

# АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ

**ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ**

В двух томах

## Том I. Акушерство

a LANGE medical book

# CURRENT Obstetric & Gynecologic Diagnosis & Treatment

9th Edition

**Alan H. DeCherney, MD**

*Professor, Department of Obstetrics & Gynecology,  
David Geffen School of Medicine at UCLA,  
Los Angeles, California*

**Lauren Nathan, MD**

*Associate Professor, Department of Obstetrics  
& Gynecology, David Geffen School of Medicine  
at UCLA, Los Angeles, California*

**Lange Medical Books/McGraw-Hill**

Medical Publishing Division

New York Chicago San Francisco Lisbon London Madrid  
Mexico City Milan New Delhi San Juan  
Seoul Singapore Sydney Toronto

**Алан Х. ДеЧерни, Лорен Натан**

# АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ

**ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ**

В двух томах

## Том I. Акушерство

**Учебное пособие**

*Перевод с английского*

*Под общей редакцией акад. РАМН **А.Н. Стрижакова***

*Рекомендуется Учебно-методическим объединением по  
медицинскому и фармацевтическому образованию вузов России  
в качестве учебного пособия для студентов медицинских вузов*



**Москва**  
**«МЕДпресс-информ»**  
**2008**

УДК 618.2—7  
ББК 57.16(я72)  
Ч-49

*Все права защищены. Никакая часть данной книги не может быть воспроизведена в любой форме и любыми средствами без письменного разрешения владельцев авторских прав.*

*Авторы и издательство приложили все усилия, чтобы обеспечить точность приведенных в данной книге показаний, побочных реакций, рекомендуемых доз лекарств. Однако эти сведения могут изменяться.*

*Внимательно изучайте сопроводительные инструкции изготовителя по применению лекарственных средств.*

*Перевод с английского: М.А.Маевский, Р.В.Парменов*

*Рецензенты:*

**И.В.Игнатко** — докт. мед. наук, профессор кафедры акушерства и гинекологии №2 лечебного факультета Московской медицинской академии им. И.М.Сеченова;

**И.Ф.Фаткуллин** — докт. мед. наук, профессор, зав. кафедрой акушерства и гинекологии №2 ГОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет»

**ДеЧерни А.Х.**

Ч-49

Акушерство и гинекология: Учебное пособие : В 2 т. / Алан Х. ДеЧерни, Лорен Натан ; Пер. с англ. ; Под общ. ред. акад. РАМН А.Н.Стрижакова. — М. : МЕДпресс-информ, 2008.

ISBN 5-98322-326-7

Т. I : Акушерство. — 776 с. : ил.

ISBN 5-98322-327-5

Том I «Акушерство» книги «Акушерство и гинекология: диагностика и лечение» является практическим руководством для врачей, а также учебным пособием для студентов медицинских вузов.

В книге подробно освещены основы репродукции, нормальное акушерство, диагностика и тактика ведения различных осложнений во время беременности и родов, неотложные состояния в акушерстве. Уделено внимание экстрагенитальным заболеваниям (в том числе хирургическим) при беременности. Отдельная глава посвящена реанимации новорожденных и уходу за детьми из групп высокого риска.

В книге большое количество иллюстраций: анатомические рисунки, диагностические изображения и диаграммы.

Кроме акушеров-гинекологов, эту книгу могут использовать семейные врачи, медицинские сестры, другие работники здравоохранения, связанные с проблемой здоровья женщин.

