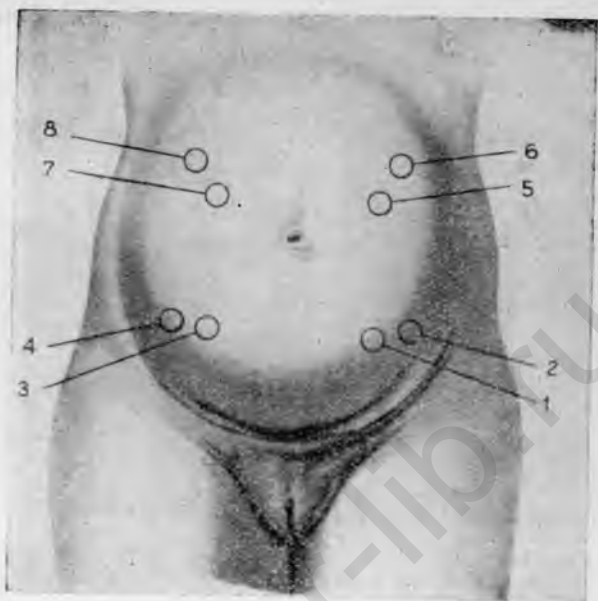


Рис. 117. Места наиболее отчетливого выслушивания сердцебиения плода

(схема)

- 1 и 2—головное предлежание, первая позиция  
 3 и 4—головное предлежание, вторая позиция  
 5 и 6—тазовое предлежание, первая позиция  
 7 и 8—тазовое предлежание, вторая позиция

В зависимости от позиции и вида сердцебиение плода прослушивается отчетливее то ближе к средней линии живота (передний вид), то дальше от нее (задний вид).

## Высота стояния дна матки в различные сроки беременности

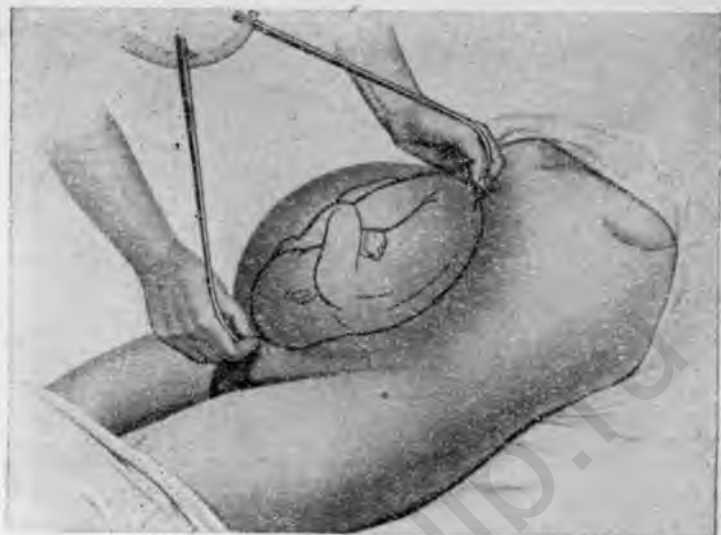


Рис. 118.

Рис. 119.

Для определения срока беременности и даты родов, кроме анамнеза, пользуются данными объективного исследования и, в частности, определением высоты стояния дна матки. В первые месяцы срок беременности определяют по величине матки путем влагалищного исследования.

После трех месяцев беременности высоту стояния дна матки определяют прощупыванием его через брюшные стенки (первый прием наружного акушерского исследования. (Рис. 112) или измерением высоты стояния дна матки над лоном сантиметровой лентой (либо тазомером); беременная при этом должна лежать на спине с вытянутыми ногами.



Р и с. 120. Измерение длины овоида плода

Техника измерения длины овоида внутриутробного плода: беременная укладывается в спинно-ягодичное положение, при предварительно опорожненном мочевом пузыре. Одну пуговку ножки тазомера устанавливают (через брюшную стенку) на нижний полюс головки, другую — на дно матки, где чаще расположены ягодицы плода. Полученное при измерении расстояние в сантиметрах умножают на два и из этого произведения вычитают 2—3 см (толщину брюшных стенок), а оставшуюся цифру делят на 5; полученный результат показывает срок беременности.

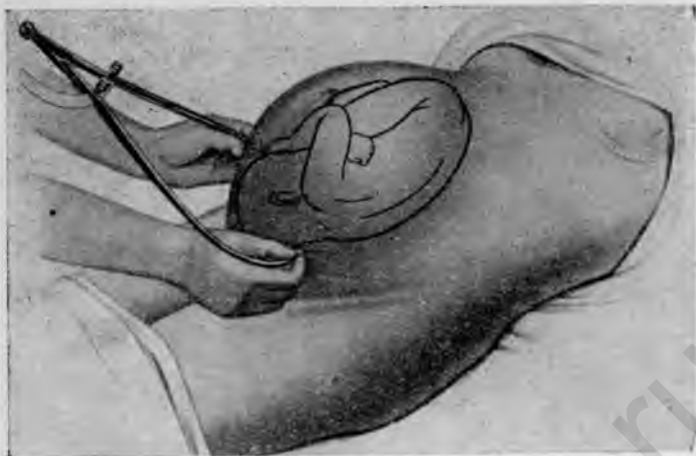
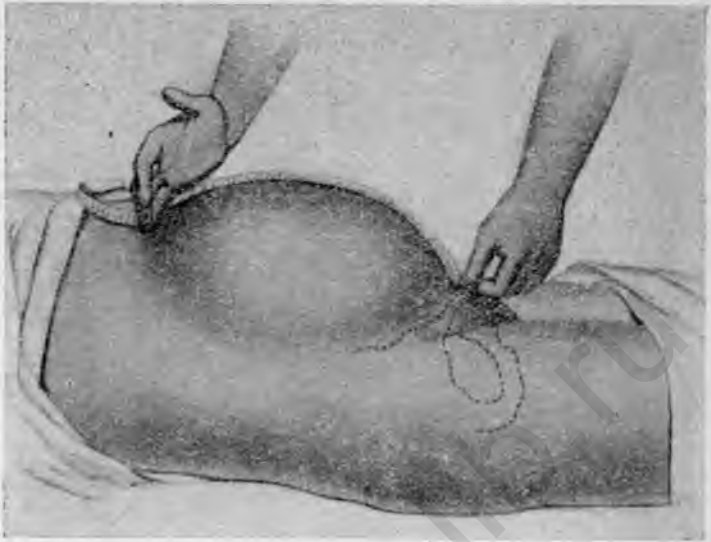


Рис. 121. Измерение лобно-затылочного размера головки

Для измерения лобно-затылочного размера головки плода тщательно ощупывают ее через брюшную стенку и устанавливают пуговки тазомера на самые выдающиеся точки головки, которые соответствуют области затылка и лба. В 32 недели беременности этот размер равен 9,5 см, а в 35 недель — 11 см.



Р и с. 122. Измерение высоты стояния дна матки

Для определения срока беременности и срока родового отпуска, кроме учета анамнеза и других объективных показателей, пользуются данными измерения сантиметровой лентой высоты стояния дна матки над уровнем лона. В 32 недели беременности она равна 28—30 см. При этом измерении женщина должна лежать на спине с вытянутыми ногами и опорожненным мочевым пузырем.

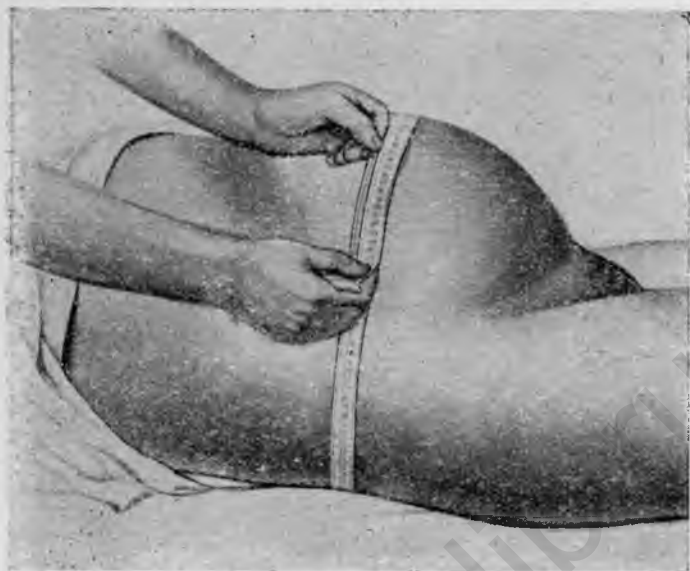


Рис. 123. Измерение окружности живота беременной

Для определения срока беременности и срока дородового отпуска, кроме учета данных анамнеза и других объективных показателей, пользуются данными измерения сантиметровой лентой окружности живота на уровне пупка; при 32 недельной беременности эта окружность равна 85—90 см.

Следует учесть, однако, что окружность живота весьма относительный признак, так как он зависит от толщины брюшной стенки, состояния кишечника и т. п.





Рис. 124. Измерение окружности предплечья в области лучезапястного сустава (индекс Соловьева)

Индекс *Соловьева* дает возможность получить представление о толщине костей беременной. Средняя величина индекса 14 см. Чем тоньше кости исследуемой, тем ниже индекс, и наоборот.

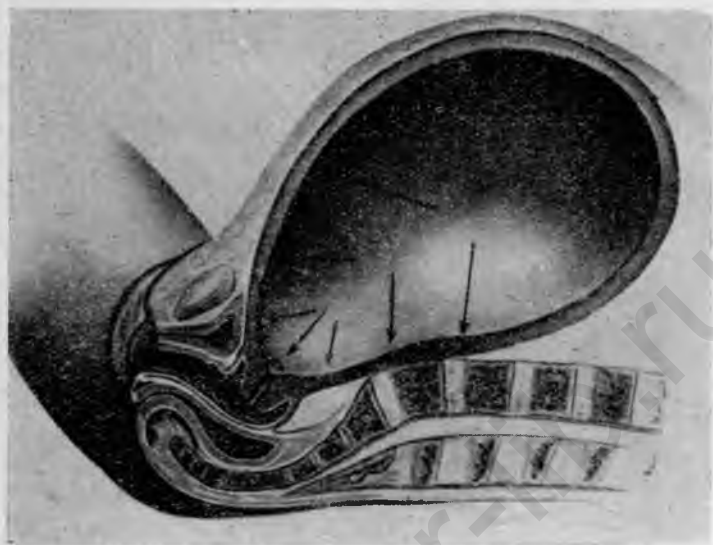
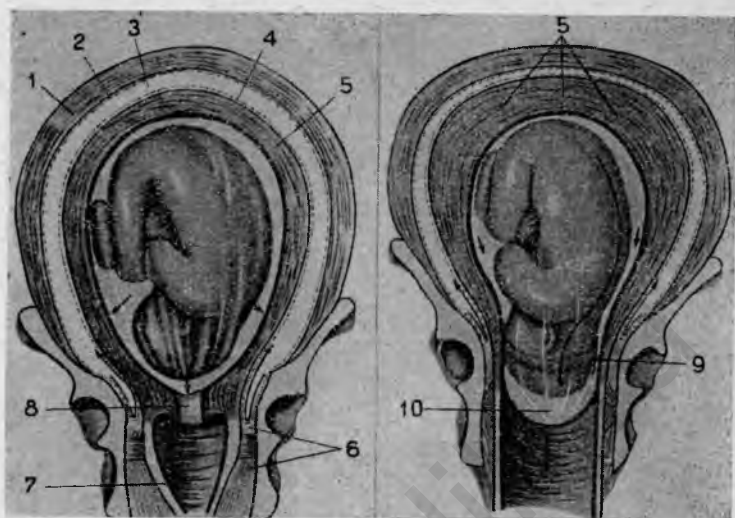


Рис. 125. Схематическое изображение действия схваток на плодный пузырь

Под влиянием схваток во время родов уменьшается объем полости матки, что ведет к повышению внутриматочного давления, которое передается на стенки матки и на плодный пузырь.

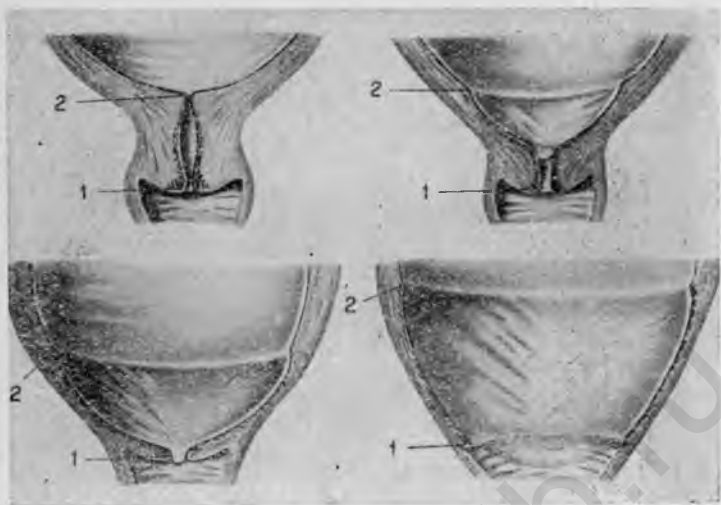
На рисунке стрелки внутри матки указывают направление силы внутриматочного давления во время схватки.



Р и с. 126—127. Распространение внутриматочного давления в начале и в конце периода раскрытия шейки матки

1—мышечная брюшная стенка; 2-4—брюшина (пунктирная линия); 3—брюшная полость; 5—мышечная стенка матки; 6—тазовая клетчатка; 7—вагина; 8—шейка матки; 9—пояс соприкосновения; 10—передние (нижние) воды

Предлежащая часть плода стоит высоко, околоплодные воды свободно сообщаются между нижним полюсом и остальной полостью плодного пузыря (Рис. 126). Если же головка плода плотно прижимается ко входу в таз, образуется «пояс соприкосновения» и происходит разделение околоплодных вод на передние (нижние) и задние (верхние) (Рис. 127).



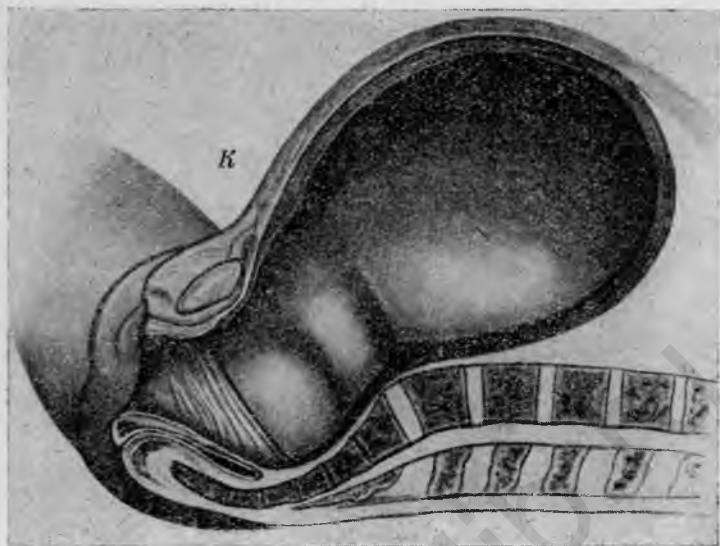
Р и с. 128. Раскрытие шейки матки у первородящей  
1—наружный зев; 2—внутренний зев

У первородящих процесс сглаживания и раскрытия шейки матки происходит следующим образом: вначале раскрывается внутренний зев и происходит постепенное расширение канала шейки. В дальнейшем укорачивается и сглаживается шейка матки; при этом наружный зев остается закрытым и лишь в конце сглаживания всей шейки матки раскрывается и он.



Р и с. 129. Раскрытие шейки матки у повторнородящей  
1—наружный зев; 2—внутренний зев

У повторнородящих процесс сглаживания и раскрытия шейки матки происходит при одновременном и сравнительно быстром раскрытии наружного и внутреннего зева.



Р и с. 130. Общая родовая трубка

К—контракционное кольцо

К концу периода раскрытия отходят околоплодные воды. Объем полости матки уменьшается, стенки ее приходят в соприкосновение с плодом. По мере продвижения подлежащей части плода влагалищная трубка и нижний сегмент матки вместе с телом матки образуют общую родовую трубку.



Рис. 131. Головка плода над входом в таз



Рис. 132. Головка плода во входе в таз малым сегментом

#### Головка плода над входом в таз

Головка подвижна над входом в таз, баллотируется. При влагалищном исследовании вытянутыми пальцами достигается мыс и прощупывается вся передняя поверхность крестца и задняя поверхность лонного сочленения (Рис. 131).

#### Головка плода во входе в таз малым сегментом

Головка фиксирована во вход в таз. При влагалищном исследовании середина мыса достигается лишь согнутым пальцем, передняя поверхность крестца доступна не вся, задняя поверхность лонного сочленения пальпируется в нижнем и среднем отделах (Рис. 132).

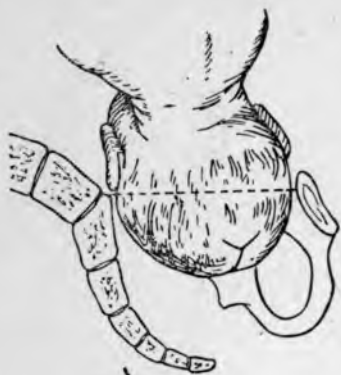


Рис. 133. Головка плода во входе в таз большим сегментом



Рис. 134. Головка плода в широкой части полости малого таза

#### Головка плода во входе в таз большим сегментом

Головка большей своей окружностью находится в плоскости входа в малый таз.

При влагалищном исследовании достигается средняя и нижняя треть задней поверхности лонного сочленения. Седалищные ости пальпируются свободно; определяются IV и V крестцовые позвонки (Рис. 133).

#### Головка плода в широкой части полости малого таза

При пальпации определяется незначительный сегмент головки над входом в таз.

При влагалищном исследовании достигается только нижняя часть задней поверхности лонного сочленения, седалищные ости пальпируются свободно; определяются IV и V крестцовые позвонки (Рис. 134).



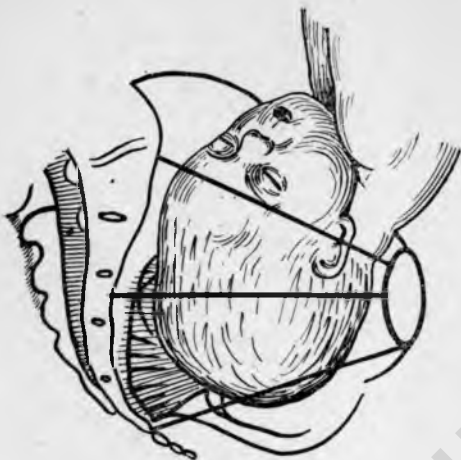


Рис. 135. Головка плода в узкой части полости таза



Рис. 136. Головка плода в выходе малого таза

Головка плода в узкой части полости таза

Головка плода над входом в таз не определяется. Шейнозатылочная борозда — на высоте симфиза.

При влагалищном исследовании седалищные ости исследующим пальцем не достигаются. Крестцово-копчиковое сочленение свободно. Две верхние трети передней поверхности крестца и вся задняя поверхность симфиза заняты головкой. Стреловидный шов стоит в одном из косых размеров таза, близко к прямому (Рис. 135).

Головка плода в выходе малого таза

Головка не пальпируется над входом в таз.

При влагалищном исследовании определяют, что головка выполнила всю крестцовую впадину, задняя поверхность лонного сочленения не достигается, седалищные ости не пальпируются (Рис. 136).

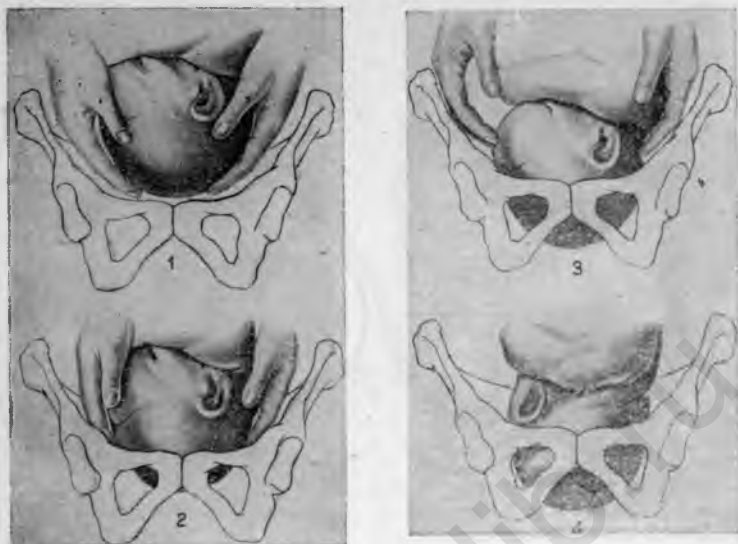


Рис. 137. Определение высоты стояния предлежащей головки четвертым приемом наружного акушерского исследования

Головка над входом в таз — головка подвижна над входом в малый таз. Пальцы обеих рук акушера проникают между головкой и плоскостью входа в малый таз (Рис. 137,1).

Головка малым сегментом во входе в таз — скользящие по головке кисти рук акушера расходятся (Рис. 137,2).

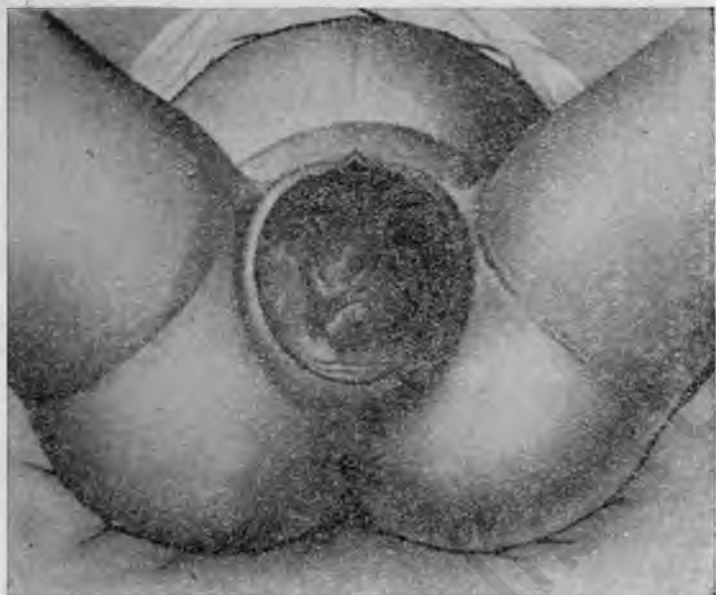
Головка большим сегментом во входе в таз — скользящие по головке кисти рук акушера сходятся (Рис. 137,3).

Головка в полости таза — при наружном исследовании головка не определяется (Рис. 137,4).



Рис. 138. Период изгнания плода. Врезывание головки

По окончании внутреннего поворота головка при дальнейшем ее поступательном движении начинает показываться из половой щели. С каждой потугой выпячиваются промежность и задний проход, который начинает зиять. По окончании потуги поступательное движение плода прекращается, головка скрывается, половая щель смыкается. Появление головки из половой щели только во время потуги называется врезыванием ее.



Р и с. 139. Период изгнания плода. Прорезывание головки

С дальнейшим развитием родовой деятельности головка плода настолько продвигается вперед, что по окончании потуги она уже не скрывается и не уходит обратно, а остается видимой как во время потуг, так и вне их. Такое состояние называется прорезыванием головки. Во время прорезывания головки совершается ее разгибание.

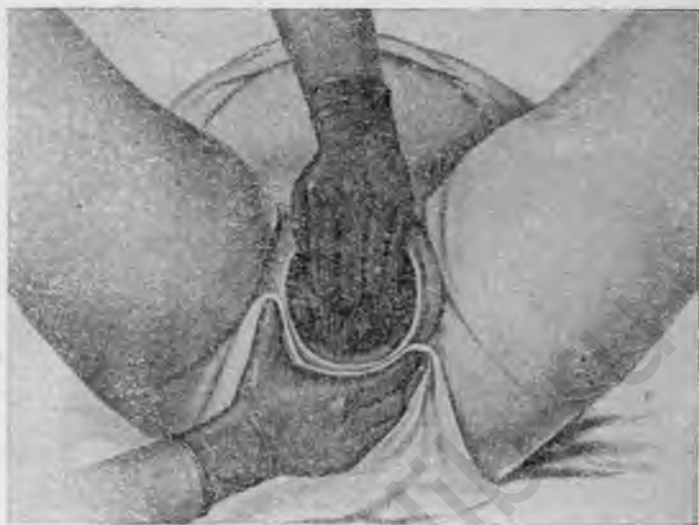


Рис. 140. Период изгнания плода. Ручное пособие при прорезывании головки

Техника ручного пособия: кисть правой руки кладется плашмя на промежность так, чтобы четыре пальца располагались по одну сторону от головки, а большой палец по другую сторону; заднепроходное отверстие роженицы прикрывают стерильной пленкой. Ладонь левой руки кладется на лобок так, чтобы ладонные поверхности четырех пальцев этой руки, плотно прилегающие друг к другу, располагались на головке. Задача правой руки заключается в том, чтобы при потуге задерживать быстрое прорезывание головки, а левой руки — не дать головке слишком быстро разогнуться.



Р и с. 141. Период изгнания. Освобождение личика

В периоде изгнания плода, когда головка заканчивает разгибание, над промежностью рождается сначала лоб, а затем лицо. При этом рукой, лежащей на головке, осторожно сводят ткани вульварного кольца.



Рис. 142. Наружный поворот головки плода

После рождения головки, плечевой пояс плода, опускаясь в полость малого таза, совершает внутренний поворот, а головка — наружный поворот; при этом она поворачивается затылком влево при первой позиции и затылком вправо при второй позиции.



Р и с. 143. Период изгнания плода. Выведение «переднего» плечика

После рождения головки ее захватывают ладонями обеих рук плашмя по сторонам височно-щечной областей. Головку сначала оттягивают кзади, пока подолонное сочленение не подойдет «переднее» плечико.





**Рис. 144. Период изгнания плода. Выведение «заднего» плечика**

Для выведения «заднего» плечика ладонь левой руки кладут на нижнюю щечку плода и приподнимают головку, а правой рукой осторожно сдвигают промежность с «заднего» плечика.

Таким образом выводят плечевой пояс.