УДК 618.2—7  
ББК 7.16(я72)

ISBN 0-8385-1401-4 (англ.)  
ISBN 5-98322-327-5 (Т. I)  
ISBN 5-98322-326-7

© 2003 by The McGraw-Hill Companies, Inc.  
© Издание на русском языке, перевод на русский язык, оформление, оригинал-макет.  
Издательство «МЕДпресс-информ», 2008

# Содержание

Авторы .....	7
Предисловие .....	15
<b>ЧАСТЬ I. ОСНОВЫ РЕПРОДУКЦИИ</b>	
<b>1. Подход к пациенту .....</b>	<b>17</b>
<i>Michelle Hugin; Mary M.Cadieux, MD</i>	
<b>2. Анатомия репродуктивной системы женщины .....</b>	<b>21</b>
<i>Kermit E.Krantz, MD, LittD</i>	
<b>3. Эмбриология мочеполовой системы и врожденные аномалии женских половых путей .....</b>	<b>79</b>
<i>Catherine Marin, MD; Joseph D.Bast, PhD</i>	
<b>4. Генетические нарушения и аномалии половой хромосомы .....</b>	<b>117</b>
<i>Donelle Laughlin, MD</i>	
<b>5. Физиология репродукции у женщин .....</b>	<b>151</b>
<i>William F.Ganong, MD</i>	
<b>6. Физиология женщины во время беременности .....</b>	<b>177</b>
<i>Brian J.Koos, MD, PhD; Pamela J.Moore, PhD</i>	
<b>7. Мать—плацента—плод; физиология плода и ранняя неонатальная физиология .....</b>	<b>187</b>
<i>Donelle Laughlin, MD; Robert A.Knuppel, MD, MPH</i>	
<b>ЧАСТЬ II. НОРМАЛЬНОЕ АКУШЕРСТВО</b>	
<b>8. Физиологическая беременность и диспансеризация беременных .....</b>	<b>222</b>
<i>Suzanne Bovone, MD; Martin L.Pernoll, MD</i>	
<b>9. Течение и ведение физиологических родов .....</b>	<b>248</b>
<i>Carol L.Archie, MD; Manoj K.Biswas, MD, FACOG, FRCOG</i>	
<b>10. Наиболее важные аспекты оценки здоровых новорожденных и ухода за ними .....</b>	<b>260</b>
<i>Carla Janzen, MD; William L.Gill, MD</i>	
<b>11. Нормальный послеродовой период .....</b>	<b>276</b>
<i>Kim Lipscomb, MD; Miles J.Novy, MD</i>	
<b>ЧАСТЬ III. БЕРЕМЕННОСТЬ ВЫСОКОГО РИСКА</b>	
<b>12. Методы оценки беременности высокого риска .....</b>	<b>314</b>
<i>Jonathan Gillen-Goldstein, MD; Michael J.Paidas, MD; Robert J.Sokol, MD; Theodore B.Jones, MD; Martin L.Pernoll, MD</i>	
<b>13. Патология беременности малого срока .....</b>	<b>330</b>
<i>Sara H.Garmel, MD</i>	
<b>14. Осложнения беременности большого срока .....</b>	<b>349</b>
<i>Ashley S.Roman, MD, MPH; Martin L.Pernoll, MD</i>	

## 6 / СОДЕРЖАНИЕ

<b>15. Синдром задержки роста плода</b> .....	<b>369</b>
<i>Jeannine Rahimian, MD, MBA; Michael W.Varner, MD</i>	
<b>16. Многоплодная беременность</b> .....	<b>388</b>
<i>Melissa Bush, MD; Martin L.Pernoll, MD</i>	
<b>17. Сахарный диабет и беременность</b> .....	<b>404</b>
<i>Carla Janzen, MD; Jeffrey S.Greenspoon, MD; Sue M.Palmer, MD</i>	
<b>18. Гипертензивные состояния при беременности</b> .....	<b>422</b>
<i>Courtney Reynolds, MD; William C.Mabie, MD; Baha M.Sibai, MD</i>	
<b>19. Влагалищные кровотечения в III триместре беременности</b> .....	<b>445</b>
<i>C.S.Claydon, MD; Martin L.Pernoll, MD</i>	
<b>20. Неправильное предлежание плода и выпадение петель пуповины</b> .....	<b>464</b>
<i>Karen Kish, MD; Joseph V.Collea, MD</i>	
<b>21. Патология сердца, крови, легких, почек и мочевыводящих путей при беременности</b> .....	<b>486</b>
<i>Michelle Grewal, MD; Manoj K.Biswas, MD, FACOG, FRCOG; Dorothee Perloff, MD</i>	
<b>22. Общесоматическая патология при беременности</b> .....	<b>541</b>
<i>Dipika Dandade, MD; L.Wayne Hess, MD; Darla B.Hess, MD, FACC, FAHA; John C.Morrison, MD</i>	
<b>23. Хирургические заболевания при беременности</b> .....	<b>571</b>
<i>Christine H.Holschneider, MD</i>	
<b>24. Осложнения родов и родоразрешения</b> .....	<b>591</b>
<i>Ana Polo, MD; Lisbeth Chang, MD; Eduardo Herrera, MD; Martin L.Pernoll, MD</i>	
<b>25. Акушерская анестезия и аналгезия</b> .....	<b>606</b>
<i>Ralph W.Yarnell, MD, FRCPC; John S.McDonald, MD</i>	
<b>26. Оперативное родоразрешение</b> .....	<b>636</b>
<i>Steven W.Ainbinder, MD</i>	
<b>27. Послеродовые кровотечения и патология послеродового периода</b> .....	<b>675</b>
<i>Sarah B.H.Poggi, MD; Peter S.Kapernick, MD, MPH</i>	
<b>28. Реанимация новорожденных и уход за новорожденными из групп высокого риска</b> .....	<b>704</b>
<i>Milena Weinstein, MD</i>	
<b>ЧАСТЬ IV. СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ АКУШЕРСТВА</b>	
<b>29. Неотложные состояния в акушерстве</b> .....	<b>729</b>
<i>Johanna Weiss, MD; Ramada S. Smith, MD</i>	
<b>30. Психологические аспекты акушерства</b> .....	<b>760</b>
<i>Alexandra Haessler, MD; Miriam B. Rosenthal, MD</i>	

# Предисловие

## ВВЕДЕНИЕ

«Акушерство и гинекология: диагностика и лечение» — перевод 9-го англоязычного издания однотомного руководства\* для практикующих врачей. Ведущее место в книге занимают практические аспекты клинической диагностики и курирования пациентов как в стационаре, так и амбулатории.

## ОСНОВНЫЕ ЧЕРТЫ

- Тщательный обзор всех аспектов акушерства и гинекологии.
- Актуальность.
- Более 1000 нозологических форм.
- Акцент на профилактику и доказательную медицину.
- Патофизиологическое обоснование диагностики и лечения.
- Лаконичность, способствующая быстрому поиску необходимой информации.
- Более 500 анатомических рисунков, диагностических изображений и диаграмм.

## ЦЕЛЕВАЯ АУДИТОРИЯ

Студенты медицинских вузов могут использовать данную книгу в качестве авторитетного пособия по введению в специальность и отличного источника для подготовки рефератов и докладов. Врач общей практики здесь найдет краткую информацию о распространенных и частых проблемах своих пациентов. Практикующие акушеры и гинекологи, семейные врачи, интерны, медицинские сестры и другие работники здравоохранения, чья профессиональная деятельность касается здоровья женщин, могут использовать эту книгу как источник ответов на вопросы, которые возникают ежедневно в акушерско-гинекологической практике.

## В ЭТОМ ИЗДАНИИ

- Переработаны и существенно дополнены главы:
  - «Хирургические заболевания при беременности»;
  - «Инфекции, передающиеся половым путем, и инфекционные заболевания тазовых органов»;
  - «Доброкачественные заболевания тела матки»;
  - «Предраковые и злокачественные заболевания шейки матки»;
  - «Урогинекология».
- Приведены последние рекомендации по скринингу рака шейки матки, контрацепции, пренатальной диагностике и лечению, профилактике домашнего насилия.
- Более 500 иллюстраций было перерисовано с учетом второго цвета.