Р и с. 145. Период изгнания плода. Извлечение плода за туловище

После освобождения плечевого пояса плод захватывают в области обеих подмышечных впадин и извлекают из родовых путей.



Р и с. 146. Перевязка и рассечение пуповины

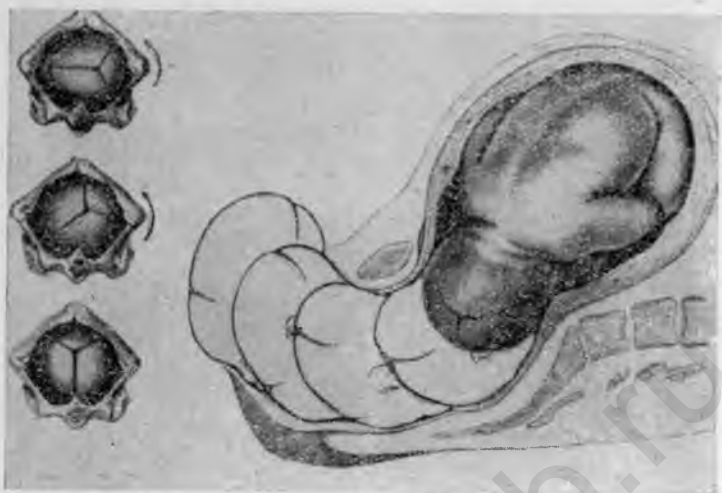


Рис. 147. Продвижение головки плода по родовому каналу  
Затылочное предлежание; первая позиция; передний вид

При продвижении головки плода по родовому каналу при первой позиции — переднем виде она после сгибания и опускания совершает внутренний поворот по дуге около  $90^\circ$ ; устанавливаясь во входе в таз стреловидным швом в поперечном (или косом) размере таза, она переходит в полости таза в правый косой размер и в выходе из таза — в прямой размер, затылком кпереди.

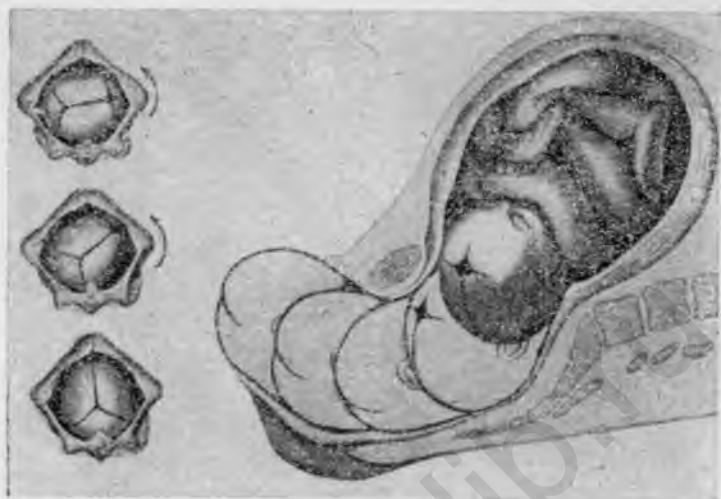


Рис. 148. Продвижение головки плода по родовому каналу  
Затылочное предлежание; вторая позиция; задний вид

При продвижении головки плода по родовому каналу (при второй позиции, заднем виде) она совершает внутренний поворот по дуге около  $90^\circ$ ; устанавливаясь во входе в таз стреловидным швом в поперечном (или косом) размере таза, головка в полости таза переходит в правый косой размер и в выходе из таза — в прямой размер, затылком кзади:



Р и с. 149. Роды в заднем виде затылочного предлежания  
(внутренний поворот головки затылком кзади)

При родах в заднем виде затылочного предлежания головка опускается в таз, одновременно поворачиваясь затылком кзади, малым родничком к крестцу; под лонное сочленение подходит передний край волосистого покрова головки.

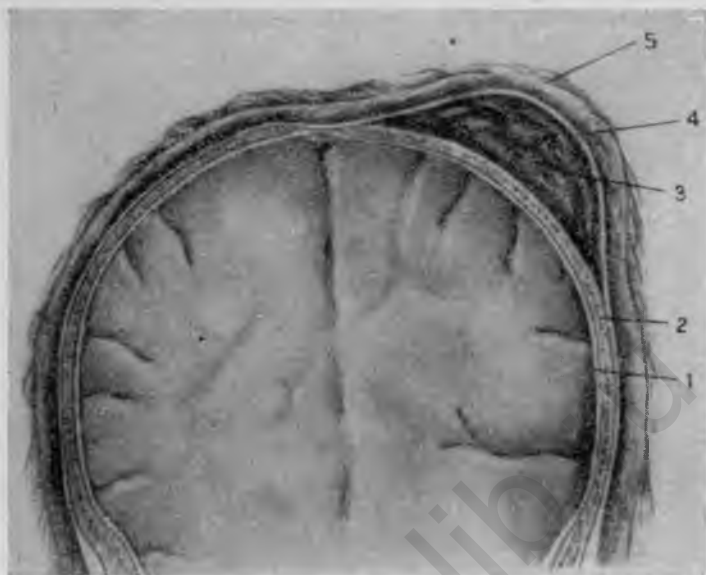
Прорезывание головки при заднем виде затылочного предлежания.



Рис. 150. Дополнительно сгибание головки—рождение затылка над промежностью



Рис. 151. Разгибание головки—рождение лицевой части из под лонной дуги



Р и с. 152. Головная кровяная опухоль новорожденного (кефалогематома)

1—твёрдая мозговая оболочка; 2—кость; 3—гематома; 4—надкостница; 5—подкожная клетчатка и кожа

Кефалогематома — результат родовой травмы плода. Она представляет собой скопление крови между костью и надкостницей одной из теменных костей; не переходит через роднички и швы.





Р и с. 153. Последовый период

Форма и положение матки в различные фазы последового периода (схема)

После рождения плода дно матки стоит на уровне пупка (Рис. 153, I). В дальнейшем после отделения плаценты от плацентарной площадки дно матки располагается выше и вправо от пупка (Рис. 153, II). После рождения последа матка сокращается, возвращается в срединное положение, и дно ее находится посредине между лоном и пупком или несколько выше (Рис. 153, III).



Р и с. 154.

Признак *Кюстнера-Чукалова* заключается в следующем: если надавливать ребром кисти руки на надлобковую область, пуповина, при неотделившейся плаценте, втягивается во влагалище (*Рис. 154, I*); при отделившейся плаценте пуповина не втягивается (*Рис. 154, II*).

Отслойка плаценты с центра.



Рис. 155.  
Образование ретроплацентарной гематомы



Рис. 156.  
Опускаясь, плацента рождается  
плодовой поверхностью

При отслойке плаценты с центра она по краям остается соединенной со стенкой матки. Между отделившейся частью плаценты и стенкой матки образуется скопление крови—ретроплацентарная гематома (Рис. 155). При дальнейшей отслойке плаценты она начинает выпячиваться в полость матки, рождаясь из влагалища плодовой поверхностью наружу с оболочками, вывернутыми наизнанку (Рис. 156).

Отслойка плаценты с края.



Рис. 157.  
Часть плаценты  
еще связана  
со стеной матки

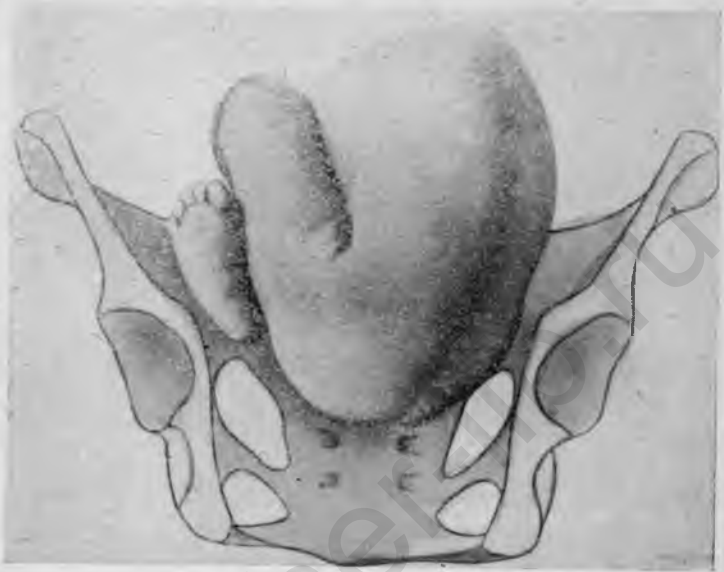
Рис. 158.  
Плацента опуска-  
ется нижним сво-  
им краем

Рис. 159.  
Скользя вниз,  
плацента тянет  
за собой оболочки

При отслойке плаценты с края отделение ее начинается с нижнего края и кровь вытекает наружу между стенкой матки и оболочками (Рис. 157). При продолжающихся схватках плацента отслаивается все больше, опускаясь к выходу из матки (Рис. 158).

После отслойки плаценты она, скользя вниз, тянет за собой оболочки и выходит из влагалища нижним своим краем (Рис. 159).

#### 4. РОДЫ ПРИ ТАЗОВОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛОДА



Р и с. 160. Вступление ягодиц во вход малого таза

При тазовом предлежании ягодицы вступают во вход в малый таз поперечным своим размером (*linea intertrochanterica*) в одном из косых размеров таза (на *рис. 160* в левом косом размере), а затем совершают в полости таза внутренний поворот; в выходе из таза *linea intertrochanterica* находится в прямом размере таза.

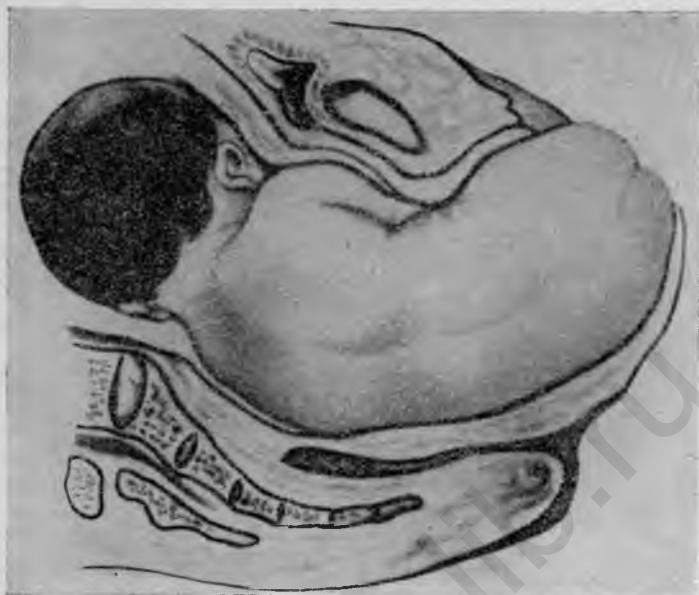


Рис. 161. Врезывание ягодиц

При врезывании и дальнейшем прорезывании ягодиц первой прорезывается передняя ягодица. При этом область подвздошной кости плода упирается в лонную дугу, образуя точку фиксации. Вокруг этой точки фиксации происходит сильное боковое сгибание туловища, во время которого рождается и задняя ягодица.



Р и с. 163. Тазовое предлежание. Головка в косом размере полости таза



Р и с. 164. Прорезывание последующей головки



Р и с. 162. Классическое ручное пособие при тазовом предлежании. Освобождение «задней» ручки

Классическое ручное пособие при тазовом предлежании начинают с освобождения ручек, при этом первой всегда освобождается «задняя» ручка. Освобождают каждую ручку плода одноименной рукой акушера. Обе ножки плода, захваченные в области нижней трети голеней, отводятся кпереди и в сторону противоположного пахового сгиба матери; вытянутые указательный и средний пальцы одноименной руки акушера вводятся осторожно во влагалище со стороны спинки плода; скользя ими по лопатке и плечу до верхней трети предплечья делают этой ручкой плода как бы «умывательное» движение по его личику, выводя ручку наружу.





Р и с. 165. Освобождение последующей голзвки. Влечение кзади

Освобождение головки производят следующим образом: конец указательного пальца руки акушер вводит в ротик плода, удерживая головку от разгибания. Плод «сажают» верхом на предплечье руки, ножки свисают по ее бокам. Указательный и средний пальцы наружной руки акушера в согнутом состоянии вилообразно располагают на плечевом поясе плода вокруг шеи; производят с помощью руки, расположенной на плечевом поясе, извлечение головки в начале по направлению кзади (книзу).



Р и с. 166. Освобождение последующей головки. Влечение кпереди

Когда при извлечении головки область подзатылочной ямки подойдет под нижний край симфиза, дальнейшее извлечение головки производят уже не кзади, а кпереди (кверху), чтобы освободить лицо и темя.



Рис. 167. Ручное пособие по Н. А. Цовьянову при чистом ягодичном предлежании

Родившиеся ягодицы поддерживаются акушером во избежание провисания их

Чтобы предупредить провисание родившихся ягодиц и преждевременное выпадение ножек с момента их прорезывания, большие пальцы акушера располагаются на задней поверхности бедер, а остальные пальцы — на области крестцовой кости.



Рис. 168. Ручное пособие по Н. А. Цовьянову при чистом ягодичном предлежании

Большие пальцы акушера по мере рождения плода передвигаются по задней поверхности бедер в направлении к задней спайке роженицы

По мере рождения туловища акушер передвигает большие пальцы своих рук по ножкам к задней спайке роженицы, прижимая ножки плода к брюшной стенке и сохраняя их вытянутыми по длине туловища; так предупреждается запрокидывание ручек и облегчается рождение последующей головки.



Рис. 169. Ручное пособие по Н. А. Цовьянову при чистом ягодичном предлежании

Родившиеся ягодицы акушер направляет на себя и к левому бедру роженицы, чтобы облегчить рождение «передней» («верхней») ручки из-под лонной дуги.

## 5. МНОГОПЛОДНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ

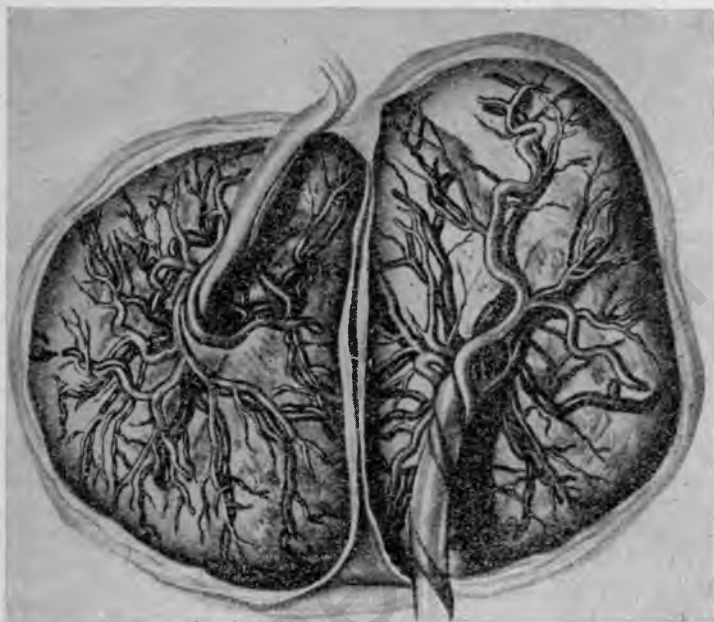


Рис. 170 Послед при однойцевой двойне

При однойцевой двойне плацента и ворсистая оболочка общая. Водная оболочка у каждого плода отдельная. Перегородка между плодными мешками состоит из двух водных оболочек, плотно прилегающих друг к другу.

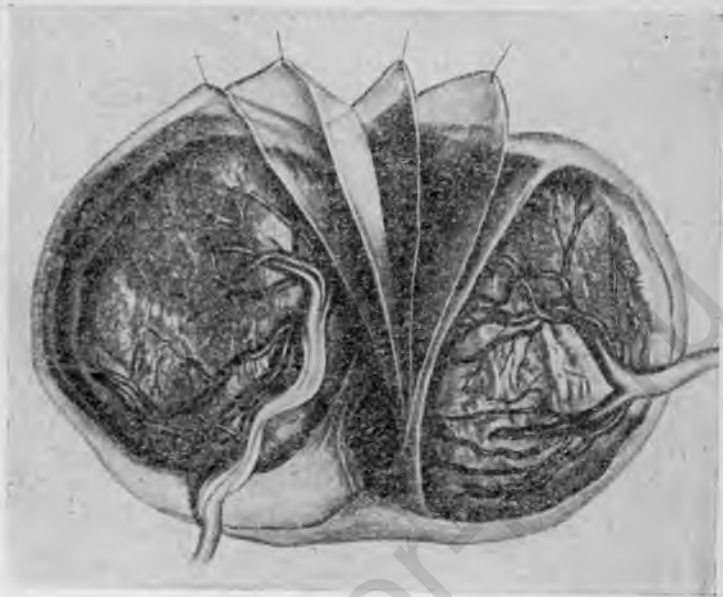


Рис. 171. Послед при двуяйцевой двойне

При двуяйцевой двойне каждый плодный мешок имеет свою водную и ворсистую оболочки. Перегородка между плодными мешками состоит из четырех оболочек: двух водных и двух ворсистых, легко отделяющихся друг от друга.

Продольное положение плодов.



Рис. 172.  
Оба плода — в головном  
предлежании



Рис. 173.  
Один плод в головном  
предлежании,  
второй — в тазовом

При многоплодной беременности продольное положение обоих плодов встречается в 90% случаев.





Рис. 174. Поперечное положение обоих плодов

Раздел III  
ПАТОЛОГИЧЕСКОЕ АКУШЕРСТВО

---

1. СОЧЕТАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ С АНОМАЛИЯМИ  
РАЗВИТИЯ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ  
И ИХ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ



Р и с. 175. Беременность в двойной матке

Вторая, небеременная матка незначительно увеличена в объеме. В слизистой оболочке ее происходят децидуальные изменения.



Рис. 176. Беременность в седловидной матке



Рис. 177. Беременность в замкнутом рудиментарном роге матки на 3-м месяце

Разрыв стенки рудиментарного рога вследствие разрушения ее ворсинками хориона.



Рис. 178. Беременность и миома матки

Миоматозный узел расположен субсерозно. Плацента расположена в области узла. Тазовое предлежание плода.

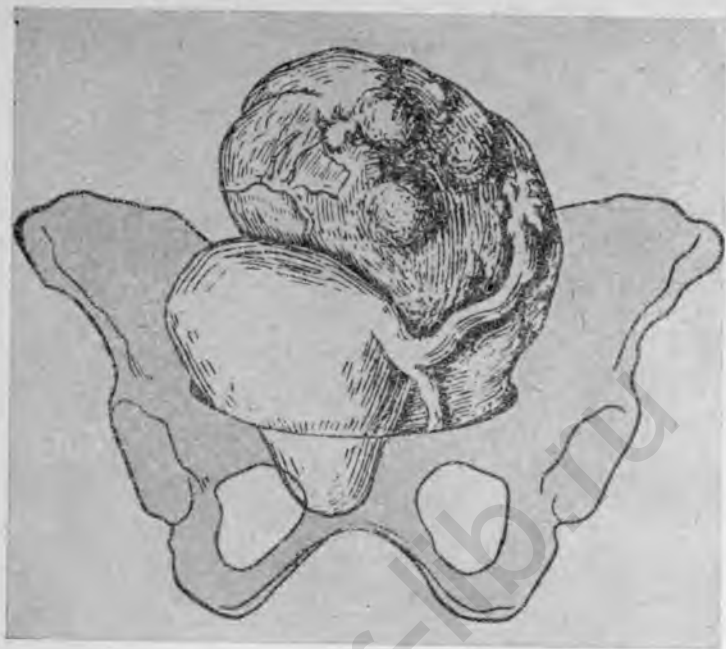


Рис. 179. Беременность и киста яичника

Киста препятствует нормальному росту беременной матки. Располагаясь неподвижно в малом тазу, опухоль затрудняет прохождение плода через родовые пути.

## 2. АНОМАЛИИ РАЗВИТИЯ ЭЛЕМЕНТОВ ПЛОДНОГО ЯИЦА

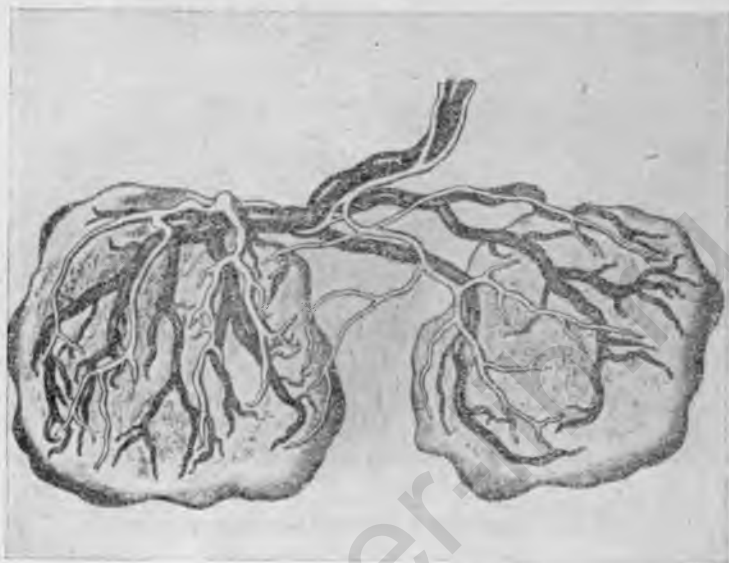


Рис. 180. Двойная плацента

Обе части плаценты соединены между собой кровеносными сосудами.

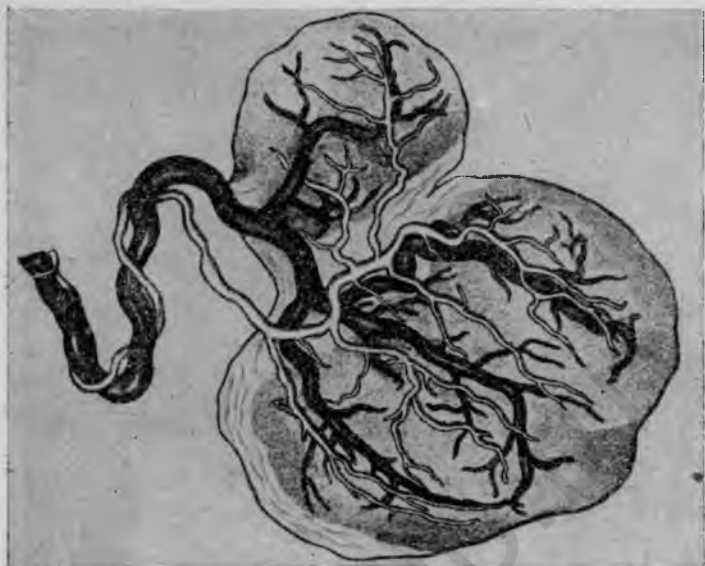
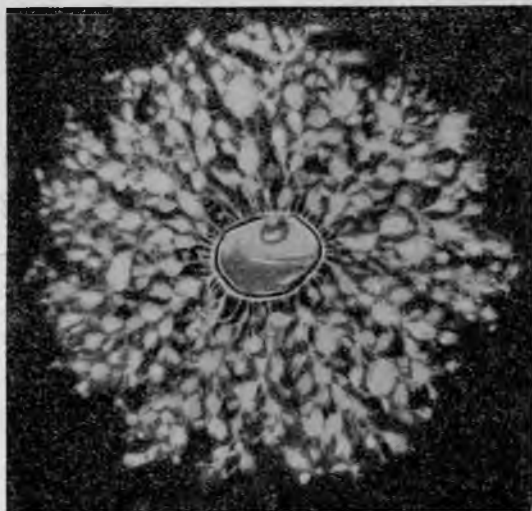


Рис. 181. Плацента с большой добавочной долькой

Добавочная долька плаценты расположена на некотором расстоянии от края плаценты и соединена с ней кровеносными сосудами, идущими между оболочками. Задержавшаяся в матке после родов добавочная долька плаценты может явиться причиной возникновения кровотечения и послеродовых септических заболеваний. Чтобы исключить наличие добавочной дольки в матке, при осмотре родившейся плаценты следует обратить внимание, не отходят ли от края плаценты сосуды, которые на некотором расстоянии обрываются.



Р и с. 182. Пузырный занос

В центре — остатки яйцевой полости. Ворсинки хориона превращены в пузырьки, заполненные светлой жидкостью. Пузырьки расположены на стебельках, величина пузырьков от просяного зерна до вишни. По внешнему виду конгломераты пузырьков напоминают гроздь винограда.





Р и с. 183. Разрушающий пузырьный занос

Пузырьки проросли децидуальную оболочку и мускулатуру матки, разрушили ее стенку и проникли в брюшную полость.



Р и с. 184. Хорионэпителиома матки с метастазами во влагалище

Хорионэпителиома — злокачественная, быстро развивающаяся опухоль. Частицы опухоли гематогенным путем заносятся в разные органы (легкие, влагалище, мозг, печень и др.), образуя метастазы.

### 3. ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЕ ПРЕРЫВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И ВНЕМАТОЧНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ

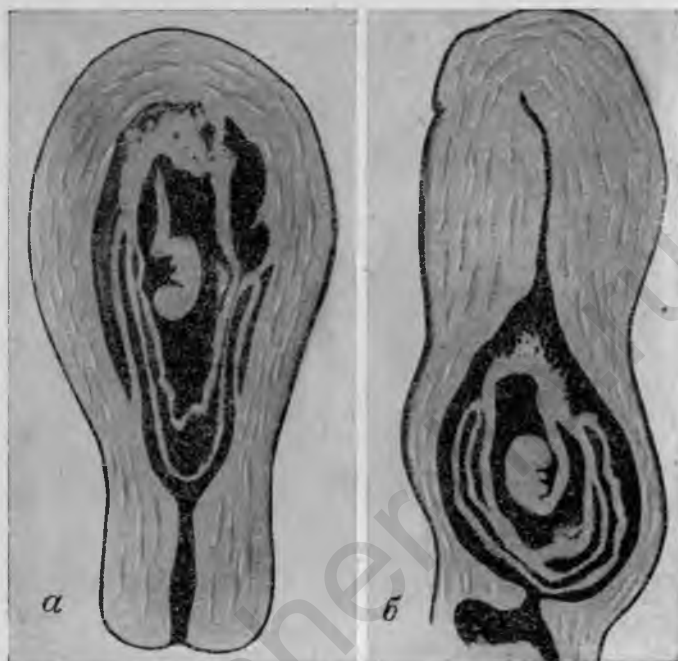


Рис. 185. Выкидыш на 2-м месяце беременности

Плодное яйцо отслоилось на небольшом участке и находится еще в матке. Шеечный канал закрыт (Рис. 185, а). Плодное яйцо отслоилось целиком и опустилось в шеечный канал (Рис. 185, б).