Лос-Анджелес, Калифорния,  
Август 2002 г.

Alan H. DeCherney, MD  
Lauren Nathan, MD

\* В России руководство выходит в свет в 2 томах. — *Примеч. ред.*

# ЧАСТЬ I

## Основы репродукции

### Подход к пациенту

**1***Michelle Hugin, MD; Mary M. Cadieux, MD*

Эффективность взаимоотношений между работником здравоохранения и пациентом основывается на тех знаниях и умениях, которыми обладает врач, и на тех этических стандартах, которыми он пользуется.

#### **ВВЕДЕНИЕ**

Забота о здоровье женщины охватывает все аспекты медицины. Акушеры-гинекологи часто не только вызываются на консультации, но и работают как лечащие врачи. Врачи общей практики и семейные врачи постоянно сталкиваются с тем, что главная проблема их пациенток изменяется в зависимости от репродуктивного состояния и потенциала женщины и от ее желания родить ребенка. Естественно, выбор лечебной и диагностической тактики будет зависеть от наличия беременности, ее планирования, а в некоторых случаях от гормонального состояния пациентки. Кроме того, акушерская или гинекологическая оценка состояния больной включает общий статус и должна рассматриваться в контексте ее психологического, социального и эмоционального состояния.

#### **Анамнез**

Для назначения женщине оптимального лечения врач при каждом визите должен получать максимально полную информацию. Это необходимо как при динамическом наблюдении за пациенткой, так и при редких посещениях, связанных с какой-либо конкретной жалобой. Женщина должна рассматривать любую встречу с врачом как возможность для улучшения состояния здоровья. Клинические данные должны включать как общую информацию о пациенте, так и причины его обращения к врачу. Анамнез заболевания, жизни, семейный анамнез, примененное ранее лечение, ал-

лергологический анамнез и состояние органов и систем должны быть тщательно проанализированы. Анамнез менструального цикла и полового развития может предоставить данные для понимания причины настоящих жалоб. Жалобы на боль, кровотечение обычно сужают круг диагностического поиска. Например, оценка жалоб на боль должна включать такие категории, как причина возникновения боли, ее длительность, частота и связанные с этим поведенческие реакции, а также описание типа боли и ее локализации. Такой подход позволяет оценить динамические изменения в состоянии пациентки и дает возможность назначения соответствующего лечения.

Первичный контакт с пациенткой до непосредственного осмотра может быть полезен для уменьшения ее тревожности, основанной на возможных неприятных предыдущих ощущениях. Для этого врачу могут понадобиться дополнительное время, внимание и мягкость по отношению к пациентке.

#### **Физикальный осмотр**

Физикальный осмотр также должен быть направлен на оценку общего состояния. Пациентка должна быть настроена на то, что эта процедура является возможностью получения информации о состоянии ее здоровья и она получит полные сведения, касающиеся общего осмотра и любых возможных находок. Осмотр всегда должен включать обсуждение с пациенткой любых предъявляемых жалоб. Исследование молочных желез предоставляет хорошую возможность обучить пациентку практике самостоятельной их проверки. Исследование органов малого таза обычно вызывает особую тревогу у пациенток, поэтому необходимо предпринять все меры для того, чтобы этот опыт оказался позитивным. Врач



должен обеспечить максимальный контроль пациентки над осмотром, внимательно интересуясь малейшими признаками болезненности, и добиться ее помощи в расслаблении мышц и мышечном контроле. Пациентка должна быть осведомлена о каждом этапе осмотра и его ценности для диагностики.

За осмотром наружных половых органов следует аккуратное введение согретого зеркала соответствующего размера для исследования влагалища и шейки матки. У больных, которых беспокоит боль, или пациенток с повышенной тревожностью инструмент должен вводиться как можно мягче, необходимо избегать грубого столкновения зеркала с напряженными мышцами, уретральной и внутренними влагалищными областями. Некоторые женщины могут выразить желание наблюдать с помощью зеркала процесс обследования, что позволит им успокоиться и сотрудничать с врачом. Взятие мазка по Папаниколау может вызвать неприятные ощущения у некоторых женщин, поэтому во время проведения этого теста их нужно чем-то отвлечь. Также пациентке должна быть объяснена необходимость бимануального исследования. При проведении ректовагинального и ректального исследований расслабление анального сфинктера женщины позволяет получить дополнительную информацию, позволяющую судить о здоровье пациентки или провести дифференциальную диагностику. Если возникает необходимость в УЗИ, следует получить дополнительное согласие больной, объяснив ей важность этого исследования.

### Применение новых технологий

Научные знания в области акушерства и гинекологии росли параллельно с общемедицинскими достижениями. В некоторых ситуациях развитие новых технологий серьезно изменило отношения между работниками здравоохранения и их пациентами. Например, переход от интуитивного приема родов и рождения ребенка к активному мониторингованию и последующему сбору данных обеспечил более рациональный подход для принятия решений. В большей степени, чем ранее, коммерческие отношения в здравоохранении привели к тому, что пациентка получила право на более активное участие в принятии решений, касающихся ее здоровья. В зависимости от того, воспринимает ли себя женщина как «клиента» или «пациента», а также от того, насколько врач склонен принимать во внимание ее точку зрения,

изменяется желание женщины исполнять рекомендации врача. Тот факт, что в решении акушерских или гинекологических проблем может существовать несколько методов ведения пациентки, также может вызвать осложнения взаимоотношений между врачом и больной. Тем не менее, ситуация дает возможность для активного участия женщины в выборе лучшего метода лечения в ее конкретном случае.

### ОБЩЕНИЕ

Если первой платформой для создания крепких отношений между пациентом и врачом является знание, то второй, несомненно, служат вопросы общения. Способность установить истину, получить и передать полную и точную информацию, обеспечить абсолютное согласие с рекомендациями зависит в огромной степени от умения общаться с пациентом. У некоторых врачей такие способности являются врожденными, но у большинства они вырабатываются в процессе обучения и зависят от желания их получить.

Общим барьером, с точки зрения пациента, служит медицинская терминология, особенно в ситуации, когда термины произносятся быстро и слушатель не успевает задать уточняющие вопросы. Иногда пациентке бывает трудно внятно изложить свои заботы и жалобы, касающиеся традиционных отношений «врач—больной». Пациентка может стесняться рассказывать об интимных сторонах своей жизни врачу, который не выказал особого интереса к ее проблемам. Не позволяя пациенту изложить свои страхи, беспокойства и вопросы, врач может упустить важные подробности для диагностики и назначения последующего лечения.

Средство преодоления такого коммуникационного барьера может быть найдено в обучении как больных, так и медиков. Врач должен обеспечить для пациентки комфортное окружение, поощрять ее к вопросам, внимательно выслушивать ее, интересоваться тем, что она ждет от лечения. Записанные на видео интервью — очень эффективный способ обучения врачей умению общаться с больными. Пациентку нужно попросить повторить те инструкции, которые дал ей врач, а все рекомендации желательно предоставить ей в письменной форме. Со своей стороны, пациентка может делать записи и вести дневник всех предыдущих визитов.

Работа с пациентом показала себя как неоптимальное средство в получении согласия на

обследование и лечение. Поражительным примером отсутствия такого согласия является назначение заместительной гормональной терапии. В целом согласие на лечение дают только 30% пациенток. Больные не выполняют рекомендации из-за страха развития рака либо из-за неадекватной или неточной информации о риске приема препаратов и их побочных эффектах. Наиболее длительные курсы лечения назначаются больным, полностью информированным о препарате и его действии.