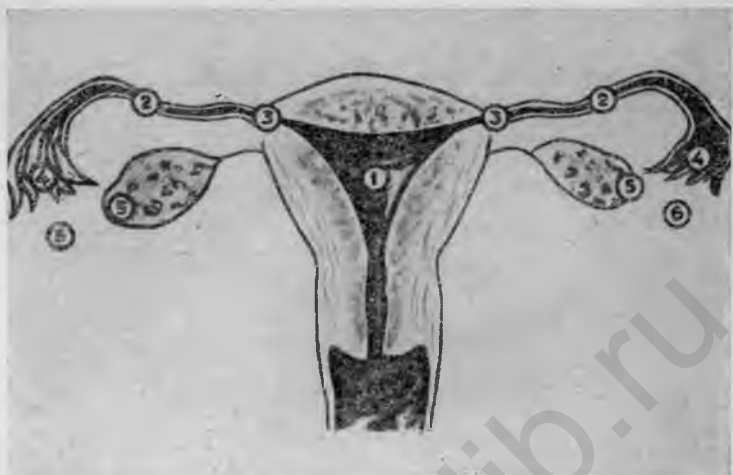
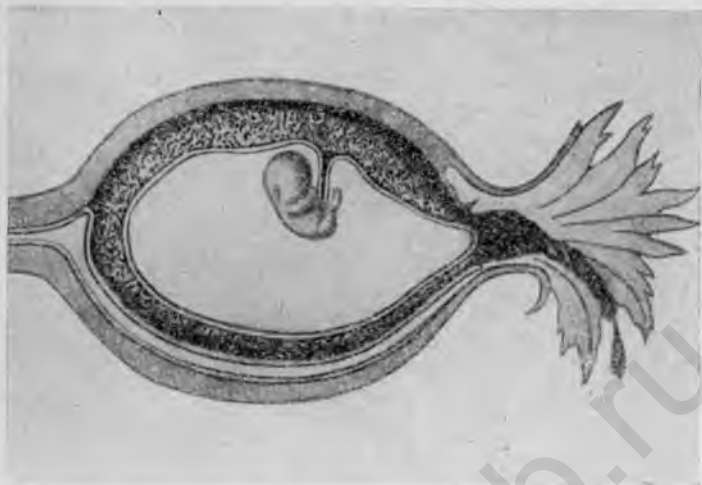


Рис. 186. Схема возможного места прикрепления плодного яйца  
1—в матке 2—в истмической части трубы; 3—в маточной части  
трубы; 4—в ампулярной части трубы; 5—в яичнике; 6—в брюш-  
ной полости

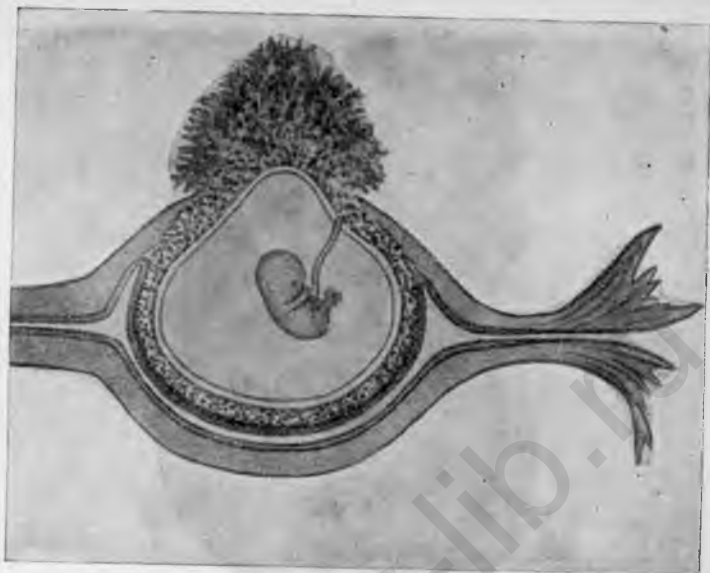
В нормальных условиях оплодотворенная яйце-  
клетка перемещается по трубе в матку, где она им-  
плантируется. При нарушении условий продвижения  
яйцеклетки возникает внематочная беременность.



Р и с. 187. Трубная беременность

Внутренний разрыв плодместилища (схема)

Плодное яйцо в исключительных случаях развивается в трубе до второй половины беременности. В большинстве случаев развитие яйца прерывается на 2—3 месяце беременности. При внутреннем разрыве плодместилища отслойка яйца происходит без нарушения стенки трубы; в полости трубы образуются скопления крови.



Р и с. 188. Трубная беременность  
Наружный разрыв плодместилища (схема)

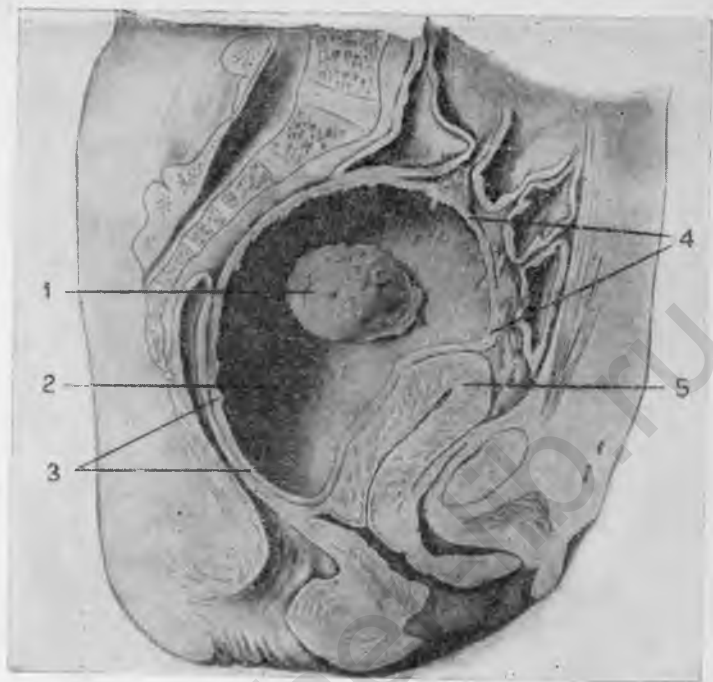
Разрыв трубы возникает вследствие разрушения («проедания») ее стенки ворсинками; таким образом, разрыв трубы не зависит от механического перерастяжения ее стенок. Из разорвавшихся сосудов стенки трубы происходит сильное кровотечение в брюшную полость.



Рис. 189. Трубный выкидыш. Яйцо проходит через брюшное отверстие трубы

1—плодное яйцо; 2—бахромки; 3—ампулярная часть трубы; 4—истмическая часть трубы

При трубном выкидыше плодное яйцо отслаивается от своего ложа, часто гибнет и выбрасывается из просвета трубы в брюшную полость, где рассасывается. Мускулатура стенки расширенной трубы не может сократиться настолько, чтобы закрыть кровоточащие сосуды на месте имплантации яйца; из этого участка происходит кровотечение в просвет трубы и через ампулярный конец в брюшную полость.



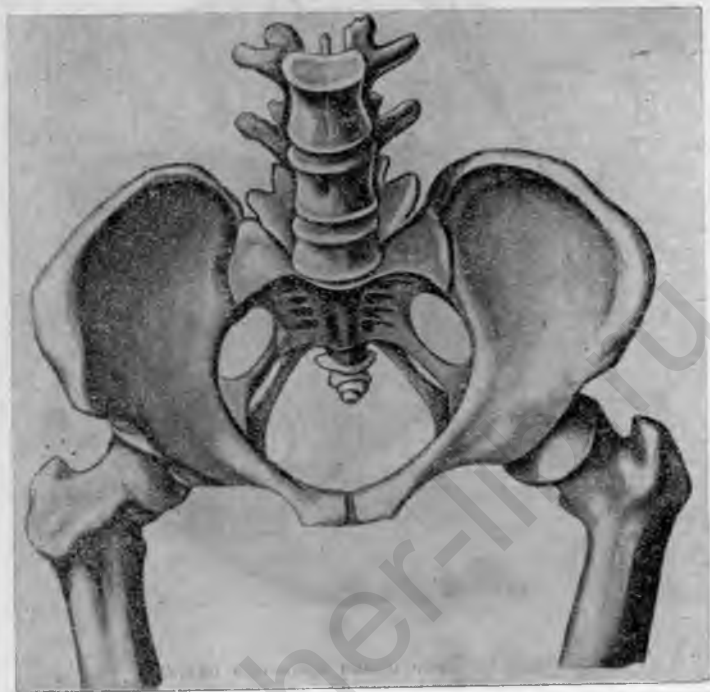
Р и с. 190. Заматочная кровяная опухоль

1—пропитанное кровью яйцо; 2—полость мешка *haematocoele*, наполненная свернувшейся кровью; 3—стенка кровяного мешка, 4—стенка мешка; 5—*fundus uteri*.

При значительном кровотечении и скоплении крови в маточнопрямокишечном углублении образуется заматочная кровяная опухоль.

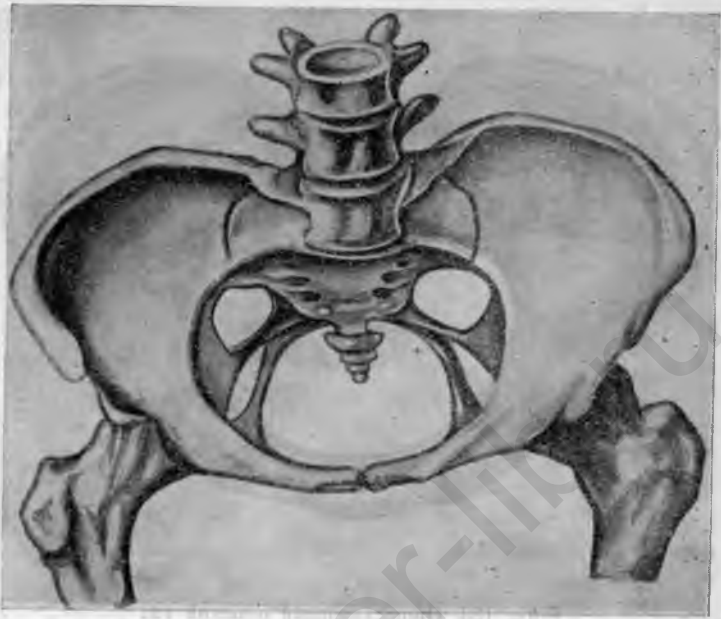


#### 4. АНОМАЛИИ КОСТНОГО ТАЗА



Р и с. 191. Общеравномерносуженный таз

При общеравномерносуженном тазе все размеры таза укорочены в одинаковой степени — обычно на 2 см и больше. Общеравномерносуженный таз характеризуется примерно следующими наружными размерами: *distantia spinarum* — 23 см; *distantia cristarum* — 26 см; *distantia trochanterica* — 29 см; *conjuncta externa* — 18 см.



Р и с. 192. Простой плоский таз

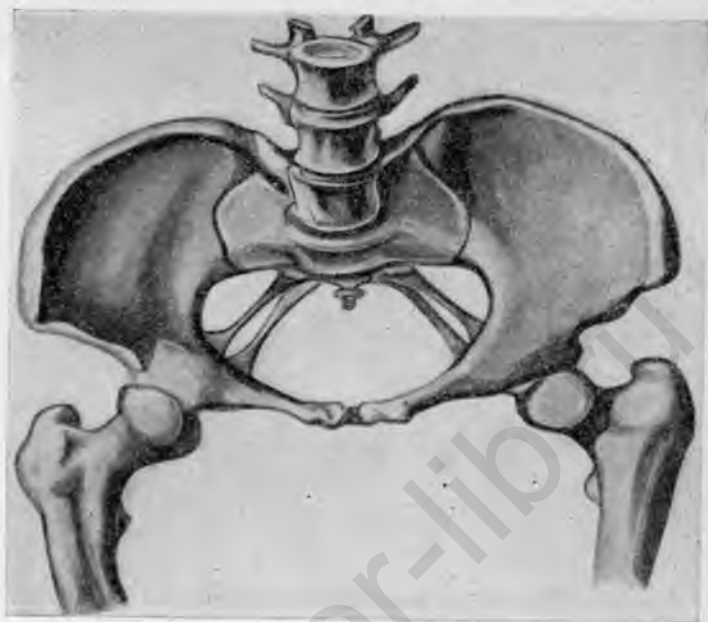
Простой плоский таз характеризуется тем, что весь крестец приближен к симфизу, вследствие чего укорачиваются все прямые размеры таза — входа в него, полости и выхода.

Простой плоский таз при средних степенях уплощения имеет примерно следующие размеры: *distantia spinarum* — 25 см; *distantia cristarum* — 28 см; *distantia trochanterica* — 31 см; *conjugata externa* — 17 см.



Р и с. 193. Общесуженный плоский таз

Общесуженный плоский таз представляет собой комбинацию общеравномерносуженного и плоского тазов. Наиболее сильно укороченным оказывается передне-задний размер входа в таз. Общесуженный плоский таз при средних степенях сужения имеет примерно следующие размеры: *distantia spinarum* — 23 см; *distantia cristarum* — 26 см; *distantia trochanterica* — 29 см; *conjugata externa* — 16 см.



Р и с. 194. Плоский рахитический таз

При плоско-рахитическом тазе прямой размер входа в него значительно укорочен.

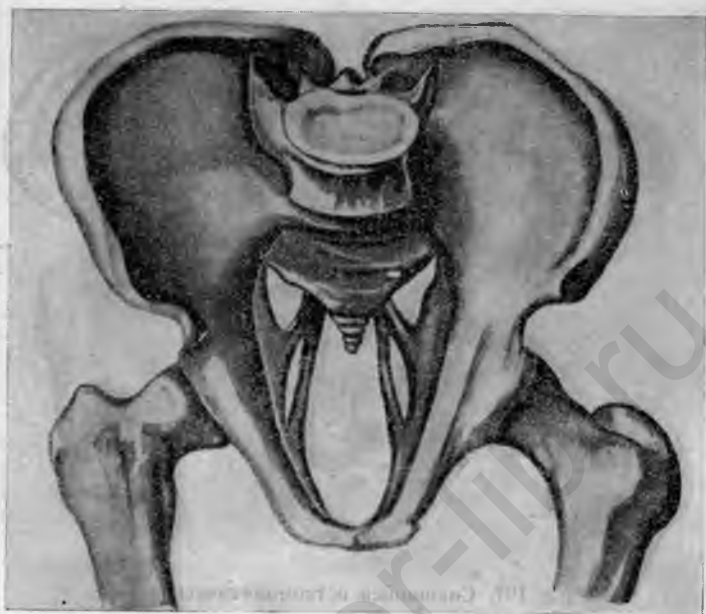
Вход в таз имеет почкообразную форму. Поперечные и прямые размеры обычные. Размеры выхода из таза увеличены.

Плоско-рахитический таз при средних степенях сужения имеет примерно следующие наружные размеры: *distantia spinarum* — 26 см; *distantia cristarum* — 27 см; *distantia trochanterica* — 31 см; *coniugata externa* — 17 см.



Рис. 195. Кососмещенный таз  
(правосторонняя коксальгия)

Кососмещенный таз возникает обычно на почве перенесенного воспаления тазобедренного или коленного сустава. При этом область таза, соответствующая здоровому тазобедренному суставу, становится уже. Ввиду обычно незначительного сужения кососуженного таза препятствие в родах встречается редко.



Р и с. 196. Анкилотический поперечносуженный таз

Поперечносуженный таз возникает тогда, когда лишенный обоих крыльев узкий крестец оказывается втиснутым между подвздошными костями. При этом происходит резкое сужение поперечных размеров таза, прямые размеры остаются без изменения. При резком поперечном сужении таза роды невозможны.



Рис. 197. Спавшийся остеомалятический таз

Остеомалятический (спавшийся) таз образуется вследствие размягчения костей и нередко сочетается с резкими изменениями всего скелета. Под влиянием тяжести туловища крестец погружается в полость таза, противодействием бедер вертлужные области вдавливаются в таз, лонные кости изгибаются, симфиз выступает клювовидно, лонная дуга становится узкой. При таком тазе родоразрешение возможно лишь путем кесарева сечения.



Рис. 198. Ромб Михаэлиса при нормальном и патологическом тазах

1—нормальный таз; 2—общеравномерносуженный таз, 3—плоскорихитический таз; 4—асимметрический таз при кифосколиозе

1. При нормальном тазе ромб имеет вид почти правильного квадрата, в котором все углы прямые; поперечная диагональ делит ромб на два одинаковых по величине треугольника, сложенных своими основаниями.

2. При общеравномерносуженном тазе ромб вытянут в длину по вертикальной диагонали, верхний и нижний углы его острые, а боковые — тупые.

3. При плоскорихитическом тазе боковые углы ромба острые, а верхний и нижний — тупые. В таком тазе ясно видно отличие в размерах обоих треугольников — уменьшен верхний треугольник.

4. При асимметрическом тазе и других деформациях таза ромб неправильной формы.



## 5. ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ ПРИ УЗКОМ ТАЗЕ

Форма живота в конце беременности при значительном сужении таза.



Рис. 199.

У первородящей —  
остроконечный живот

Рис. 200.

У многородящей —  
отвислый живот

При узком тазе головка плода не может опуститься в таз и стоит очень высоко, ввиду чего матка отклоняется из вертикального в почти горизонтальное положение. У первобеременных с упругими стенками живота из-за резкой антефлексии матки образуется остроконечный живот (Рис. 199). У повторнобеременных со слабыми брюшными стенками — отвислый живот (Рис. 200).

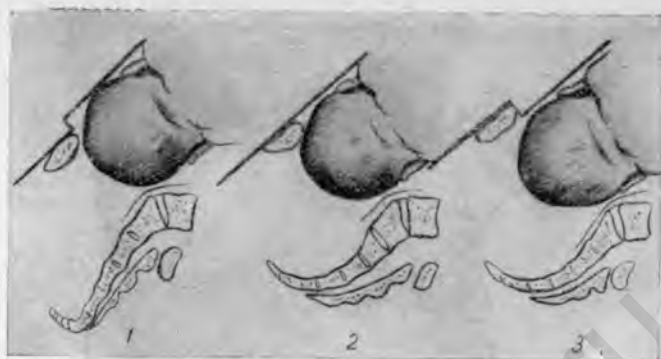


Рис. 201. Признак Вастена

При узком тазе головка плода резко выступает над лоном — признак *Вастена* положительный (Рис. 201, 1).

Если головка плода в процессе родов стоит на одном уровне с лонным сочленением — признак *Вастена* слабо положительный — «вровень» (Рис. 202, 2).

При нормальных отношениях головки плода с тазом, головка, по мере опускания в полость таза, стоит ниже (глубже) лона — признак *Вастена* отрицательный (Рис. 201, 3).



Рис. 202. Конфигурация головки при общеравномерносуженном тазе

При общеравномерносуженном тазе головка плода вытягивается в виде клина с родовой опухолью в области малого родничка.



Рис. 203. Асинклитическое вставление головки плода. Передний асинклитизм

При переднем асинклитизме или передне-теменном вставлении стреловидный шов стоит ближе к мысу крестцовой кости, чем к лону. Во вход в таз вставляется передняя теменная кость.

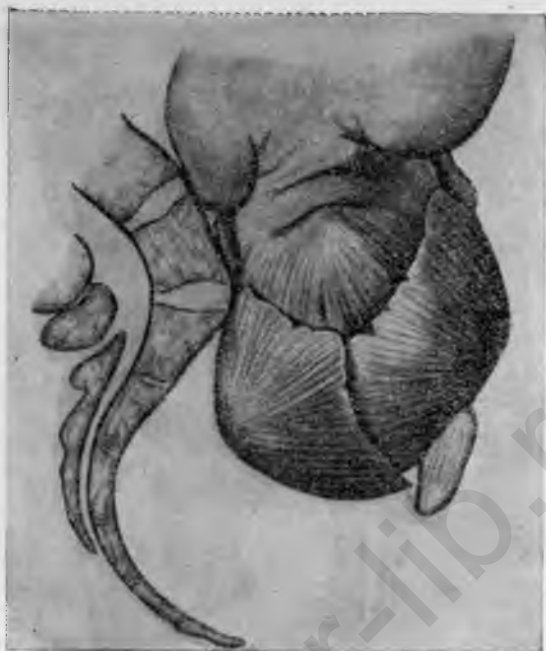
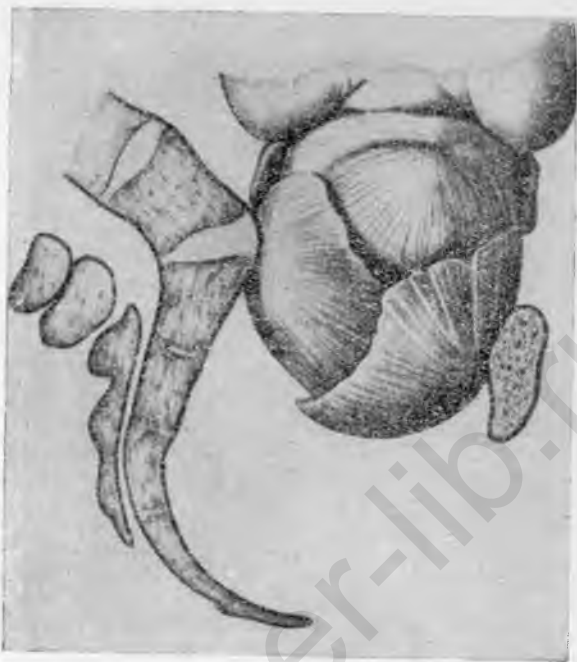


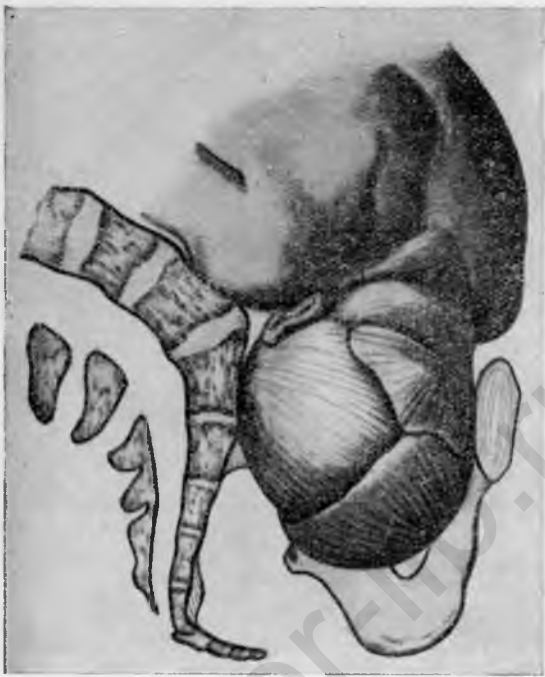
Рис. 204. Асинклитическое вставление головки плода. Задний асинклитизм

При заднем асинклитизме или задне-теменном вставлении стреловидный шов проходит ближе к симфизу. Во вход в таз вставляется задняя теменная кость.



Р и с. 205. Продвижение головки при переднем асинклизме

При переднем асинклизме задняя теменная кость задерживается некоторое время мысом, тогда как передняя теменная кость первой опускается в полость таза. На рисунке — головка опустилась задней теменной костью, и асинклизм ликвидирован.



Р и с. 206. Прodвижение головки при переднем асинклизме

После того как передняя теменная кость опустится в широкую часть полости малого таза, опускается и задняя теменная кость.



Рис. 207. Ложкообразное вдавление головки

При узком (плоскорахитическом) тазе, когда головка плода долгое время прижата к мысу, на ней остаются желобоватые или ложкообразные вдавления (Рис. 207), заметные после родов. Чаше эти вдавления встречаются на задней теменной кости.



Р и с. 208. Нормальный таз. Головка плотно вставилась в костное кольцо входа; разделение вод на передние (нижние) и задние (верхние)



Р и с. 209. Узкий таз. Головка долго не вставляется. Передний и задний отделы плодного пузыря свободно сообщаются между собой



Рис. 210. Выпадение пуповины. Плодного пузыря нет. Пуповина сдавлена

Раннее отхождение вод иногда влечет за собой выпадение петли пуповины, увлекаемой током быстро отошедших околоплодных вод. В дальнейшем при фиксировании головки в тазу пуповина сдавливается и наступает асфиксия плода, а нередко и внутриутробная смерть его.



Рис. 211. Вправление пуповины и наложение кожноголовных щипцов

Для вправления пуповины роженице придают положение с приподнятым тазом. Рука вводится во влагалище и кончиками пальцев осторожно, не сдавливая пуповины, ее заправляют за головку, а на кожу головки тотчас же другой рукой накладывают щипцы *Дуайена*. К щипцам привязывают марлевый бинт и подвешивают груз (300—400 г).

## 6. АНОМАЛИИ ПОЛОЖЕНИЯ ПЛОДА



Р и с. 212. Операция кольпейриза при поперечном положении плода

При неправильных положениях плода, во избежание возможного раннего разрыва плодного пузыря со всеми его последствиями, с профилактической целью некоторые акушеры рекомендуют ввести во влагалище кольпейринтер. Кольпейринтер противодействует интраамниальному давлению, чем и предупреждается разрыв пузыря. Кольпейринтер оставляется во влагалище не больше, чем на 8—10 часов (опасность инфекции).



Рис. 213. Подмышечная впадина замкнута влево — головка слева.



Рис. 214. Подмышечная впадина замкнута вправо — головка справа



Рис. 215. Поперечное положение плода. Задний вид. Выпадение правой ручки



Р и с. 216. Поперечное положение плода. Воды отошли. Спадение  
зева



Р и с. 217. Различие между стопой и ручкой

При влагалищном исследовании для отличия ручки от ножки надо руководствоваться следующими признаками: пальцы ножки короткие, большой палец примыкает к остальным пальцам; пальцы руки более длинные и неодинаковой величины. Отличительным признаком ножки является пяточный бугор.