Для медицинского работника в обществе, где существует юридическая система, при которой врач может быть объявлен ответственным за результат лечения, очень важным является качественное ведение документации и научное обоснование каждого вмешательства или невмешательства. Эти же условия могут вызвать противоречивое положение врача в отношении желаний пациента. Обязанность информировать пациента, получать разрешение на хирургическое вмешательство или давать советы о вариантах выбора по разрешению беременности становится в некоторых случаях скорее юридической, чем чисто медицинской проблемой. Такие юридические вопросы, возможно, неприятные для многих, служат сигналом того, что население чувствует необходимость защиты от манипуляций людей, обладающих знаниями, недостижимыми для непрофессионала. Вне зависимости от логичности такого восприятия оно может быть преодолено только постоянными попытками врача добиться доверия каждого отдельного пациента. Такое доверие основывается на медицинских знаниях врача и поддерживается постоянным повышением квалификации, честным осознанием и признанием своего незнания в некоторых областях медицины, а также желанием обсуждать с пациентом то, что известно точно, и то, в чем врач не уверен.

## ВОПРОСЫ ЭТИКИ

Если основанием для взаимоотношений между врачом и пациентом служит знание и общение, то связующее звено, формирующее основу доверия, — это честность и этичное поведение врача и пациентки. Этические вопросы в акушерстве и гинекологии становятся все более важными. Каждый медик имеет ресурсы для принятия правильного решения и уменьшения числа потенциальных этических конфликтов, оценки возможных трудностей и вы-

работки последовательности поведения. Кроме того, что постоянно растет количество литературы на эту тему, многие стационары и поликлиники создали специальные консультативные службы для решения вопросов медицинской этики. Но прежде чем обращаться за помощью, врач должен определить свои собственные этические ценности и понять их основу. Знакомство с теорией этики может позволить в спорной ситуации принять правильное решение. Дискуссии, основанные на понимании этических принципов уважения к человеку, добра, ненанесения ущерба и справедливости, предотвратят принятие спорных и сомнительных решений.

Принцип автономии, или уважение к каждому индивидууму, может сформировать основу для разрешения многих этических проблем и определить приемлемое отношение к конфиденциальности, приватности, праву на информацию и исключительное право пациента на решение вопросов лечения. Поскольку лечение женщин обязательно требует информации, касающейся чувственных и интимных отношений и действий, так же как и мыслей, чувств и эмоций пациентки, полное раскрытие таких сведений обязывает медицинского работника защищать права и частную жизнь женщины. Отношения, установившиеся при первом визите девушки-подростка к гинекологу, потенциально могут продлиться всю ее жизнь и включать такие важнейшие события, как планирование семьи и рождение детей, сохранение физического состояния и здоровья в постменопаузе. Для успешного поддержания таких длительных медицинских отношений необходима особая чувствительность к меняющимся целям и нуждам каждой пациентки. В некоторых случаях лечение и профилактика могут вызывать затруднения у врача. Например, установление доверия с подростком, интересующимся контрацепцией, или лечение лиц нетрадиционной сексуальной ориентации может потребовать от врача непредвзятых суждений. Понимание особых нужд женщин привело к образованию в некоторых регионах особых подразделений здравоохранения, которые занимаются здоровьем подростков, планированием семьи, проблемами бесплодия, онкологическими заболеваниями и здоровьем женщин после наступления менопаузы. Эти ресурсы лучше всего могут быть использованы под общим руководством лечащего врача и служить улучшению охраны здоровья женщин.