Рис. 218. Плод в поперечном положении. Самоизворот



Р и с. 219. Роды в поперечном положении. Роды двойным телом

## 7. НЕПРАВИЛЬНЫЕ ПРЕДЛЕЖАНИЯ ПЛОДА

Переднеголовное предлежание

Лобное предлежание



Рис. 220.

Рис. 221.



Рис. 222. Лицевое предлежание



Р и с. 223. Переднеголовное предлежание

Большой родничок — наиболее низко расположенная часть головки. Стреловидный шов проходит слегка в левом косом размере таза.



Р и с. 224. Прорезывание головки при переднеголовном предлежании

При переднеголовном предлежании головка прорезывается окружностью, соответствующей прямому размеру. Из половой щели в первую очередь показывается большой родничок и лобик. Головка, фиксируясь в области переносья, под лонной дугой, начинает сгибаться, перекатываясь через промежность в области копчика; после этого головка разгибается, из-под симфиза выходят личико и подбородок.



Р и с. 225. Конфигурация головки при переднеголовном предлежании

Головная опухоль располагается в области большого родничка; конфигурация головки резко выражена. Головка вытянута вверх теменной частью, по форме напоминающая башню.

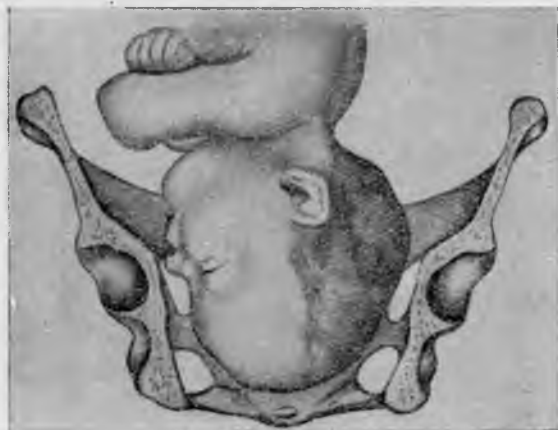


Рис. 226.

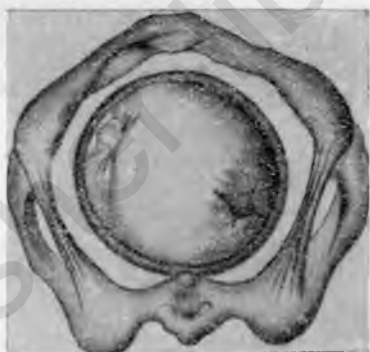


Рис. 227.

Головка стоит в тазу затылком, обращенным к левой боковой стенке таза, лицо и подбородок обращены к правой боковой стенке таза (Рис. 226).

При влагалитном исследовании: большой родничок достижим с трудом — слева, справа выступают надбровные дуги и корень носа (Рис. 227).



Р и с. 228. Прорезывание головки в лобном предлежании

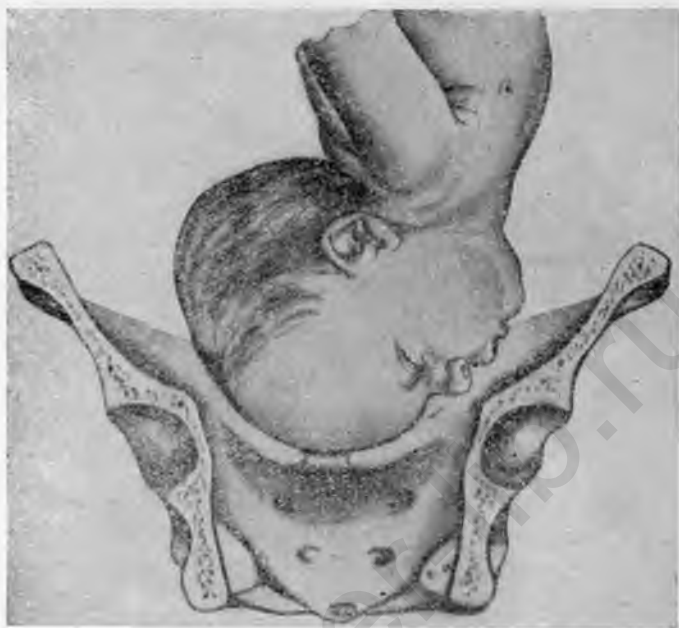
В лонную дугу упирается область верхней челюсти или скуловых костей. При этом сначала происходит сгибание головки, над промежностью выкатываются темя и затылок, затем происходит разгибание и из-под лонной дуги рождается нижняя часть лица и подбородок.





Р и с. 229. Конфигурация головки при лобном предлежании

Резкая конфигурация головки, вытянутой в направлении лба. Родовая опухоль расположена в области лба.



Р и с. 230. Лицевое предлежание

При влагалищном исследовании вначале определяется лоб, корень носа и надбровные дуги, как это имеет место при лобном предлежании. При прогрессирующем разгибании определяется подбородок.



Рис. 231. Лицевое предлежание (вторая позиция)



Рис. 232. Второе лицевое предлежание

Головка в широкой части полости таза. Лицевая линия в правом косом размере. Подбородок является ведущей точкой (Рис. 231).

Лицевая линия в правом косом размере, затем она переходит в прямой, подбородок поворачивается к симфизу (Рис. 232).



Рис. 233. Прорезывание личика

Передняя поверхность шеи прижата к симфизу, в лонную дугу упирается область подъязычной кости (угол между подбородком и шеей). Затылок упирается в нижнюю часть крестца, во входе в таз стоят плечики.



Р и с. 234. Роды в лицевом предлежании

После рождения лица над промежностью рождается темя



Р и с. 235. Лицевое предлежание. Вторая позиция

Подбородок обращен кзади. Рождение возможно, если подбородок повернется на  $135^{\circ}$



Рис. 236. Передний вид лицевого предложения

Ненормальный поворот подбородка кзади. Лоб упирается в лонную дугу, шея вытянута. Затылочная часть головки максимально загнута к спинке. Рождение плода невозможно.



Рис. 237. Конфигурация головки при лицевом предлежании

Родовая опухоль расположена на личике. Лицо отечное, сине-багрового цвета, губы и веки припухлы.



### Высокое прямое стояние головки

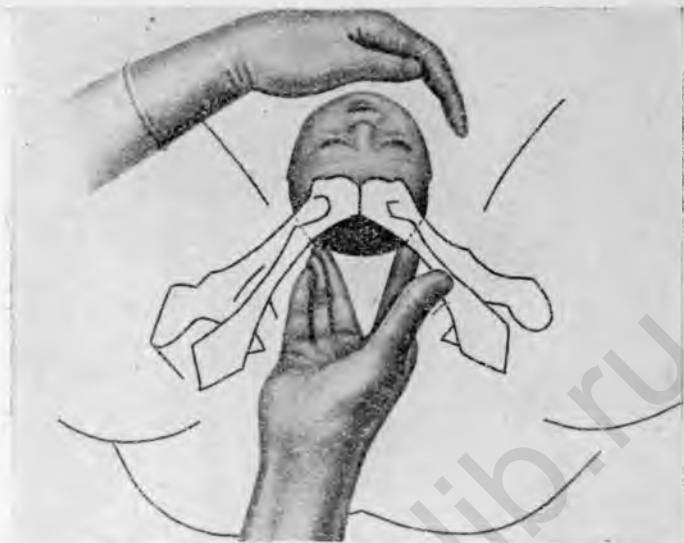
Стреловидный шов совпадает с прямым размером входа в таз — истинной конъюгатой.



Рис. 238. Затылок обращен к мысу.  
(*Positio occipito-sacralis*)



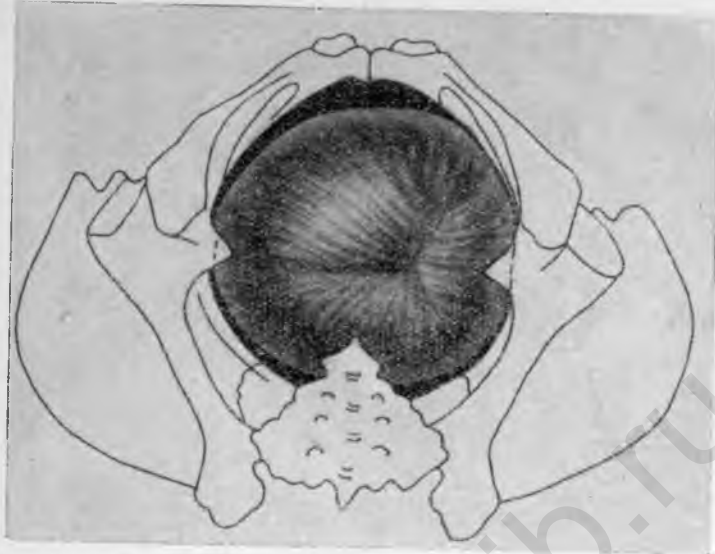
Рис. 239. Затылок обращен кпереди.  
(*Positio occipito-pubica*)



Р и с. 240. Высокое прямое стояние стреловидного шва.

**Ручное исправление положения головки**

При полном или почти полном раскрытии маточно-го зева вводят под эфирным наркозом во влагалище всю кисть руки, захватывают ею головку, как шар, и поворачивают ее по вертикальной оси до тех пор, пока стреловидный шов не станет в поперечном или в одном из косых размеров входа. Вращать головку следует в том направлении, в каком она легче поворачивается. Находящаяся снаружи рука, фиксируя плод через брюшные покровы, способствует вращению головки.



Р и с. 241. Низкое поперечное стояние стреловидного шва

Головка в родах дошла до выхода из таза, не совершив внутреннего поворота. Стреловидный шов стоит в поперечном размере выхода из таза.

## 8. КРОВОТЕЧЕНИЯ ВО ВТОРОЙ ПОЛОВИНЕ БЕРЕМЕННОСТИ И ПРИ РОДАХ



Р и с. 242. Предлежание плаценты

1-2—частичное (1—боковое; 2—краевое); 3—полное

При частичном предлежании плаценты при влагалищном исследовании в зеве определяются плодные оболочки и частично плацентарная ткань (Рис. 242, 1, 2).

При полном предлежании плаценты при влагалищном исследовании в зеве определяется только плацентарная ткань, оболочки не определяются (Рис. 242, 3).

Частичное предлежание плаценты.



Рис. 243.  
До вскрытия плодного пузыря



Рис. 244.  
После вскрытия плодного пузыря

При частичном предлежании плаценты кровотечение прекращается, если после вскрытия плодных оболочек в таз опустится предлежащая головка плода.



Р и с. 215. Предлежание плаценты. Наложение кожно-головных щипцов по Уилт-Иванову

Техника наложения щипцов по *Уилт-Иванову*: после разрыва оболочек складку кож и головки захватывают двузубцами, к которым подвешивают груз до 400 г. Это способствует прижатию предлежащей головкой кровоточащего участка плацентарной площадки, а также усилению схваток и ускорению родов.



Р и с. 246. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, Ретроплацентарная гематома

Гематома выпятила плодовую поверхность плаценты в сторону амнионального мешка.



Р и с. 247. Глубокое вдавление на материнской поверхности плаценты на месте бывшей гематомы

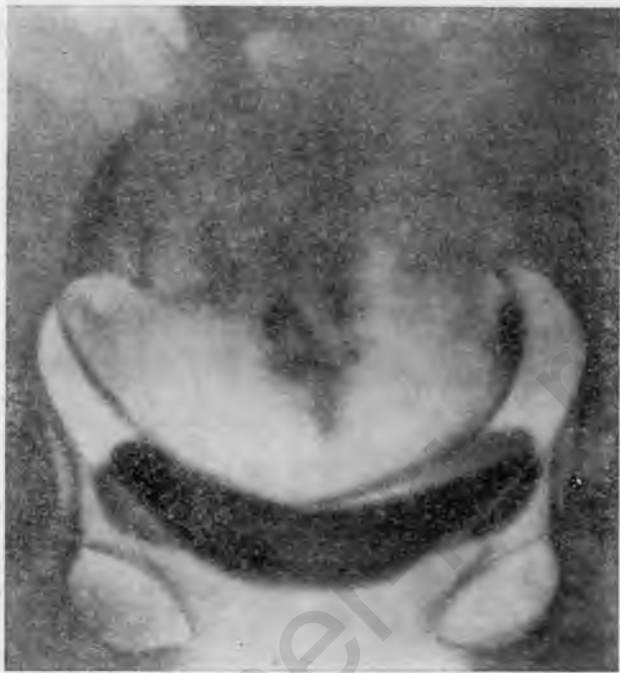


Рис. 248. Рентгенограмма при нормальном расположении плаценты

На цисторентгенограмме тень головки плода почти непосредственно прилегает к тени наполненного контрастным веществом мочевого пузыря (норма).





Рис. 249. Рентгенограмма при полном предлежании плаценты

На цисторентгенограмме между тенью головки плода и тенью наполненного контрастным веществом мочевого пузыря имеется широкая щель, занятая плацентой.

9. ПОВРЕЖДЕНИЯ РОДОВЫХ ПУТЕЙ ПРИ РОДАХ



Р и с. 250. Повреждения наружных половых органов

## Разрывы промежности



Р и с. 251.  
Разрыв промежности  
первой степени



Р и с. 252.  
Разрыв промежности  
второй степени



Р и с. 253.  
Разрыв промежности  
третьей степени

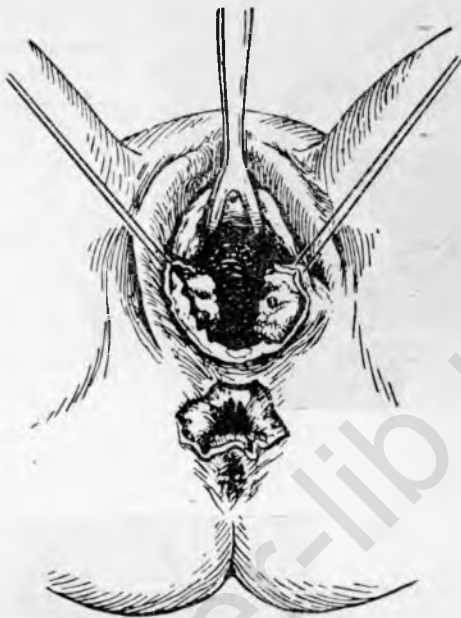
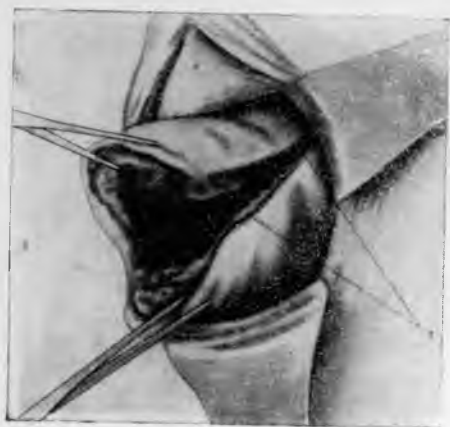


Рис 254. Центральный разрыв промежности

На участке между задней спайкой влагалища и отверстием прямой кишки имеется проникающее отверстие. Через него иногда может родиться плод, если своевременно не будет оказана надлежащая помощь — перинеотомия.



Р и с. 255  
Диагностика разрыва  
шейки матки  
1 — край разрыва



Р и с. 256  
Наложение пулевых  
щипцов на разрыв  
шейки матки для  
низведения верхнего  
угла разрыва

Влагалищная часть матки обнажена широкими длинными зеркалами, передняя и задняя губы захвачены пулевыми щипцами.

На верхний и нижний края разрыва шейки матки наложены по паре пулевых щипцов. Шейка матки низведена — обнажен верхний угол разрыва.



**Рис. 257. Угрожающий разрыв матки.  
Матка напоминает форму песочных часов**

Граница между нижним сегментом и остальной частью матки имеет вид борозды — контракционное кольцо. При угрожающем разрыве матки контракционное кольцо выступает через брюшные стенки в виде борозды, которая идет в косом направлении вблизи или даже выше пупка.



Р и с. 258. Поперечный разрыв матки  
в нижнем сегменте



Р и с. 259. Продольный разрыв матки



Рис. 260. Неполный разрыв матки с образованием гематомы широкой связки



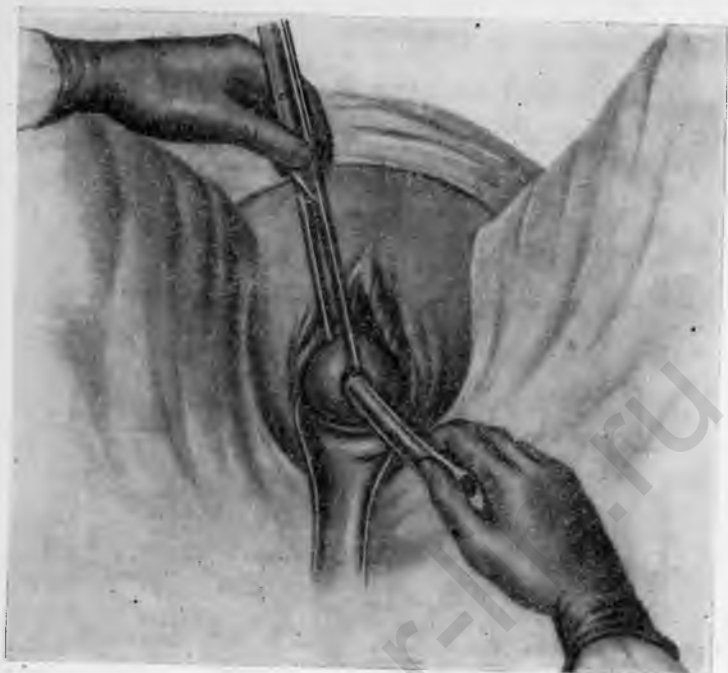
Раздел IV  
ОПЕРАТИВНОЕ АКУШЕРСТВО

1. ОПЕРАЦИИ ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ



Р и с. 261. Зондирование матки

Зеркалами обнажена шейка матки. Пулевыми щипцами захвачена передняя губа шейки матки. Она подтягивается кзади, если матка в положении антефлексии; кпереди — если матка в ретрофлексии.



Р и с. 262. Искусственный аборт

Расширение канала шейки матки расширителем Гегара

Расширитель *Гегара* вводят в шейечный канал медленно, без насилия в соответствии с направлением канала матки (антефлексия, ретрофлексия). Конец расширителя должен продвинуться немного глубже внутреннего маточного зева, не доходя до дна матки.

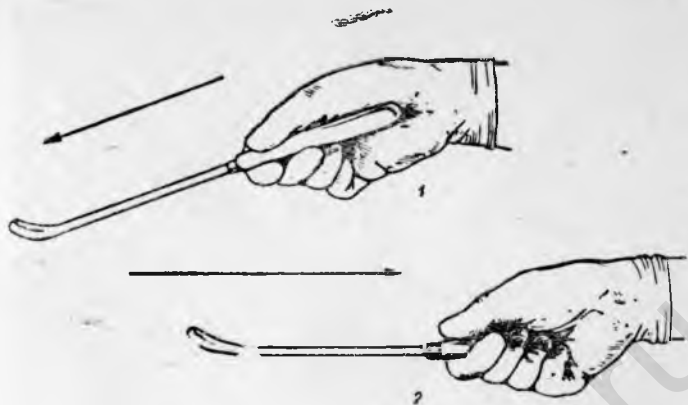


Рис. 263. Положение кюретки в руке при выскабливании матки

- 1 — при введении ее в полость матки  
2 — при выведении ее из матки

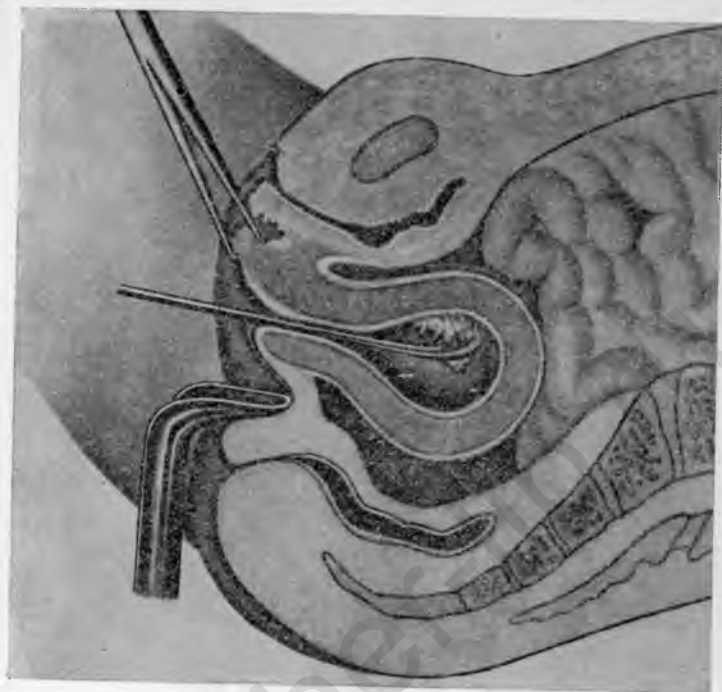
Кюретку следует вводить в матку свободно; «мягкой рукой»; почувствовав сопротивление, надо приостановить продвижение кюретки (Рис. 263, 1).

При выведении кюретки ее прижимают к стенке матки для выскабливания ее содержимого (Рис. 263, 2).



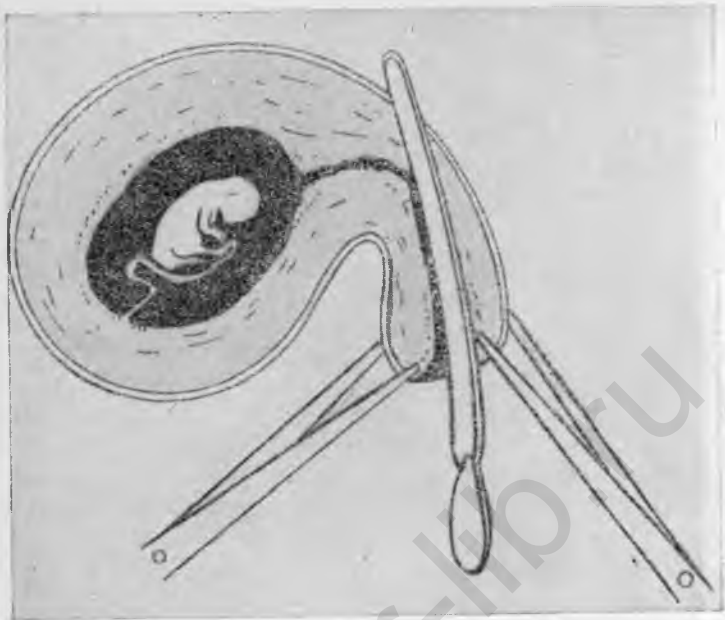
Р и с. 264. Введение кюретки в полость матки

После расширения канала шейки матки вводят осторожно в полость матки до ее дна тупоконечную кюретку, которой и опорожняют полость от плодного яйца.



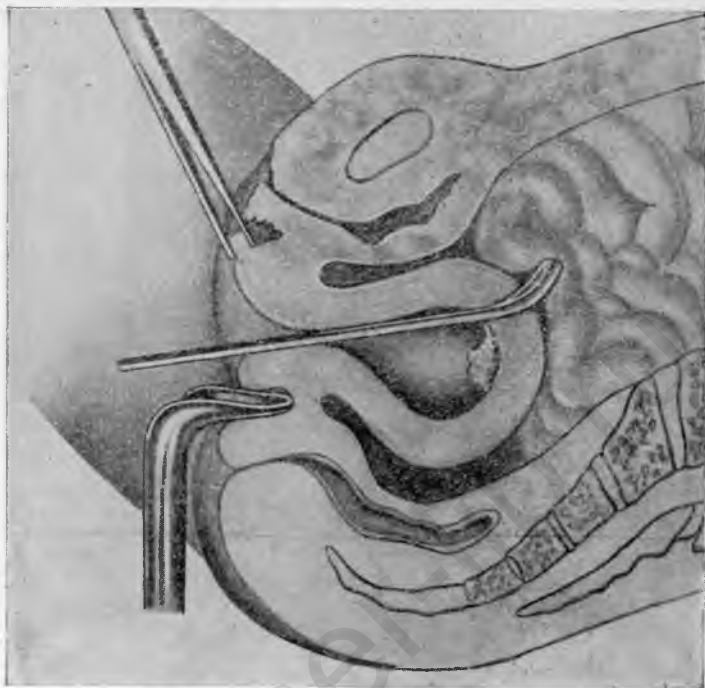
**Р и с. 265. Искусственный аборт**  
**Удаление плодного яйца кюреткой**

Кюреткой осторожно, скользящими движениями, производят последовательно выскабливание по передней, боковым и задней стенкам матки, отделяя плодное яйцо от матки.



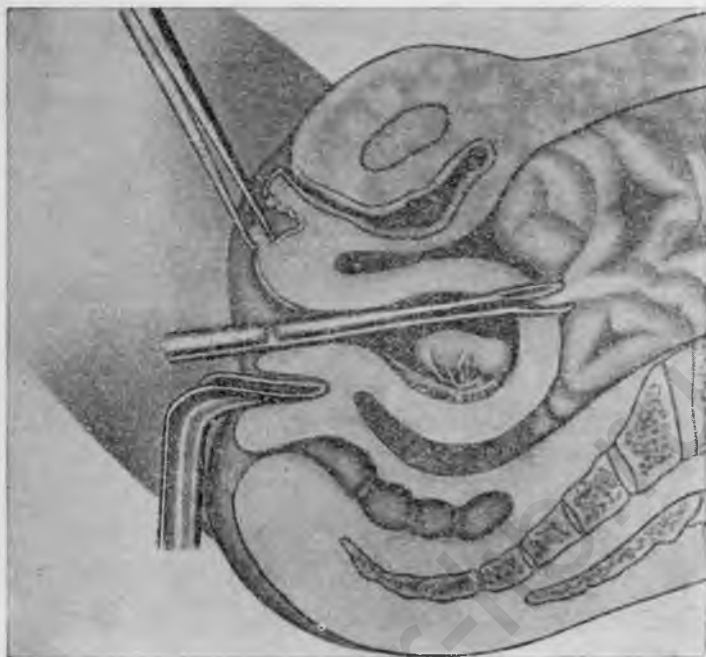
Р и с. 266. Искусственный аборт  
Перфорация матки расширителем

При расширении канала шейки матки расширителем произошла перфорация матки, так как канал матки не был выпрямлен.



Р и с. 267. Искусственный аборт  
Перфорация матки кюреткой

Кюретка проникла через перфорационное отверстие в брюшную полость.



Р и с. 268. Искусственный аборт.

**Перфорация матки**

Захватывание абортными щипцами петли кишечника.



## 2. ОПЕРАЦИИ, ИСПРАВЛЯЮЩИЕ ПОЛОЖЕНИЕ ПЛОДА

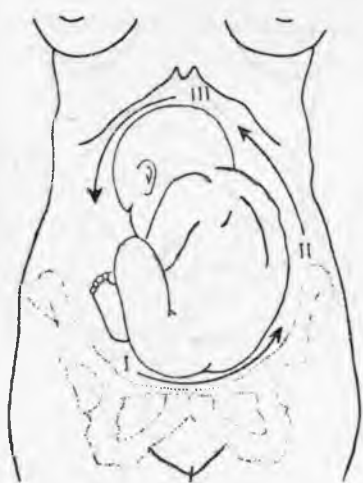


Рис. 269. Наружный профилактический поворот (по Б. А. Архангельскому)  
I—смещение ягодиц в сторону спинки (на рисунке—по ходу стрелки); II—спинки—в сторону головки; III—головки—в сторону брюшной стенки плода



Рис. 270. Неправильная техника наружного профилактического поворота. Разгибание головки

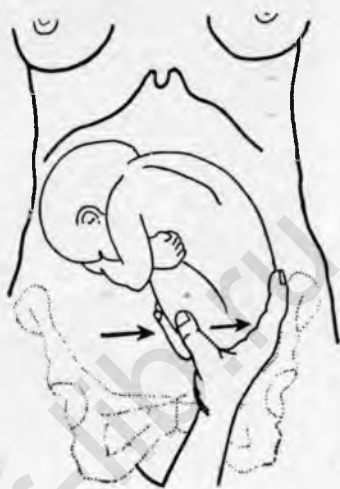
Смещение головки в сторону спинки плода приводит к разгибанию головки.

**Наружный профилактический поворот плода при тазовом предлежании**



**Рис. 271. Первый момент операции (по Б. А. Архангельскому)**

Поднятые над входом в таз подвижные ягодицы смещаются в сторону спинки плода.



**Рис. 272. Второй момент операции — смещение ягодиц в сторону**

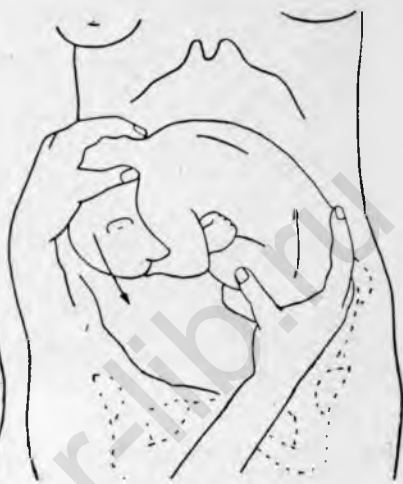
Охват всей рукой ягодиц и отведение их от входа в таз.

**Наружный профилактический поворот плода  
при тазовом предлежании**



**Рис. 273. Третий момент операции**

Правой рукой акушера ягодицы смещены в сторону от входа в таз. Левая рука, охватив головку со стороны подзатылочной области, смещает ее книзу.



**Рис. 274. Выведение головки из подреберья (при переднем виде)**

При ягодицах, смещенных кверху и кзади в одну из подвздошных областей, головка выходит из подреберья и становится более доступной для охвата.



**Р и с. 275. Классический или наружно-внутренний акушерский поворот плода при полном открытии маточного зева.**

**Введение руки для классического поворота**

Рука обильно смачивается стерильным вазелином. Пальцы ее вытянуты, причем концы их касаются друг друга («рука акушера»). Другая рука в это время раздвигает половую щель. Рука, находящаяся внутри, медленно и осторожно вводится во влагалище, а затем в матку.

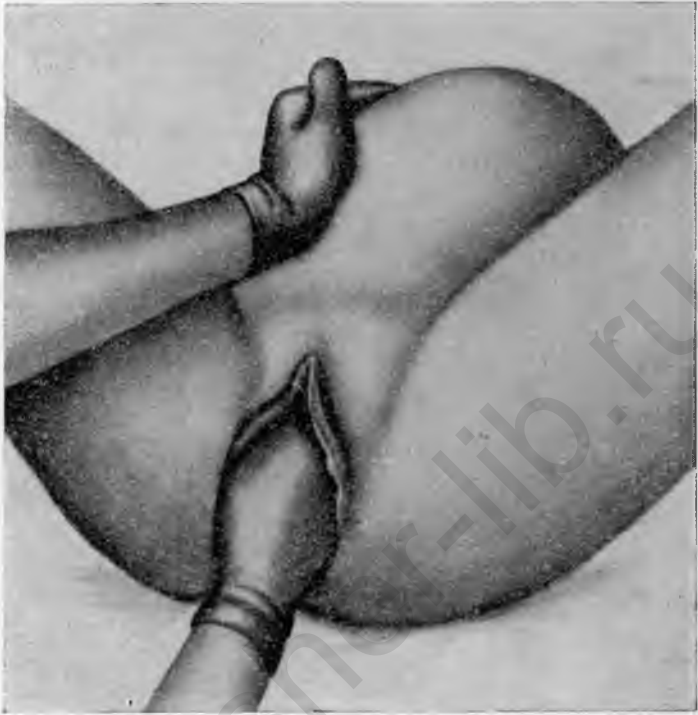


Р и с. 276. Ножка захвачена  
всей кистью руки

Р и с. 277. Ножка захвачена  
двумя пальцами



Рис. 278. Ножка захвачена рукой, находящейся внутри; рука снаружи перемещается с тазового конца на головку и отодвигает ее ко дну матки



Р и с. 279. Ножка захвачена рукой, находящейся внутри; рука снаружи отодвигает головку в направлении дна матки



Рис. 280. Ножка выведена до колена. Поворот закончен



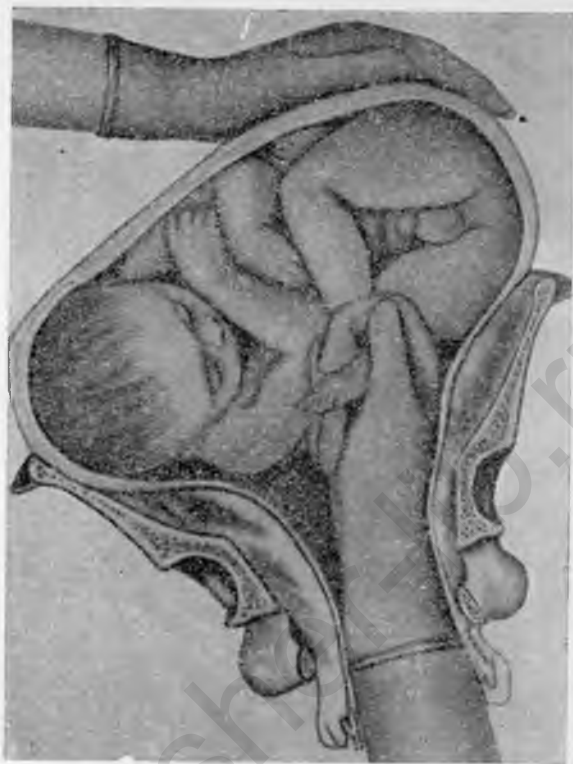


Рис. 281. Захватывание вышележащей ножки при заднем виде поперечного положения



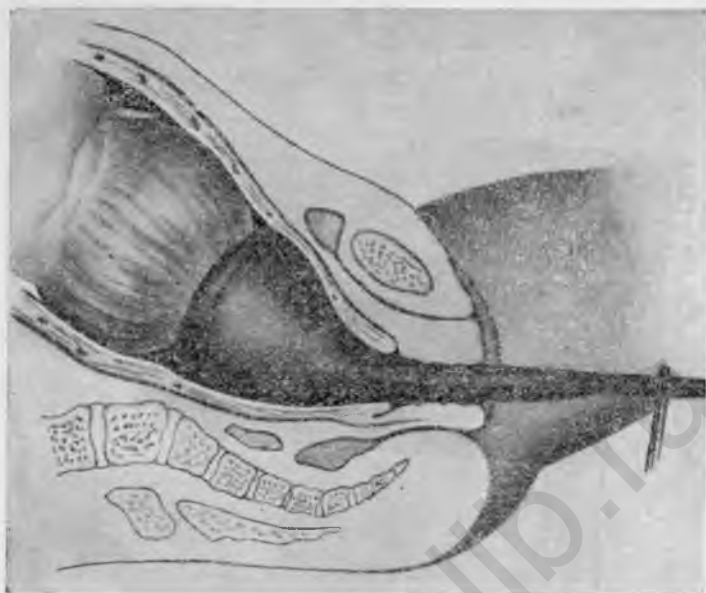
Р и с. 282. Разрыв плодного пузыря  
с помощью пальца

Введенный в маточный зев указательный палец производит давление на нижний полюс пузыря; пузырь при этом прорывается в центре и воды отходят.



Р и с. 283. Разрыв плодного пузыря  
с помощью бранши пулевых щипцов

Под контролем пальца во влагалище вводится бранша пулевых щипцов и давлением острия бранши прорываются оболочки плодного пузыря.



Р и с. 284. Метрейринтер в полости матки

Введенный в полость матки метрейринтер наполнен стерильным физиологическим раствором. На отводящую трубку накладывают зажим.



Р и с. 285. Пальцевое расширение наружного зева шейки матки

Под легким эфирным наркозом во влагалище вводят кисть руки и пальцами постепенно расширяют зев матки (на ширину 3—4 пальцев).



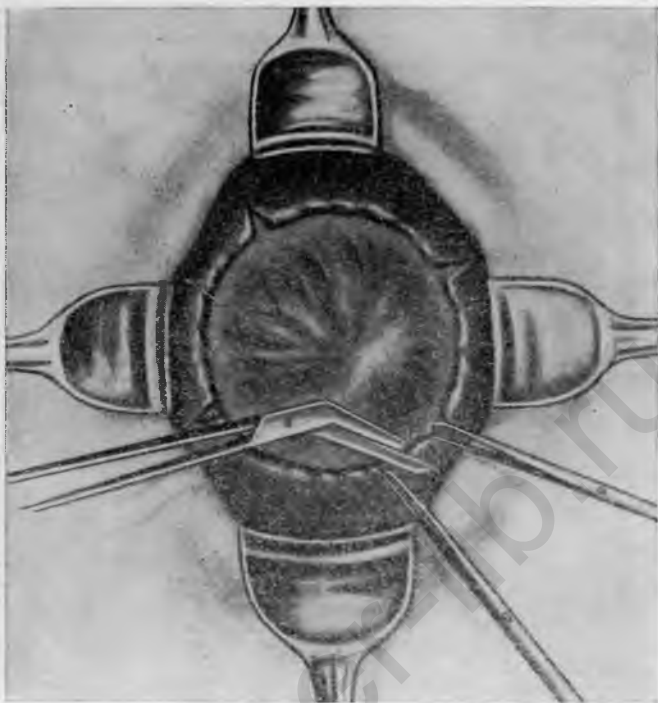
**Р и с. 286. Перинеотомия**

При прорезывании головки плода бранша прямых тупоконечных ножниц вводится плашмя между головкой и задней спайкой, и на высоте очередной потуги рассекают посередине промежность.



Р и с. 287. Эпизиотомия

При эпизиотомии промежность рассекается не по средней линии, а сбоку, отступя на 2 см от средней линии в пределах задней трети большой губы по направлению к седалищному бугру.

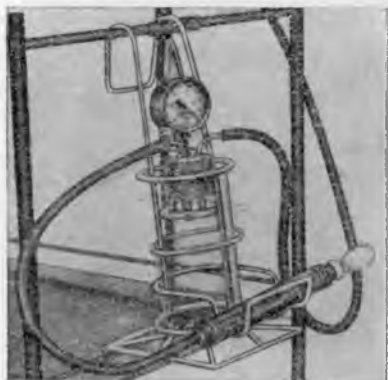


Р и с. 288. Рассечение краев наружного зева

Широкими влагалищными зеркалами раскрыто влагалище; края маточного зева захвачены пулевыми щипцами; ножницами рассекают края зева в направлениях, соответствующих на часовом циферблате 2, 5, 8 и 11 часам.



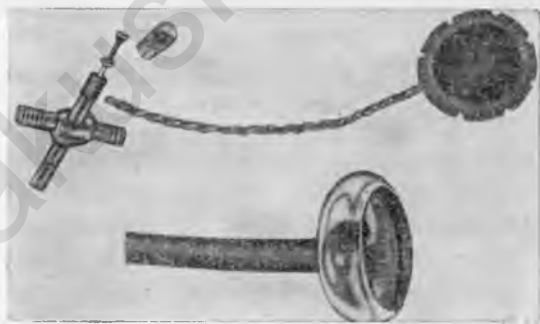
#### 4. ОПЕРАЦИИ РОДОРАЗРЕШАЮЩИЕ



Р и с. 289.  
Вакуум-экстрактор

Аппарат состоит из стеклянной банки с резиновой пробкой, через которую вмонтирована вакуумметр. Отрицательное давление создается при помощи насоса.

Вакуум-экстрактор состоит из набора металлических чашечек различного размера (диаметром ст 15 до 60 мм) с закругленными краями и вогнутой поверхностью. Чашечка при помощи металлической цепочки, пропущенной через резиновую трубку, соединяется с металлическим краном, который служит для закрепления цепочки и подвешивания груза.



Р и с. 290. Составные части вакуум-экстрактора



Р и с. 291. Чашечка вакуум-экстрактора наложена на область  
малого родничка

## Наложение акушерских щипцов



Рис. 292. Введение левой ветви щипцов

При введении левой ветви щипцов верхушка ее ставится нижним ребром на желобок между вторым и третьим пальцами введенной во влагалище правой руки; по этому желобку ложка скользит в глубь родового канала. Большой палец в это время устанавливается на нижнем ребре ложки, помогая ее продвижению.



**Р и с. 293. Введение правой ветви щипцов**

Правая ветвь берется правой рукой и вводится в правую половину таза под контролем введенных в родовые пути пальцев левой руки. Правая ветвь должна лежать над левой.



Р и с. 294. Замыкание щипцов

При замыкании щипцов каждая рукоятка захватывается одноименной рукой таким образом, чтобы большие пальцы лежали по длине верхней поверхности щипцов и на крючках *Буша*. При правильном наложении щипцов замыкание их обычно совершается легко, рукоятки сближаются, прикасаются своими внутренними поверхностями вплотную или почти вплотную.

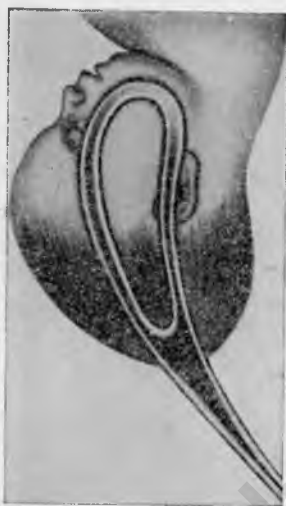


Рис. 295. Щипцы наложены правильно — малый родничок находится в плоскости щипцов



Рис. 296. Щипцы наложены неправильно и не замыкаются — лежат не в горизонтальной плоскости



Р и с. 297. Положение рук акушера при тракциях

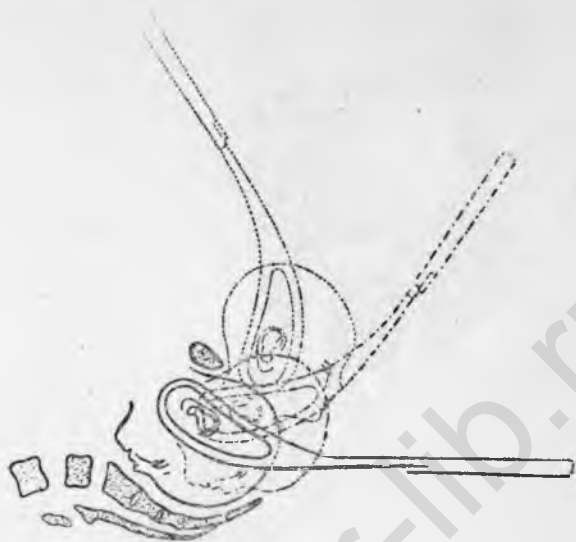
Правая рука остается на щипцах, левая захватывает рукоятки в кулак снизу. Извлечение головки щипцами совершается отдельными тракциями, которые, как и потуги, должны по своей силе медленно и постепенно нарастать и также постепенно ослабевать.



Рис. 298. Захватывание щипцов по Н. А. Цовьянову

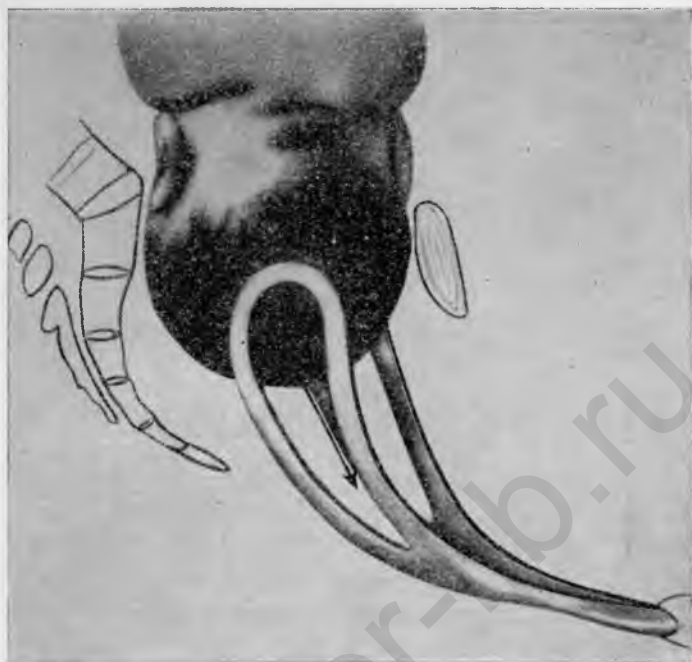
При захватывании щипцов по *Н. А. Цовьянову* устраняется возможность сильного сжатия головки. Кроме того, давлением четвертых и пятых пальцев обеих рук на верхнюю поверхность отходящих от замка параллельных ветвей щипцов головка отводится от лонного сочленения и следует по оси таза в направлении к крестцовой впадине; этому же способствуют и большие пальцы, производящие давление на нижнюю поверхность рукояток, направляя их кпереди (кверху).





Р и с. 299. Направление тракций (позиции)

При головке, стоящей в полости таза, тракции щипцов производятся сперва кзади (книзу), под острым углом к горизонту; если головка стоит в выходе, то тракции идут горизонтально («на себя»); при выведении головки через вульварное кольцо тракции направляются круто кпереди (вверх).



Р и с. 300. Вертикальное соскальзывание щипцов с головки

Верхушки ложек, расходясь все больше и больше вытягиваются при тракциях через головку наружу. Пустые щипцы показываются из половой щели и неминуемо травмируют мягкие ткани родовых путей.

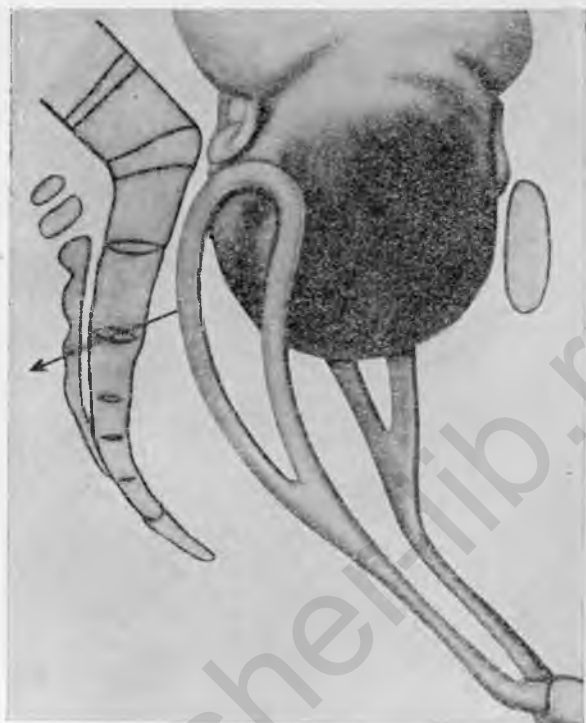


Рис. 301. Горизонтальное соскальзывание щипцов с головки

При неправильном наложении щипцов на головку плода (когда отсутствуют условия для их наложения) щипцы сползают с головки вперед или назад, что приводит к горизонтальному их соскальзыванию.



Рис. 302. Выведение головки в щипцах и защита промежности

Осторожно, медленно и слегка потягивая щипцами головку, поднимают рукоятку щипцов кпереди, описывая дугу. При этом внимание должно быть направлено на то, чтобы по возможности избежать разрыва промежности. Это достигается путем медленного выведения головки.



Р и с. 303. Снятие щипцов

Щипцы осторожно размыкают, широко раздвигая обе рукоятки, и снимают их так же, как они накладывались, но в обратном порядке: правая ветвь, описывая дугу, отводится к левому паховому сгибу, а левая — к правому.

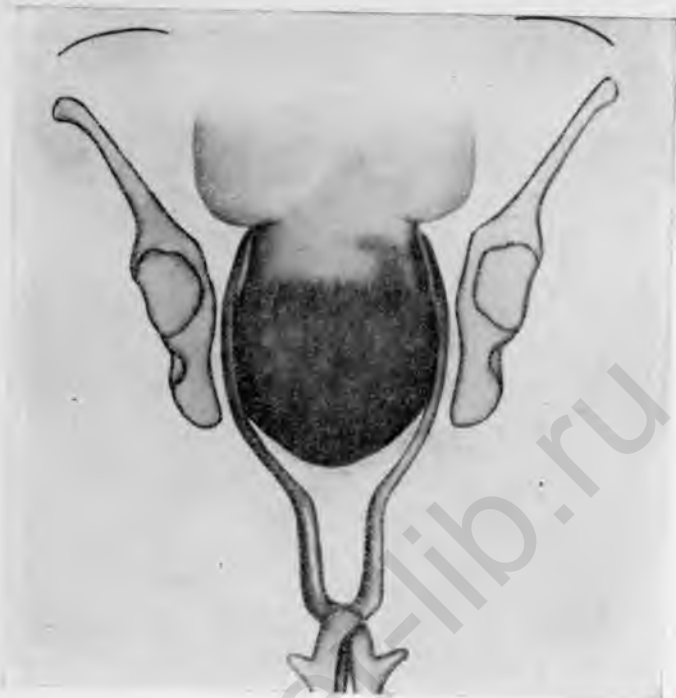
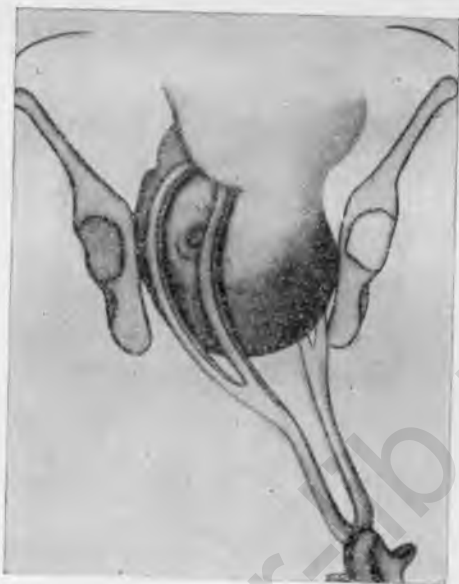


Рис. 304. Выходные (типичные) щипцы при переднем виде затылочного предлежания

Головка проделала нормальную ротацию. Стреловидный шов стоит в прямом размере выхода из таза. Щипцы наложены в поперечном размере выхода из таза и на поперечный размер головки.



Р и с 305. Полосные (атипичные) щипцы при переднем виде затылочного предлежания  
 Проводная точка (малый родничок) слева, щипцы наложены в левом косом размере таза



Р и с. 306. Стреловидный шов в правом косом размере таза; щипцы наложены в левом косом размере таза (стрелкой показано направление, в котором произойдет поворот головки в щипцах во время влечения)



Р и с. 307. Полостные (атипичные) щипцы  
 Проводная точка (малый родничок) стоит справа.  
 Щипцы наложены в правом косом размере таза



Р и с. 308. Стреловидный шов в левом косом размере; щипцы  
 наложены в правом косом размере таза  
 (стрелкой показано направление, в котором про-  
 изойдет поворот головки в щипцах во время  
 влечения)



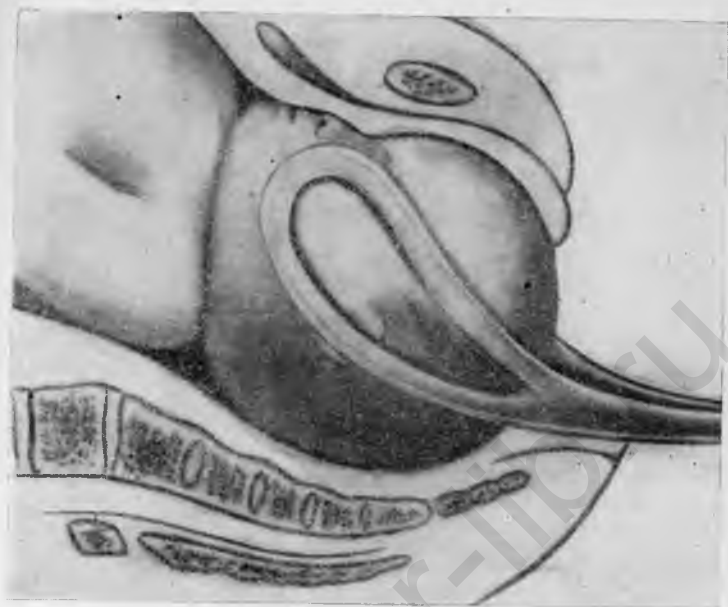


Рис. 309. Наложение щипцов на головку при переднеголовном предлежании

При передне-головном предлежании тракции щипцов «к себе на лицо» производят до тех пор, пока не покажется под симфизом переносье.