## ЛИТЕРАТУРА

- Delbarco TL: Enriching the doctor-patient relationship by inviting the patient's perspective. *Ann Intern Med* 1992;116:414.
- Del Mar CB: Communicating well in general practice. *Med J Aust* 1994;160:367.
- DiMatteo MR: The physician-patient relationship, effects on the quality of health care. *Clin Obstet Gynecol* 1994;37:149.
- Eracher SA, Kirscht JP, Becker MH: Understanding and improving patient's compliance. *Ann Intern Med* 1984;100:258.
- Laine C, Davidoff F: Patient centered medicine, a professional evolution. *JAMA* 1996;275:152.
- Quill TE: Recognizing and adjusting to barriers in doctor-patient communication. *Ann Intern Med* 1989;111:51.
- Roberts DK: Prevention: Patient communication. *Clin Obstet Gynecol* 1988;31:153.
- Sarrel PM: Improving adherence to hormone replacement therapy with effective patient-physician communication. *Am J Obstet Gynecol* 1999;180:S337.

# Анатомия репродуктивной системы женщины

2

Kermit E. Krantz, MD, LittD

## БРЮШНАЯ СТЕНКА

### Топографическая анатомия

Переднюю брюшную стенку разделяют на области. Исходной точкой служит мечевидный отросток грудины, который находится в одной плоскости с X грудным позвонком. Две верхние области формируются с помощью углов грудной клетки; нижние области простираются от нижней границы ребер до гребней подвздошных костей и вперед до отростков позвонков поясничного отдела позвоночника. Основание формируется паховыми связками и лобковым симфизом.

Расположение органов описывается с помощью разделения переднелатеральной брюшной стенки на области. Одни линии проводятся от девятых реберных хрящей до гребней подвздошных костей с обеих сторон. Другие линии соединяют середину паховых связок с хрящами VIII ребер. Таким образом, формируются 9 областей (рис. 2-1): эпигастральная, околопупочная, надлобковая, правое и левое подреберья, правые и левые поясничные и подвздошно-паховые.

В правом подреберье располагаются правая доля печени, желчный пузырь в передневерхнем углу, глубоко внутри — часть правой почки и иногда правый угол ободочной кишки.