Рис. 310. Наложение щипцов на головку при переднеголовном предлежании

Головка фиксируется в области переносицы, трaкции щипцов кпереди (кверху)

Захватив щипцы в замковой части, акушер, стоя слева от роженицы, старается согнуть головку вокруг переносья, которое теперь находится под симфизом.



Рис. 311. Наложение щипцов на головку при переднеголовном предлежании

Из-под симфиза выводится личико

После рождения затылка разгибают головку, освобождая при этом из-под симфиза личико.



Р и с. 312. Наложение щипцов при лицевом предлежании

При стоянии головки на дне таза щипцы накладываются в поперечном размере выхода из таза; они должны лежать по оси головки, в направлении от малого родничка к подбородку. Рукоятки щипцов приподнимают резко кпереди.

## 5. ОПЕРАЦИИ ПЛОДОРАЗРУШАЮЩИЕ

### Краниотомия



Рис. 313. Перфорация головки плода по Н. Н. Феноменову

Раскрыв влагалище ложкообразными зеркалами, захватывают пулевыми щипцами кожу черепа плода и надрезают ее. Затем перфорируют головку и разрушают мозг.



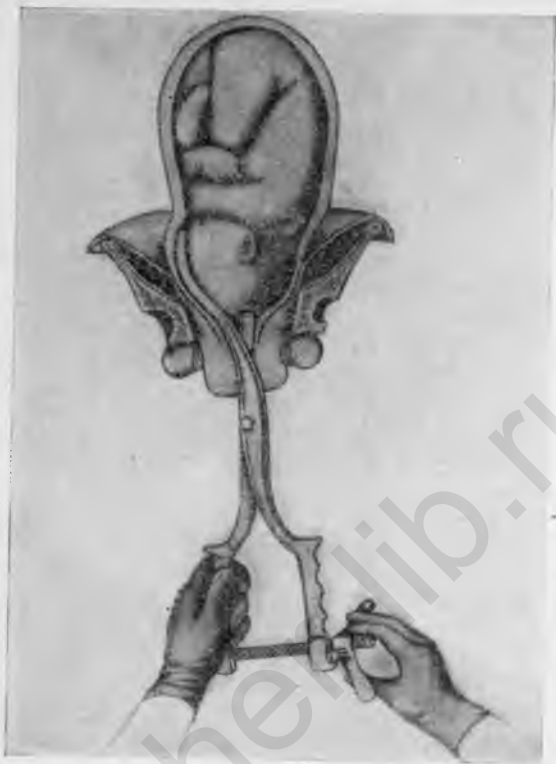
Рис. 314. Введение массивной ложки краниокласта в полость черепа плода после перфорации

Акушер правой рукой (под защитой пальцев левой руки) вводит через отверстие в черепной крышке массивную ложку краниокласта, доходя до основания черепа.



Р и с. 315. Наложение второй (окончатой) ложки краниокласта

Окончатая ложка под защитой пальцев левой руки вводится со стороны промежности и накладывается на личико плода.



Р и с. 316. Головка прочно фиксирована путем завинчивания гайки краниокласта

Обе ложки краниокласта соединяются до отказа при помощи винта и гайки, движущейся по винту.



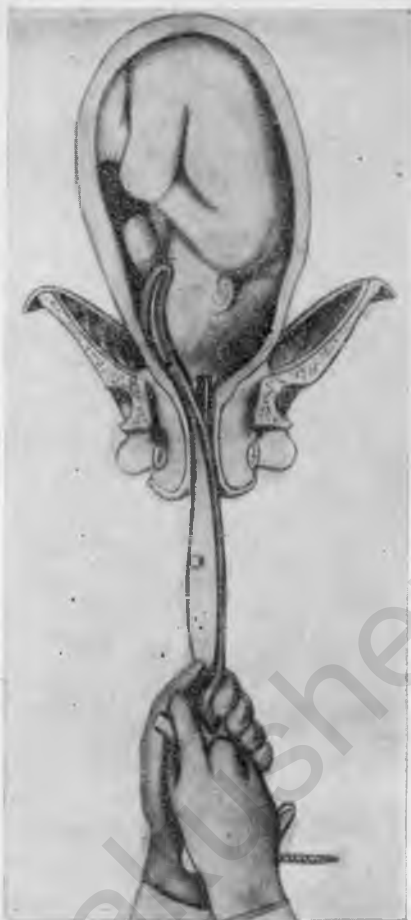


Рис. 317. Извлечение краниокластом перфорированной головки (тракции)

При высоко стоящей головке акушер, сидя на стуле, делает тракции по направлению к себе на носки.

Если головка в полости таза, тракции делаются, сидя на стуле, в направлении к себе на колени.

Если головка находится в выходе из таза, тракции делаются в горизонтальном направлении, затем при прохождении — затылка над промежностью рукоятки краниокласта приподнимают кпереди (кверху).



Рис. 318. Головка плода после извлечения краниокластом



Р и с. 319. Перфорация последующей головки

Родившееся туловище плода оттягивается за ножки круто кзади, вследствие чего головка своим основанием крепко прижимается к тазовому входу. Под защитой пальцев левой руки, после введения подъемника во влагалище, перфоратором прокалываются мягкие покровы на месте перехода шеи в затылок.



Рис. 320. Наложение крючка на шею плода

На выпавшую ручку плода наложена петля, за которую помощник акушера оттягивает ручку кзади (книзу) и в сторону. Четыре пальца левой руки акушера охватывают шейку плода сзади и сверху, а большой палец — переднюю поверхность шейки. Декапитационный крючок, введенный под контролем левой руки, накладывается на шейку плода так, чтобы верхушка его лежала на задней поверхности шейки.



Р и с. 321. Расчленение (вывих) декапитационным крючком шейных позвонков плода

Под контролем руки, находящейся во влагалище, поворачивают декапитационный крючок вокруг своей продольной оси по ходу стрелки так, чтобы пуговка крючка повернулась в сторону головки; головка прочно фиксируется помощником. Производится вывих позвоночника.



Р и с. 322. Рассечение ножницами мягких тканей шейки плода

После вывиха позвоночника головка еще остается соединенной с туловищем мягкими тканями: их перерезают акушерскими ножницами под контролем пальцев левой руки.



Р и с. 323. Извлечение туловища плода после декапитации

После декапитации легким потягиванием за выпавшую ручку легко извлекают туловище плода.



Р и с. 324. Захватывание и извлечение головки плода после декапитации

Для извлечения головки после декапитации в полость матки вводится рука. Один палец этой руки вводится в ротик плода, а большой — упирается в оставшиеся вместе с черепом позвонки. Надавливая другой рукой через брюшную стенку на головку, выводят ее.



## Спондилотомия



Рис. 325.

Под защитой пальцев вводят во влагалище акушерские ножницы и рассекают связки между отдельными позвонками, после чего вскрывают и опорожняют грудную или брюшную полость, а затем перерезают позвоночник. Если доступен лишь бок плода, то после рассечения ножницами мягких тканей резецируют часть ребра, удаляют легкие и, наконец, крючком Брауна разрушают позвоночник.

## Клейдотомия



Р и с. 326.

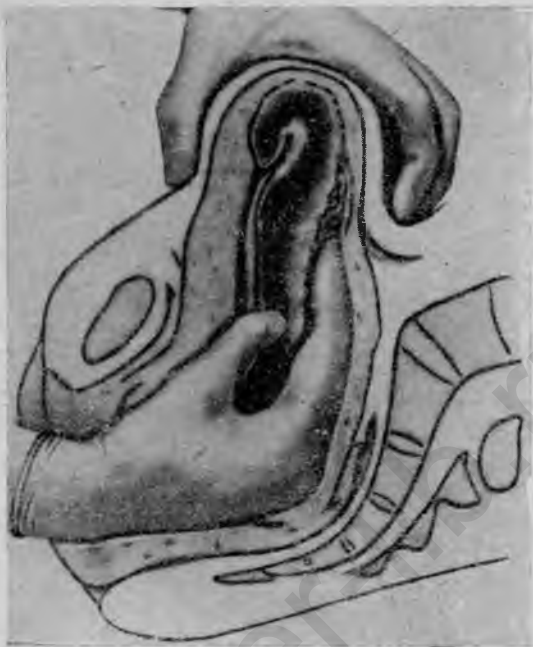
Помощник акушера оттягивает родившуюся головку кзади (книзу), акушер четырьмя пальцами левой руки, введенными во влагалище, нащупывает ближе расположенную ключицу. Длинными акушерскими ножницами достигают ключицу и рассекают ее. После этого плечевой пояс уменьшается в окружности и легко проходит через родовой канал.

6. ОПЕРАЦИИ В ПОСЛЕДОВОМ И РАННЕМ  
ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДАХ



Рис. 327. Схема нормального и патологического прикрепления плаценты

1—нормальное прикрепление; 2—более плотное прикрепление (*Placenta adhaerens*); 3—внутримышечное прикрепление (*Placenta accreta, increta*)



Р и с. 328. Ручное отделение плаценты

«Акушерски» сложенная рука, смазанная стерильным вазелином, вводится в матку до места прикрепления плаценты. Вторая рука со стороны брюшных стенок фиксирует дно матки. Находящаяся внутри рука пилообразными движениями концов пальцев осторожно отделяет плаценту от стенки матки. После отделения плаценты и обследования полости матки рука с последом выводится наружу.



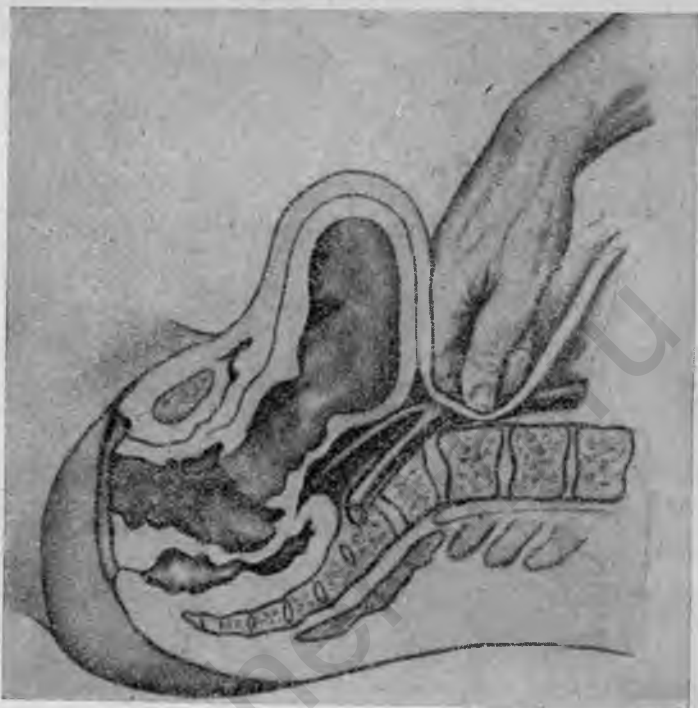
Р и с. 329. Ручное обследование полости матки

«Акушерски» сложенная рука вводится в матку. Находящаяся снаружи рука через брюшную стенку фиксирует дно матки. Введенная в матку рука обследует главным образом плацентарную площадку, удаляя остатки плацентарной ткани, обрывки оболочек и сгустки крови.



Р и с. 330. Ручное выделение последа при спазме внутреннего зева

При задержке последа вследствие спазма внутреннего зева необходимо применение наркоза. После расслабления матки рука акушера свободно входит в полость матки и отделяет послед.



Р и с. 331. Прижатие аорты кулаком

При атоническом кровотечении прижатие рукой аорты к позвоночнику (до прекращения кровотечения) ведет к временной аноксии мускулатуры матки и сокращению ее.

Рис. 332. Топография лучевой артерии  
 1—*art. radialis* 2—*v. v. radiales*

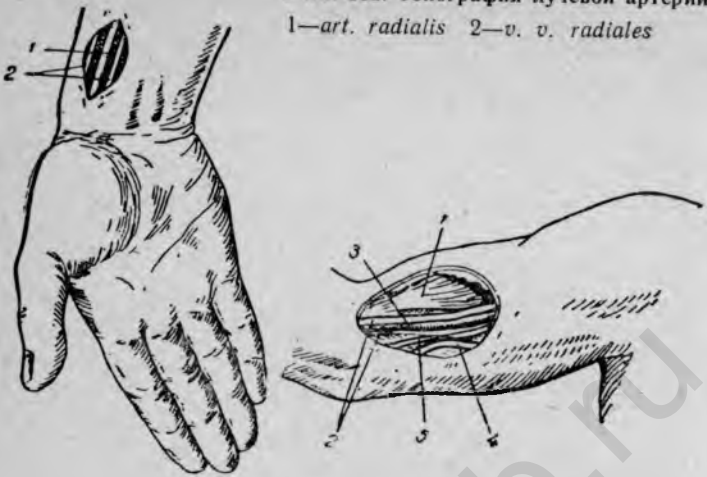


Рис. 333. Топография плечевой артерии  
 1—*m. biceps*; 2—*v. v. comitantes*; 3—*art. brachialis*; 4—*v. basilica*; 5—*n. medianus*

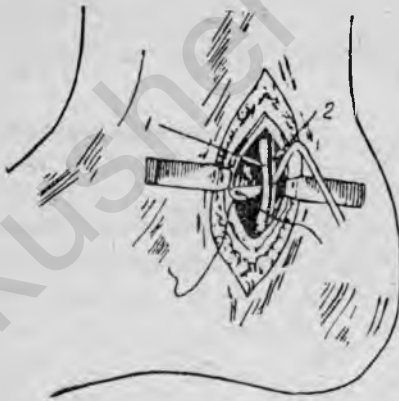


Рис. 334. Топография задней большеберцовой артерии позади внутренней лодыжки

1—задняя большеберцовая артерия; 2—задний большеберцовый нерв. Под артерию подведена игла Дешампа



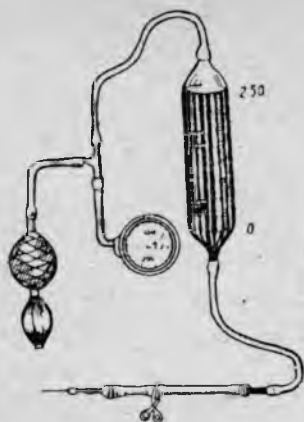


Рис. 335.  
Система с ампулой для  
внутриартериального на-  
гнетания крови под дав-  
лением



Рис. 336.  
Система со стеклянной  
банкой типа ЦИПК (или  
аппарата Боброва) для  
внутриартериального  
нагнетания крови

В систему для внутриартериального нагнетания крови входят: 1) резиновая трубка; 2) канюля на конце трубки для иглы; 3) игла для введения в артерию; 4) стеклянный тройник; 5) резиновая груша; 6) тонометр для контроля давления, под которым нагнетается кровь.

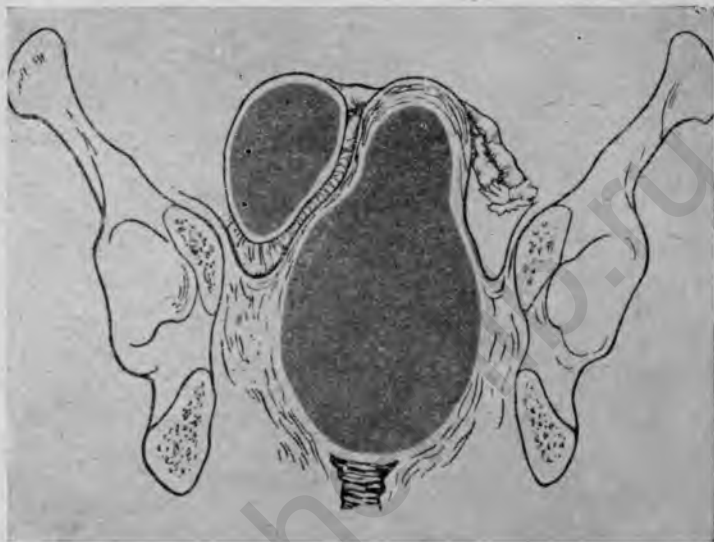
Часть II

**ГИНЕКОЛОГИЯ**

(кроме оперативной)

akusher-lib.ru

## 1. НЕПРАВИЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ И АНОМАЛИИ РАЗВИТИЯ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ ЖЕНЩИНЫ



Р и с. 337. *Haematocolpos, Haematometra, Haematosalpinx*

При атрезии девственной плевы кровь скапливается во влагалище, растягивая его стенки (*Haematocolpos*). В дальнейшем менструальная кровь скапливается в матке (*Haematometra*), а затем в трубах (*Haematosalpinx*).

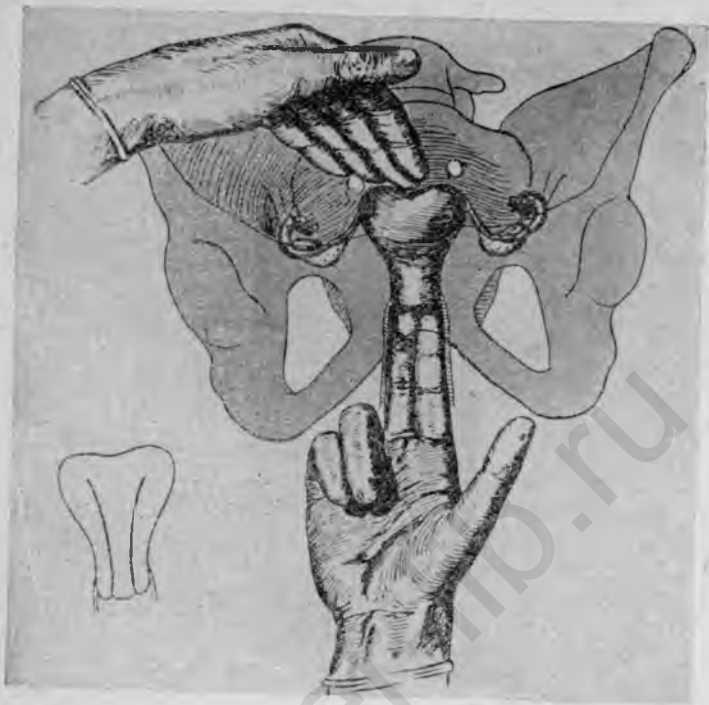


Рис. 338. Двурогая, двухполостная матка

Двурогость (на *рис. 338*) выражена незначительно в области дна матки — седловидное углубление. В матке перегородка, разделяющая ее на две полости. Две шейки тесно прилегают друг к другу.

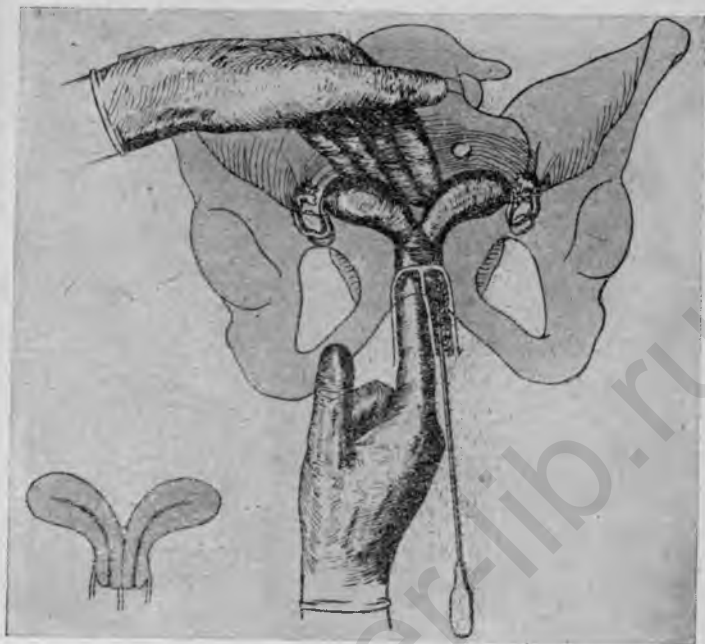
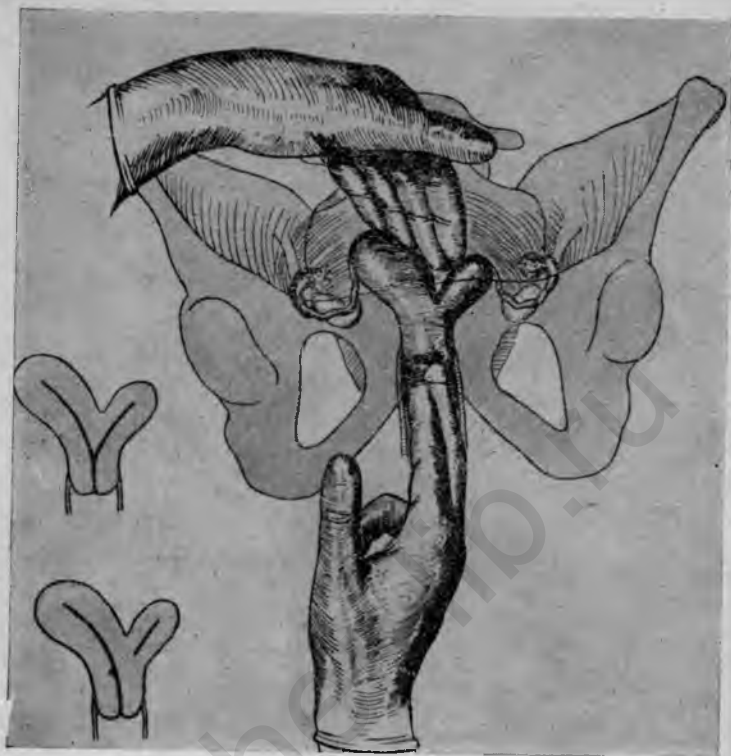


Рис. 339. Двурогая матка с двумя шейками и отдельными влагалищами  
(маточный зонд в левом шейном канале)

При этой аномалии обе матки соприкасаются на ограниченном участке, обычно в области шейки. Иногда встречаются дополнительные аномалии: неравномерное развитие обеих половин, полное или частичное отсутствие полости в одной или обеих половинах.



Р и с. 340. Двурогая матка; слева рудиментарный рог

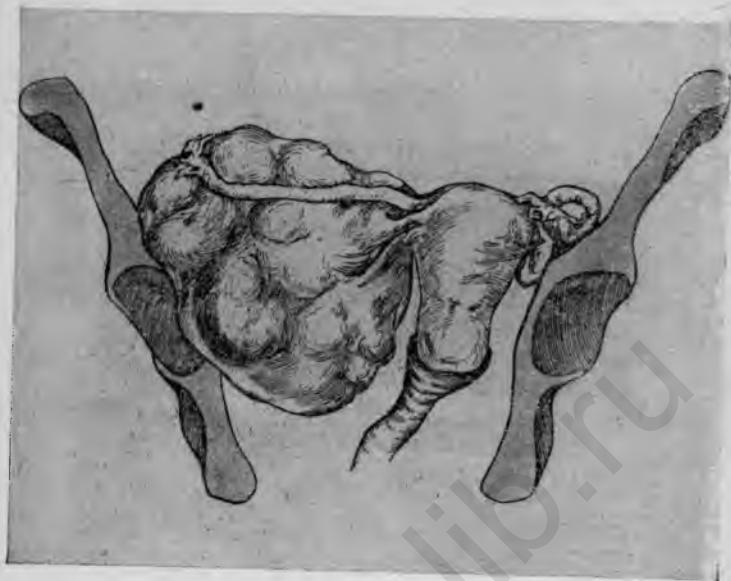


Рис. 341. Смещение матки кпереди  
миоматозным узлом



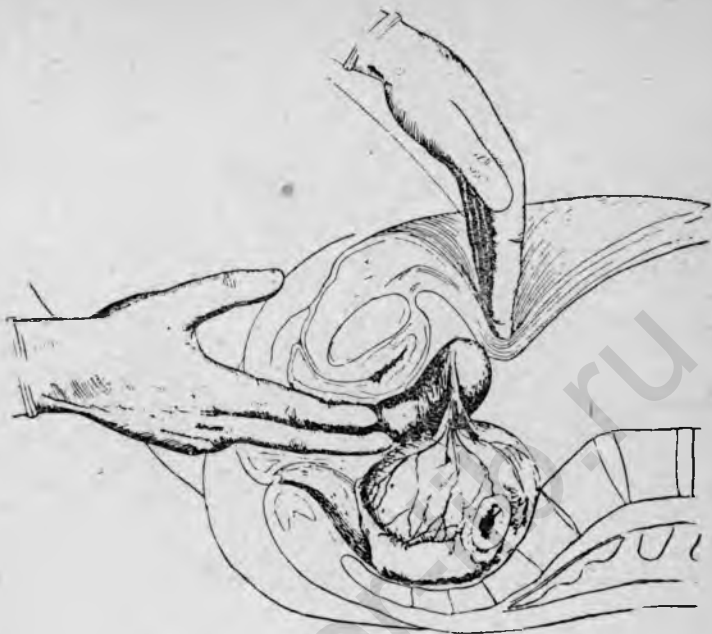
Рис. 342. Смещение матки кзади  
вследствие образования спаек после  
пельвеоперитонита

Смещение матки зависит от патологических процессов (опухолей, спаек).

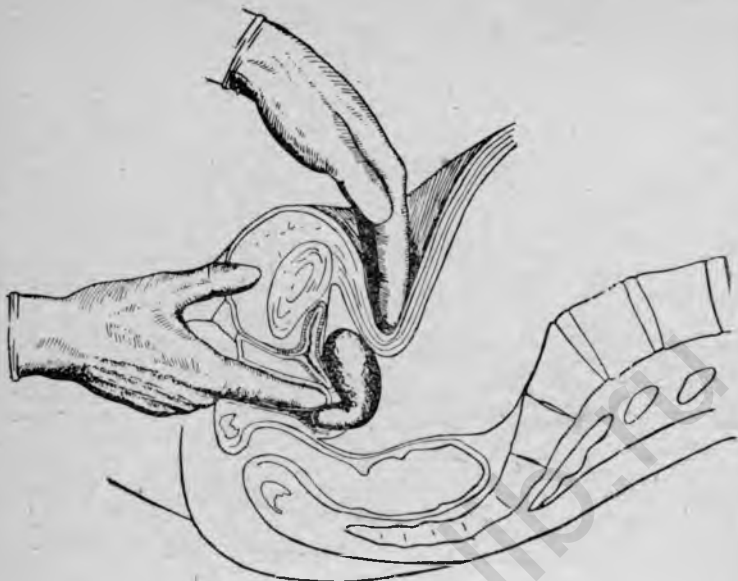


Р и с. 343. Смещение матки влево в связи с развитием опухоли яичника





Р и с. 344. Антепозиция матки  
(кистома яичника в маточно-прямокишечном углублении)



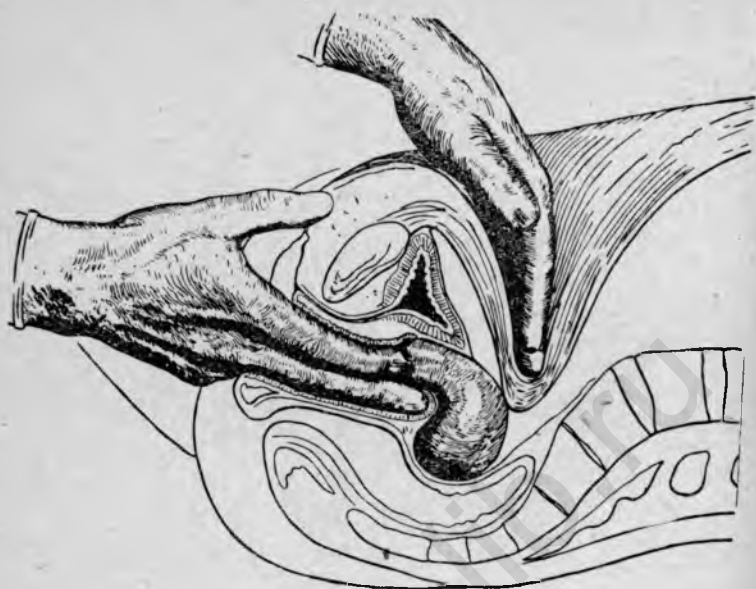
Р и с. 345. Гиперантефлексия матки

При гиперантефлексии матки образуется острый угол менее  $70^\circ$  между телом и шейкой матки. Тело матки и шейка направлены кпереди.



Р и с. 346. Ретроверзия матки

При ретроверзии матки тело ее наклонено кзади, шейка — кпереди.



Р и с. 347. Ретрофлексия матки

При ретрофлексии — угол между телом и шейкой матки открыт кзади. Шейка матки обращена кпереди, тело — кзади.

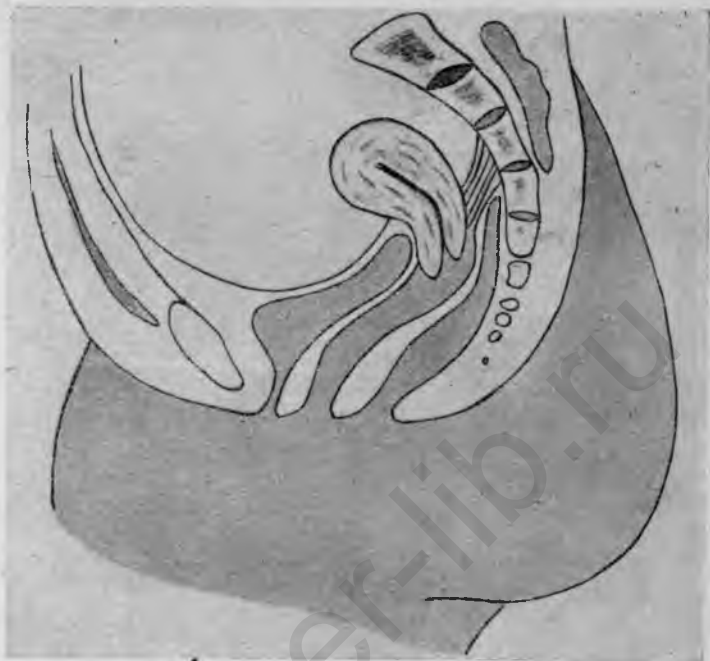


Рис. 348. Ретропозиция матки вследствие наличия спаек позади нее

Смещения матки зависят от патологических процессов, совершающихся за ее пределами. Аномалии положения нередко возникают в связи с воспалительными процессами и новообразованиями, локализующимися в разных отделах половых органов, а также на почве общих нарушений и внегенитальных заболеваний.

Рис. 349. Опущение передней стенки влагалища



Рис. 350. Опущение задней стенки влагалища



Рис. 351. Выпадение матки

- 1 — передняя стенка влагалища;  
2 — влагалищная часть шейки матки

Полное выпадение матки. Шейка и тело матки расположены ниже половой щели с выворотом стенок влагалища.

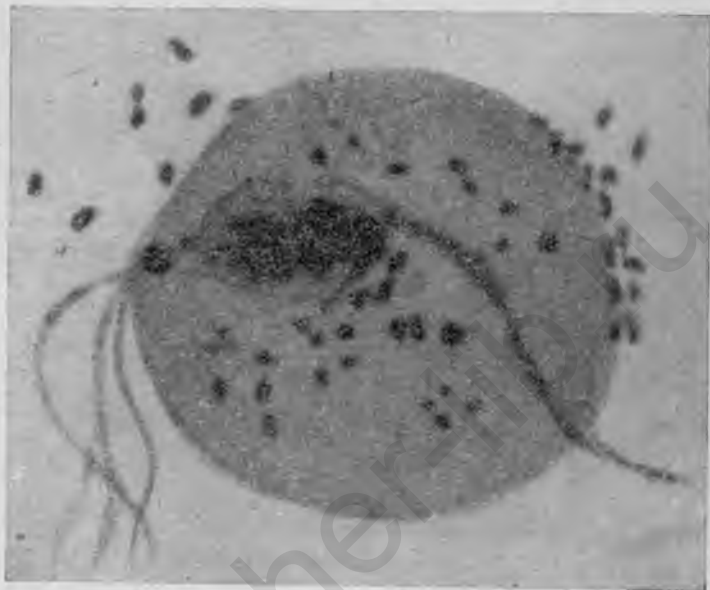


Рис. 352. Выворот матки

При вывороте матки серозная оболочка ее расположена внутри, а слизистая — снаружи. Трубы и яичники втягиваются внутрь образующей воронки.

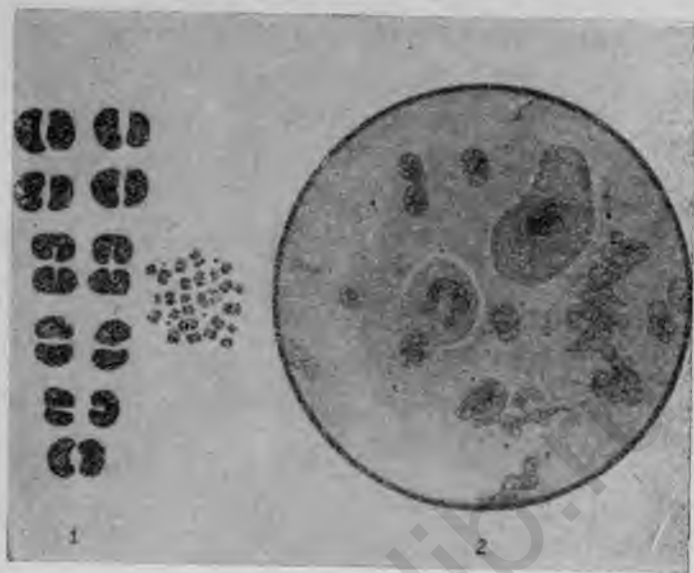


## 2. ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ПРОЦЕССЫ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ



Р и с. 353. Влагалищная трихомонада

Тело влагалищной трихомонады покрыто оболочкой. От переднего полюса трихомонады отходят 4 тонких движущихся жгутика. Недалеко от переднего полюса находится крупное ядро и ротовая щель — цистотома. Через тело паразита проходит осевая нить, свободный конец которой выходит из задней части тела.

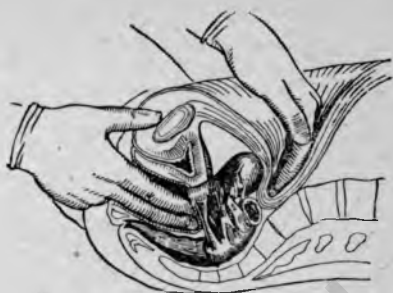


Р и с. 354. Форма деления гонококков

Гонококки размножаются путем деления в направлении, перпендикулярном к щели, разделяющей их на две половины (Рис. 354, 1).

Гонококки, окрашенные по Грамму в красный цвет и расположенные внутри и внеклеточно (Рис. 354, 2).

Р и с. 355. Слипчивый  
задний периметрит, фик-  
сирующий матку

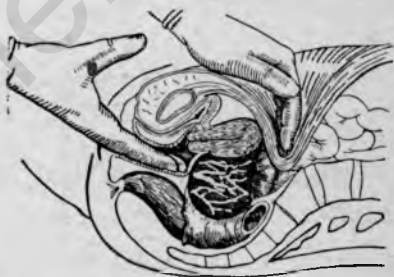


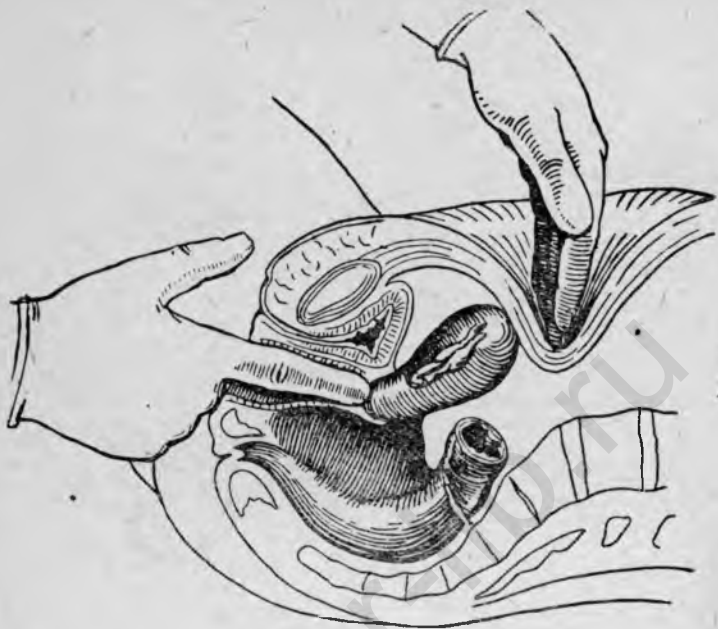
Р и с. 356. Экссудативный  
периметрит

(скопление выпота позади  
матки, круглое выпячи-  
вание заднего свода)



Р и с. 357. Осумкованная  
заматочная кровяная  
опухоль, симулирующая  
экссудативный задний пе-  
риметрит





Р и с. 358. Эксудативный параметрит

Выпот, выпячивающий «языком» задний свод и заднюю стенку влагалища.

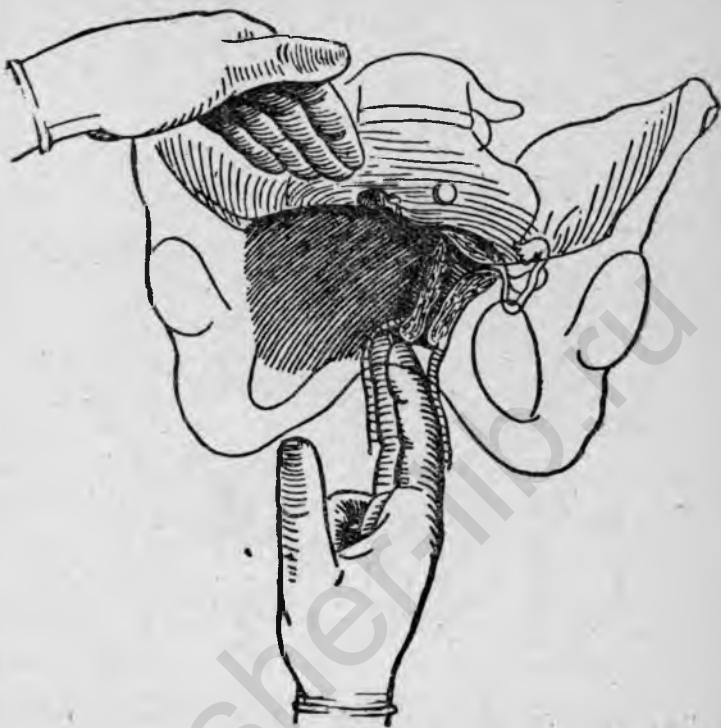


Рис. 359. Экссудативный параметрит

Выпот, выпячивающий правый свод и оттесняющий матку влево.

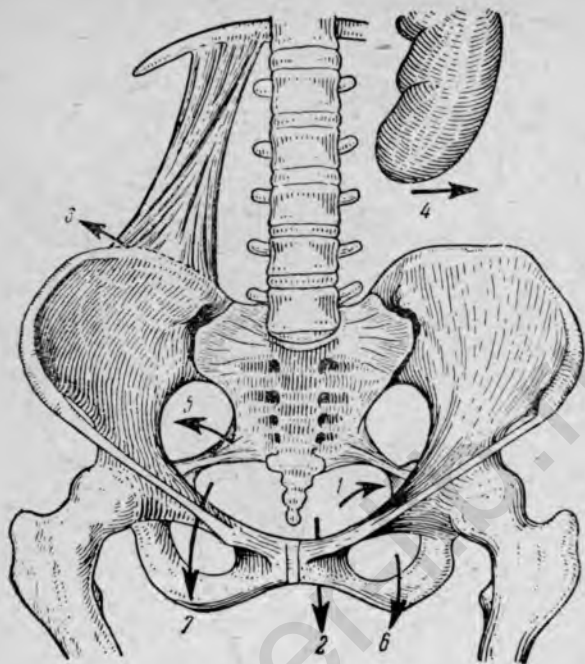


Рис. 360. Типичные направления распространения гноя при параметрите

1—над пупартовой связкой; 2—в большую срамную губу или в область промежности; 3—над гребешком подвздошной кости у края квадратной мышцы поясницы; 4—в почечную область; 5—через седалищное отверстие под седалищные мышцы; 6—через запирающее отверстие на внутреннюю поверхность бедра; 7—через бедренный канал на внутреннюю поверхность бедра

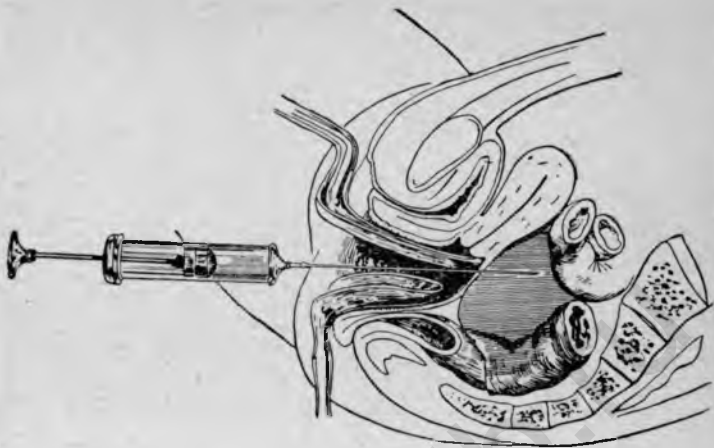


Рис. 361. Пункция заднего свода влагалища

Прокол производится в зеркалах. Толстой острой иглой длиной не менее 12 см, надетой на 10-граммовый шприц, производят прокол; медленно, осторожно извлекают поршень вместе с иглой, все время продолжая насасывание.



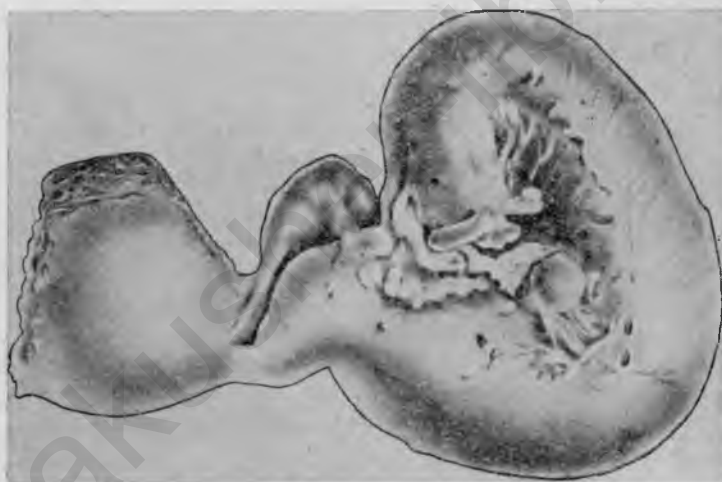
Р и с. 362. Слипчивый пельвеоперитонит

Гонококк обладает свойством вызывать в брюшине воспалительный процесс, в котором преобладают вначале эксудативные, а затем продуктивные явления. Часто у больных гоноройный перитонит имеет ограниченный характер (пельвеоперитонит). Образующийся гоноройный абсцесс нередко рассасывается с последующим образованием множества спаек.





Р и с. 363. Двусторонний пиосальпинкс



Р и с. 364. Односторонний пиосальпинкс

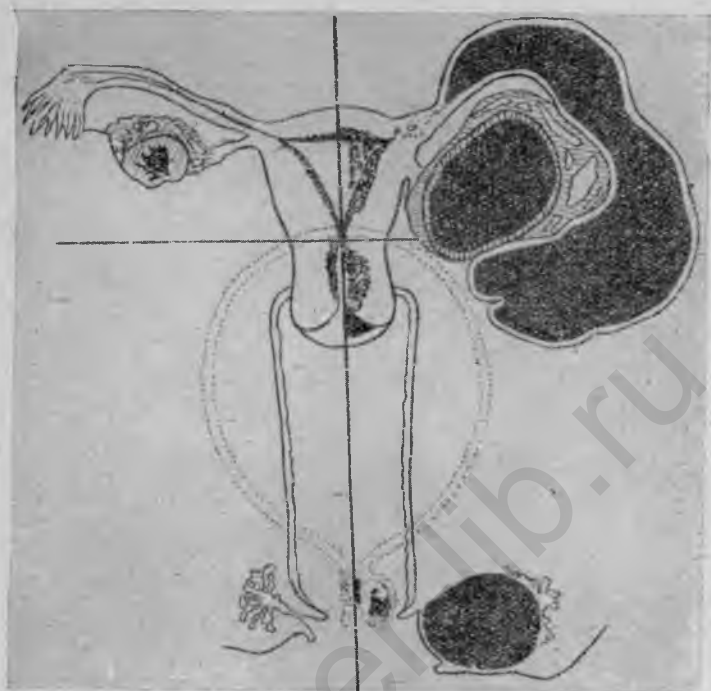
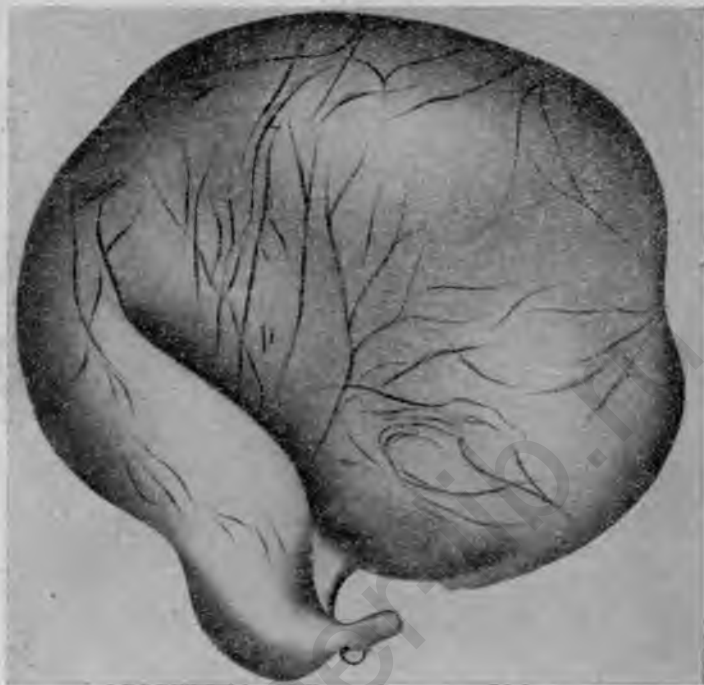


Рис. 365. Схема распространения гонорройной инфекции в женском мочеполовом аппарате

Гонорея нижнего отдела мочеполового аппарата: гонорея уретры, парауретральных ходов, крипт влагалища, больших желез преддверия влагалища, шейки матки.

Гонорея верхнего отдела полового аппарата, восходящая гонорея: гонорея тела матки, труб, яичников и брюшины.



Р и с. 366. Гидросальпинкс, образовавшийся в запаянной маточной трубе

При гидросальпинксе происходит растяжение трубы серозным выпотом. Нередко «опухоль» приобретает ретортообразную форму.

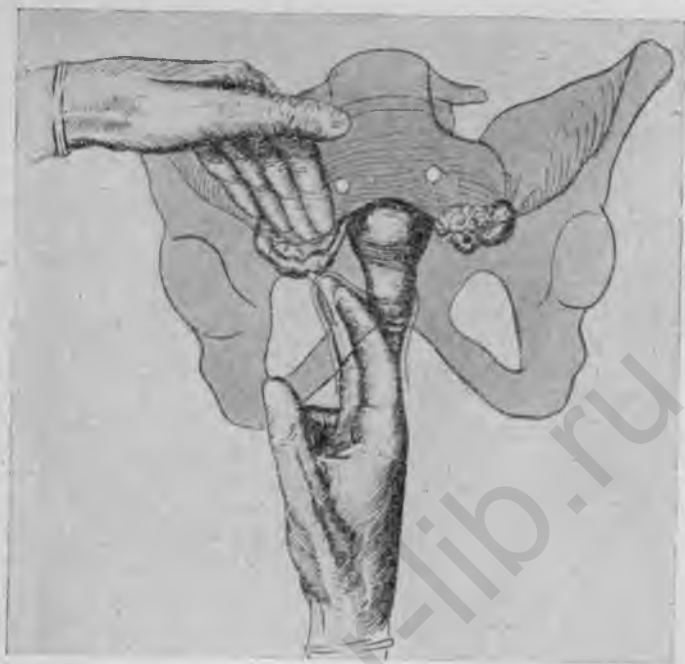


Рис. 367. Двусторонний сальпингит (двуручное исследование)

Пальцы руки, введенной во влагалище, располагаются в правом своде; находящаяся снаружи рука производит давление на брюшную стенку.



Р и с. 368. Киста правого яичника и левосторонний гидросальпинкс



Р и с. 369. Туберкулезный пиосальпинкс

Труба ретортообразной формы, стенка трубы утолщена, подвижность ее ограничена.

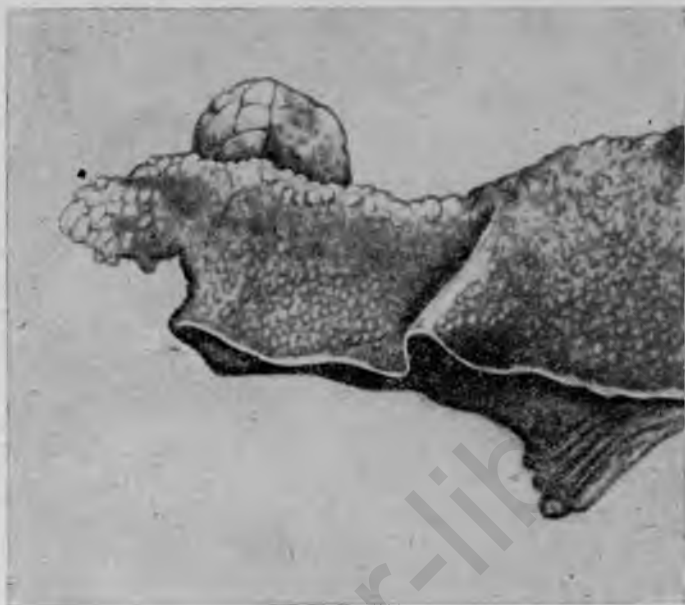


Рис. 370. Милиарное туберкулезное поражение тела матки, придатков и брюшины малого таза

Из женских половых органов наиболее часто туберкулезом поражаются маточные трубы (80—85%), матка (30—35%); реже яичники (10—25%), крайне редко — влагалище, наружные половые органы (1—2%).



Рис. 371. Абсцесс прямокишечно-маточного углубления

Стенки абсцесса образованы соседними органами: спереди — маткой, сзади — прямой кишкой, сверху — кишечными петлями и сальником.



### 3. ОПУХОЛИ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

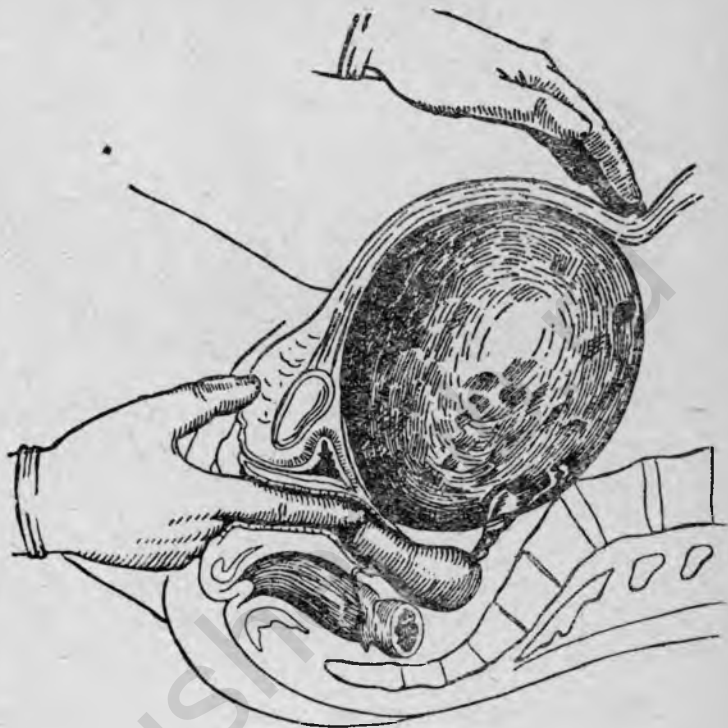


Рис. 372. Кистома яичника

Через передний свод определяется нижний полюс опухоли.

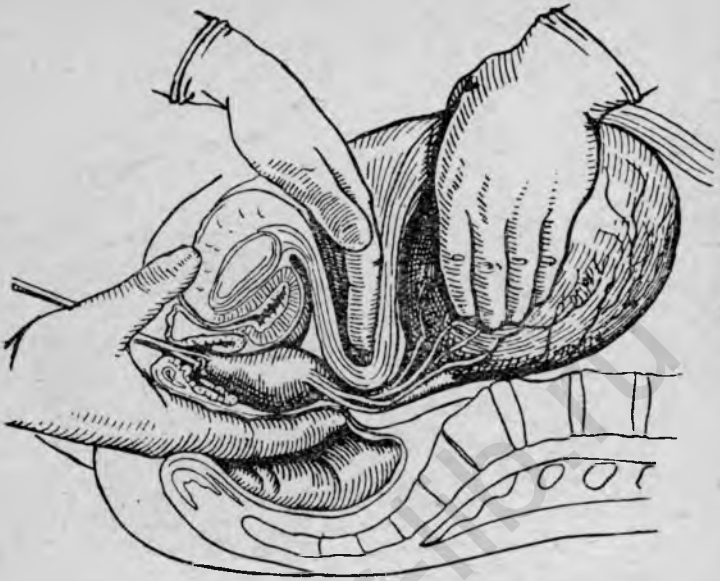
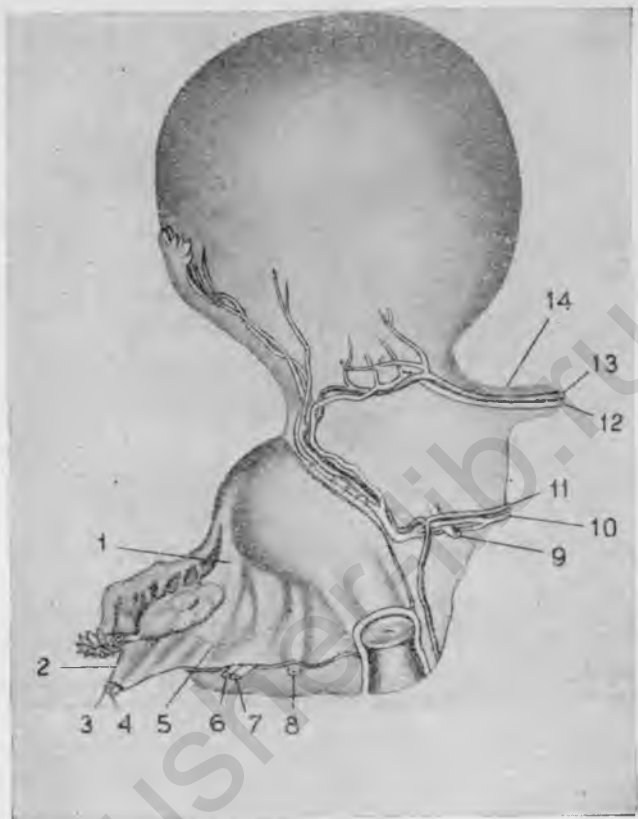


Рис. 373. Кистома яичника

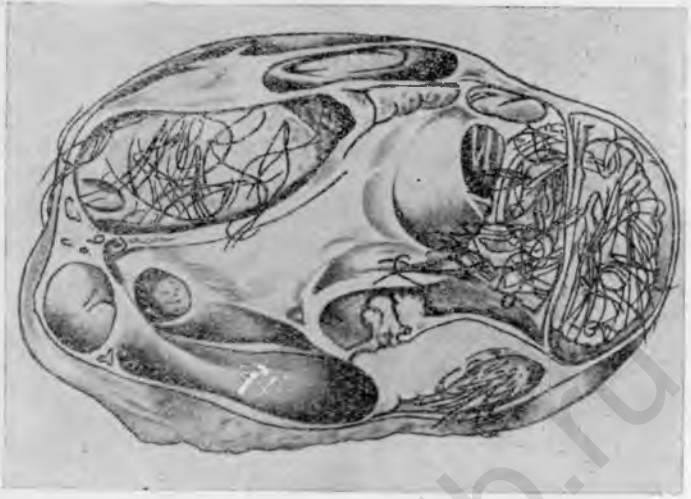
При оттягивании матки книзу и опухоли кверху прощупывается ножка кистомы.



Р и с. 374. Топография анатомической ножки кисты яичника

- 1—*Lig. ovarii proprium*
- 2—*Lig. suspensorium ovarii*
- 3—*Art. ovarica*
- 4—*Vena ovarica*
- 5—*Lig. latum*
- 6—*Arteria uterina*
- 7—*Vena uterina*

- 8—*Ureter*
- 9—*Ureter*
- 10—*Vena uterina*
- 11—*Arteria uterina*
- 12—*Vena ovarica*
- 13—*Arteria ovarica*
- 14—*Lig. suspensorium ovarii*



Р и с. 375. Дермоидная киста яичника

Дермоидная киста имеет круглую или овальную форму с гладкой или бугристой поверхностью, цвет белый или слегка желтоватый, консистенция часто неравномерная: в одних местах эластичная, в других — плотная, почти каменная. Содержимое ее: густая, похожая на сало масса, в ней пучки волос, зубы, части органов (кишечная трубка, закладки глаз, уши, щитовидная железа).

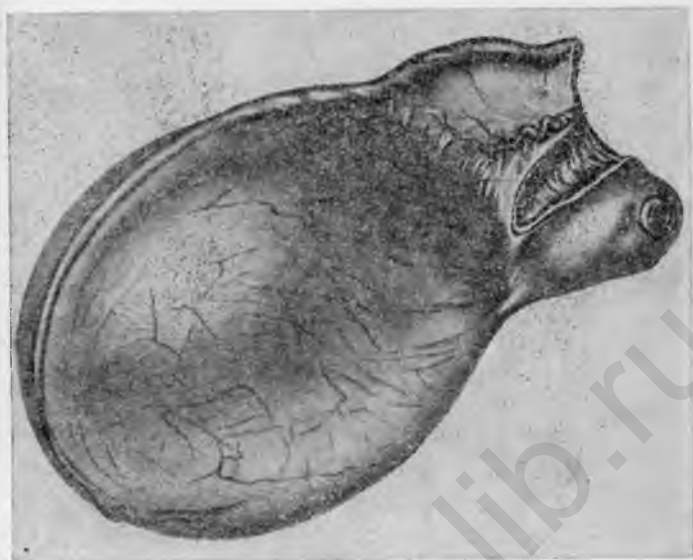


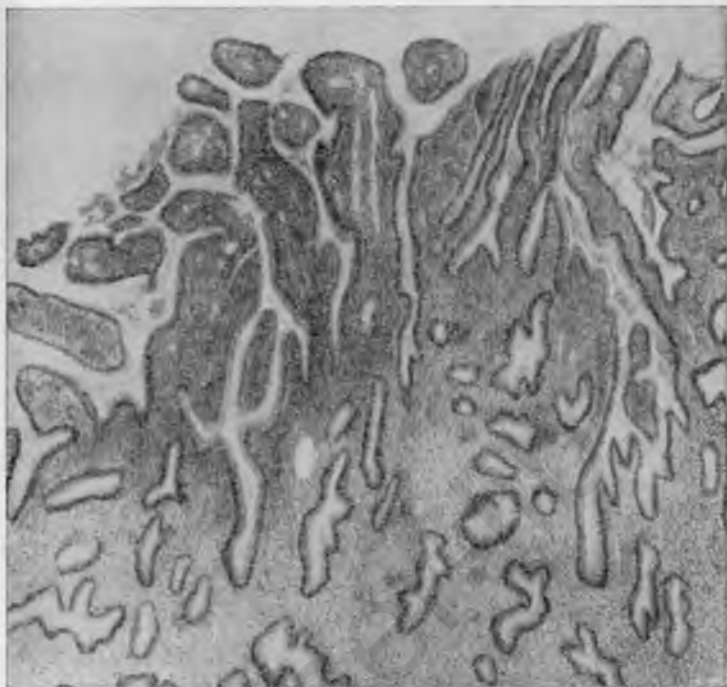
Рис. 376. Паровариальная киста

Паровариальная киста представляет собой продукт задержки секрета в просвете канальцев надъяичникового придатка. Поверхность кисты гладкая, форма овальная или округлая, содержимое прозрачное, водянистое.



Р и с. 377. Перекручивание ножки кисты яичника

При внезапном перекручивании ножки кисты яичника на  $180^\circ$  и больше нарушается проходимость вен; просвет артерий сохраняется; ток крови в тонкостенных венах резко нарушается или совсем прекращается; возникает венозная гиперемия. При дальнейшем перекручивании ножки резко нарушается кровоснабжение и питание опухоли.



Р и с. 378. Папиллярная эрозия шейки матки

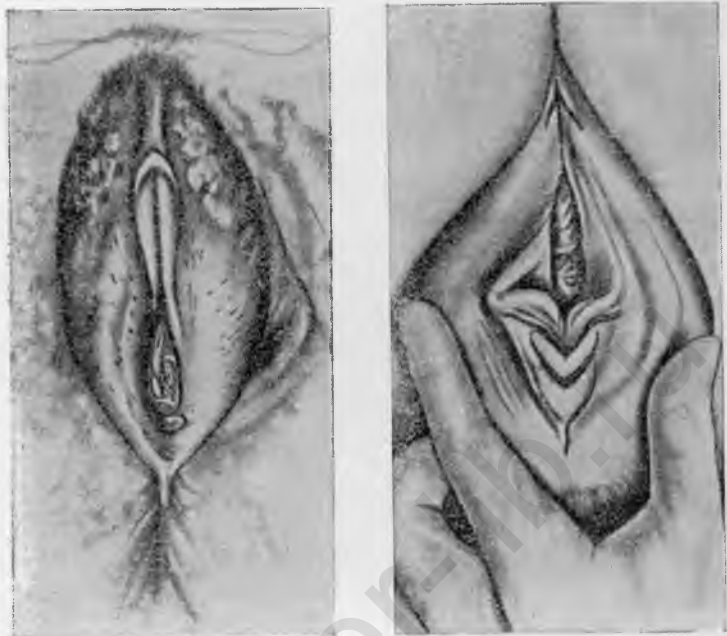
Папиллярная эрозия (правильнее псевдоэрозия) характеризуется разрастанием соединительной ткани и образованием сосочковых выростов. Поверхность этих выростов покрыта цилиндрическим эпителием. Макроскопически подобная эрозия красного цвета, с бархатистой поверхностью.



Р и с. 379. Фолликулярная эрозия шейки матки

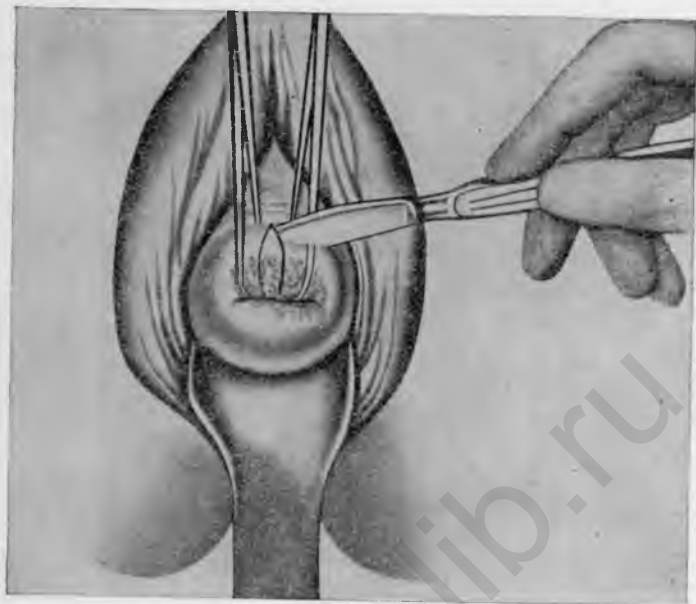
Фолликулярная эрозия шейки матки относится к псевдоэрозиям, при которых изменения шейки матки лишь макроскопически напоминают эрозию. Фолликулярная эрозия характеризуется разрастанием желез в глубину ткани.





Р и с. 380. Лейкоплакия вульвы

Лейкоплакия в области клитора, малых губ, в области промежности, в окружности заднепроходного отверстия. Она выражается в появлении белых пятен различного диаметра; по окраске они похожи на асбест.



Р и с. 381. Биопсия шейки матки



Р и с. 382. Карцинома яичника

Карцинома яичника представляет собой большей частью плотную опухоль с бугристой поверхностью; на разрезе она наполнена мозговидными массами.



Р и с. 383. Множественная миома матки

При развитии множественных субсерозных узлов  
матка приобретает форму картофельного клубня.



**Р и с. 384. Внутрстеночная, подбрюшинная и подслизистая миома матки**

В зависимости от направления роста миоматозных узлов различают три вида миом: внутрстеночную (интерстициальную) миому, если опухоль расположена в толще стенки матки; подбрюшинную (субсерозную), когда значительная часть опухоли выпячивается под серозным покровом матки; подслизистую (субмукозную), если значительная часть опухоли выпячивается в полость матки.



Р и с. 385. Позадишеечная миома матки

Миома влагалищной части шейки развивается реже (4—5% всех миом), чем миома тела матки. При дальнейшем росте миома резко выступает по направлению к мочевому пузырю или к прямой кишке. В связи с этим могут возникать нарушения функций этих органов (затруднения мочеиспускания и дефекации, учащенные позывы к мочеиспусканию).



Р и с. 386. Эндометриоз матки

Под термином «эндометриоз» понимают патологический процесс, при котором в мышечном слое стенки матки появляются включения, по строению и функции подобные слизистой оболочке матки. В случае нахождения эндометриодной гетеротопии в стенке матки (Рис. 386 и 387) говорят о внутреннем эндометриозе; при возникновении эндометриодных разрастаний вне матки говорят в внешнем эндометриозе.



Р и с. 387. Внутренний эндометриоз тела матки

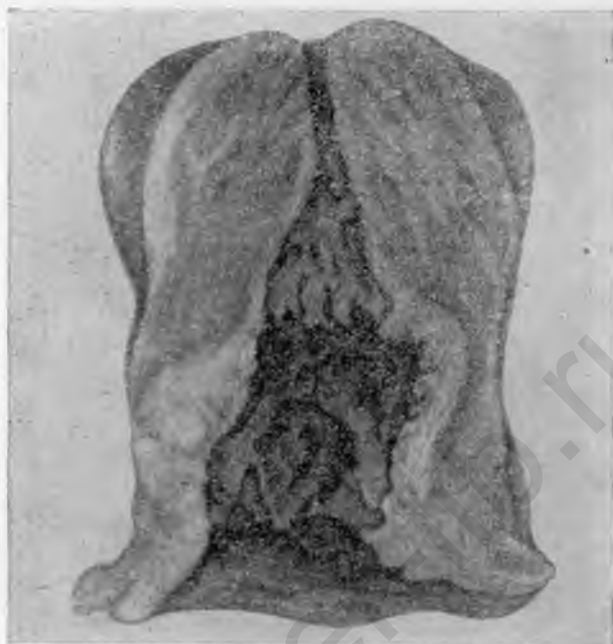


Р и с. 388. Рак малой губы  
(папиллярная форма)



Р и с. 389. Крауроз вульвы,  
карцинома клитора





**Р и с. 390. Рак шейки матки с распадом**  
(цервикальная форма)

При эндофитной (цервикальной) форме раковая опухоль прорастает в толщу шейки матки. При распаде узла возникает обширная кратерообразная язва.



Рис. 391. Рак шейки матки  
(экзофитная форма)

При экзофитной форме рака шейки матки опухоль представляется в виде цветной капусты; иногда, при больших размерах, она заполняет всю полость влагалища.

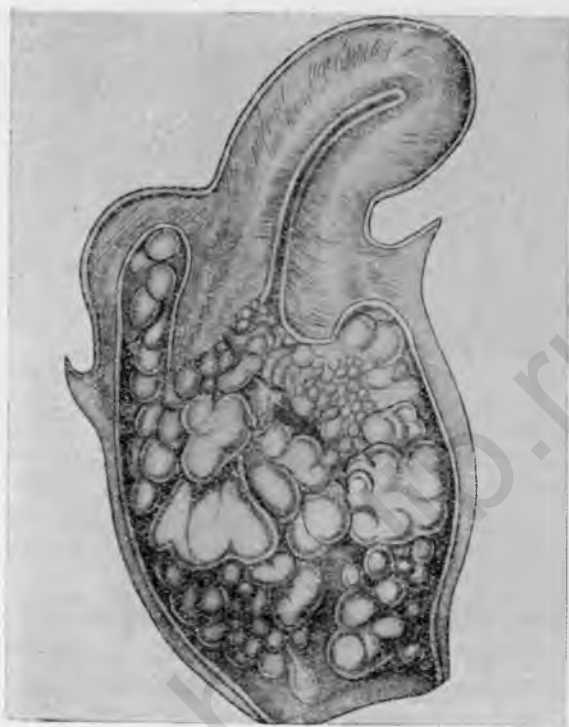
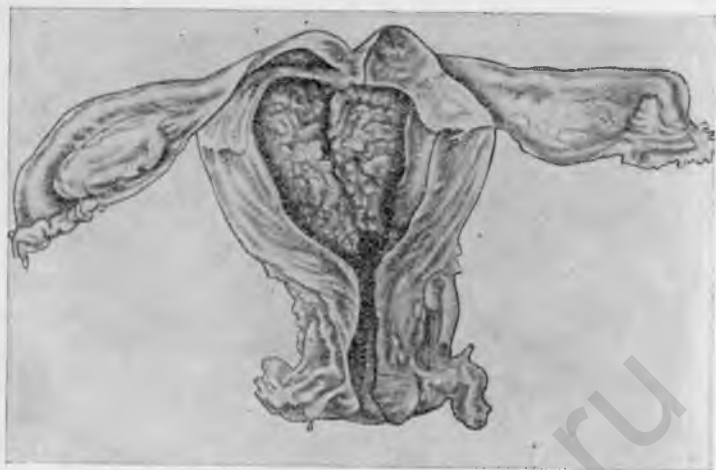


Рис. 392. Гроздевидная саркома шейки матки (по Г. Е. Рейну)

Саркома шейки матки встречается в 10—15% всех сарком матки. Саркомы шейки матки первоначально развиваются в стенке ее (диффузная и узловая форма) или поражают слизистую оболочку (гроздевидная форма).



Р и с. 393. Аденокарцинома тела матки

Аденокарцинома тела матки — экзофитная форма опухоли (типа «цветной капусты»), сидящая на широком основании, а иногда, наоборот, — на тонкой ножке и выступающая в просвет полости матки. Опухоли бывают также в виде небольшого полипа или массивных разрастаний, выполняющих и даже растягивающих полость матки.



Р и с. 394. Аденокарцинома тела матки

Карциноматозные полипы разбросаны по слизистой оболочке матки и распространяются на большую или меньшую глубину в толщу стенки матки.



Р и с. 395. Рак шейки матки. I стадия  
(схема)

Раковое поражение ограничивается шейкой матки



Р и с. 396. Рак шейки матки. II стадия  
(схема)

Поражение перешло на влагалище, но не достигло  
нижней его трети

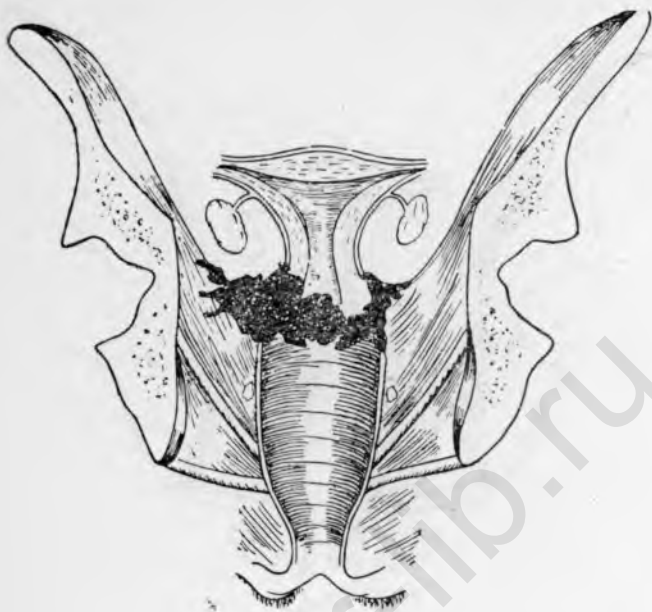


Рис. 397. Рак шейки матки. II стадия  
(схема)

Поражение перешло на параметрий, но не достигло стенок малого таза.





Рис. 398. Рак шейки матки. III стадия  
(схема)

Поражение перешло на влагалище, захватив  
и нижнюю треть его



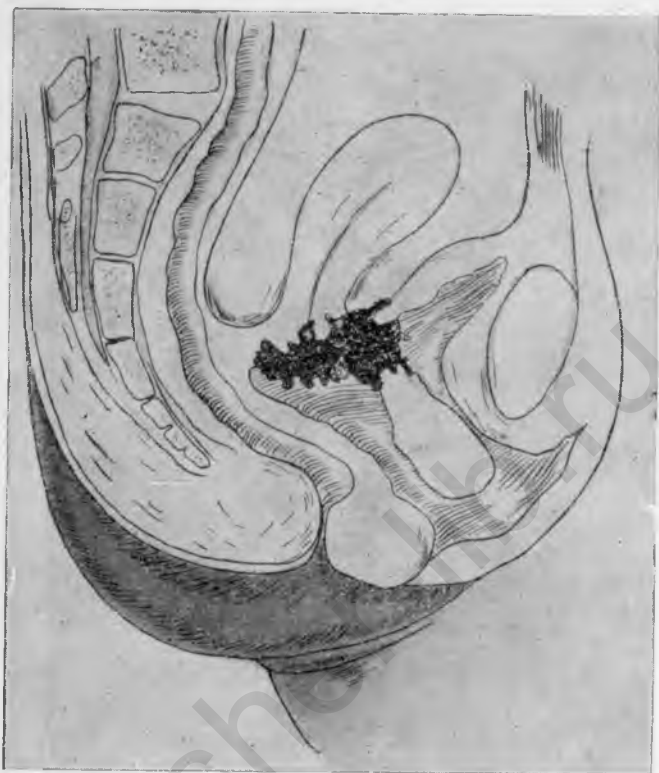
Рис. 399. Рак шейки матки. III стадия  
(схема)

Поражение перешло на параметрий  
и доходит до стенок малого таза



Р и с. 400. Рак шейки матки. III стадия  
(схема)

Изолированный тазовый метастаз



Р и с. 401. Рак шейки матки. IV стадия  
(схема)

Поражение мочевого пузыря



Р и с. 402. Рак шейки матки. IV стадия  
(схема).

Диссеминация на расстоянии — метастазы

## О Г Л А В Л Е Н И Е

ОТ АВТОРА . . . . .	3
---------------------	---

### Часть I — АКУШЕРСТВО

Раздел I. <b>Анатомо-физиологические особенности женщины</b>	
--	--

Анатомо-физиологические особенности женщины . . . . .	7
---	---

Методы исследования в акушерстве и гинекологии . . . . .	61
--	----

Раздел II. <b>Физиологическое акушерство</b>	
--	--

Физиология беременности . . . . .	81
-----------------------------------	----

Диагностика беременности и методы исследования беременных женщин . . . . .	85
--	----

Физиология родов . . . . .	108
----------------------------	-----

Роды при тазовом предлежании плода . . . . .	135
--	-----

Многоплодная беременность . . . . .	144
-------------------------------------	-----

Раздел III. <b>Патологическое акушерство</b>	
--	--

Сочетание беременности с аномалиями в развитии женских половых органов . . . . .	149
--	-----

Аномалии развития элементов плодного яйца . . . . .	153
---	-----

Преждевременное прерывание беременности и внематочная беременность . . . . .	158
--	-----

Аномалии костного таза . . . . .	164
----------------------------------	-----

Течение беременности и родов при узком тазе . . . . .	172
---	-----

Аномалии положения плода . . . . .	183
------------------------------------	-----

Неправильные предлежания плода . . . . .	190
Кровотечения во второй половине беременности и при родах . . . . .	207
Повреждения родовых путей при родах . . . . .	213

#### Раздел IV. Оперативное акушерство

Операции прерывания беременности . . . . .	221
Операции, исправляющие положение плода . . . . .	229
Операции, подготавливающие родовые пути . . . . .	238
Операции родоразрешающие . . . . .	245
Вакуум-экстрактор . . . . .	245
Акушерские щипцы . . . . .	247
Операции плодоразрушающие . . . . .	265
Краниотомия . . . . .	265
Декапитация . . . . .	272
Спондилотомия . . . . .	277
Клейдотомия . . . . .	278
Операции в последовом и раннем послеродовом периодах . . . . .	279

#### Часть II — ГИНЕКОЛОГИЯ (кроме оперативной)

Неправильные положения и аномалии развития половых органов женщины . . . . .	289
Воспалительные процессы женских половых органов . . . . .	303
Опухоли женских половых органов . . . . .	319

**«АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ»**

Автор кандидат медицинских наук  
**Ляндрес Илья Михайлович.**

Художественно-техническая редакция **Панокиной И. А.**

Корректор **Гольдина Г. В.**

Формат  $84 \times 108^{1/32}$  Объем 11 печ. л.

Тираж 12000 экз. Цена 2 р. 20 к.

**ИЗДАТЕЛЬСКОЕ БЮРО ТРЕСТА «МЕДУЧПОСОБИЕ».**

---

Типография, пр. Сапунова, 2. Зак. 483.



### ЗАМЕЧЕННЫЕ ОПЕЧАТКИ

Стр.	Строка	Напечатано	Следует читать
150	—	Рис. 176 перевернут	Рис. должен быть головкой книзу.
202	подзаголовок к рис. 236	предложения	предлежания
209	—	Рис. 215	Рис. 245
209	2 сверху	кож и	кожи
245	5 сверху	вакуумметр	вакуумметр
259	подзаголовок к рис. 305	полосные	полостные
311	—	Рис. 364 перевернут	Рис. должен быть повернут на 180°
327		Рис. 380, расположенный с права, перевернут	Рис. должен быть повернут на 180°