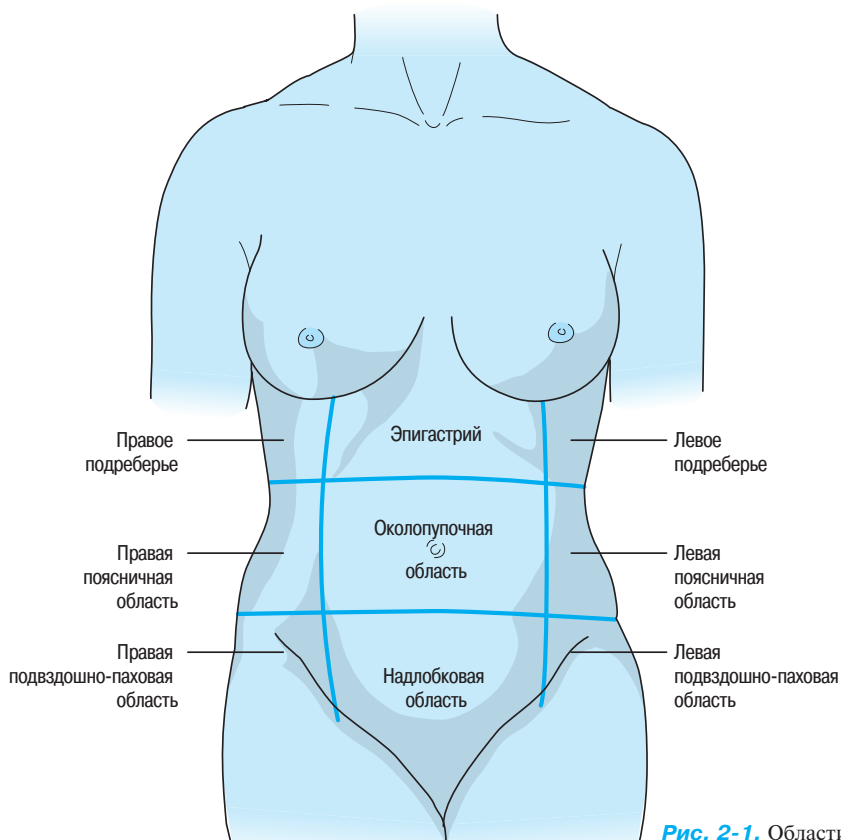
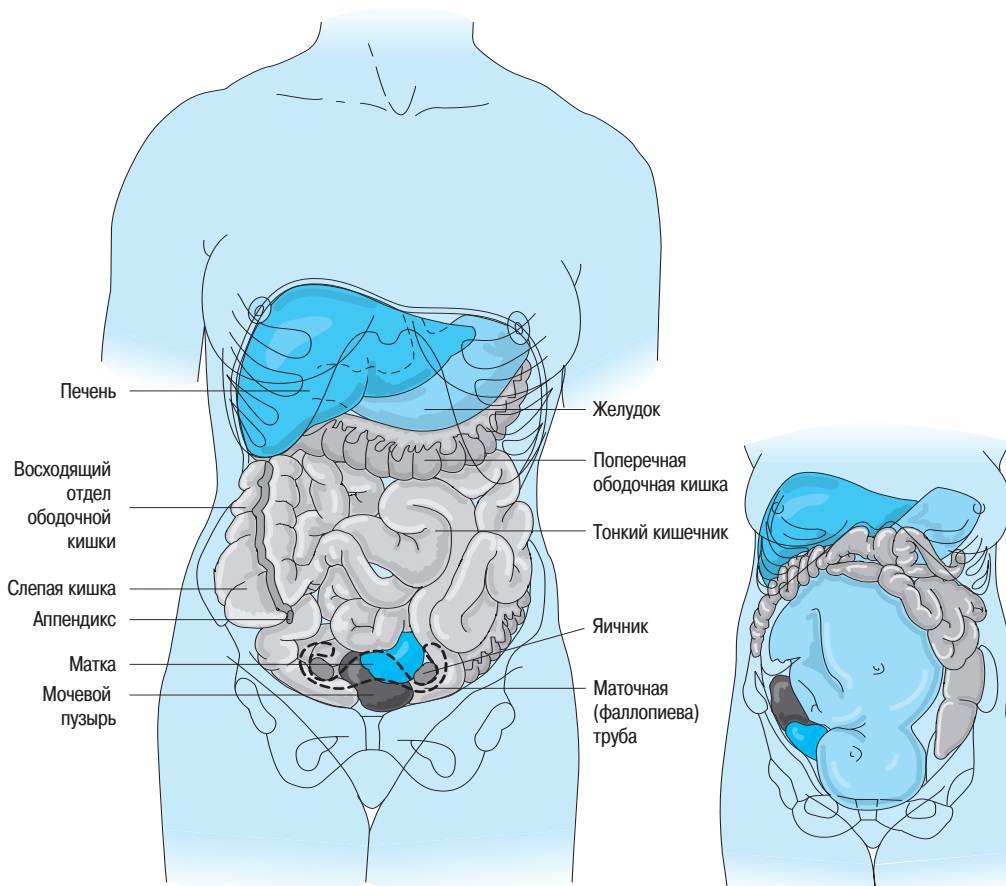


Рис. 2-1. Области брюшной полости.

## 22 / ЧАСТЬ I. ОСНОВЫ РЕПРОДУКЦИИ



**Рис. 2-2.** Органы брюшной полости. *Справа* показана проекция плода.

В эпигастральной области располагается левая доля печени, часть ее правой доли, желудок, проксимальные отделы двенадцатиперстной кишки, поджелудочная железа, надпочечники и верхние полюса обеих почек (рис. 2-2).

Левое подреберье служит областью проекции селезенки, дна желудка, верхней части печени и левого угла ободочной кишки.

В правой подвздошной области находятся восходящая ободочная кишка, петли тонкого кишечника и достаточно часто внутренняя граница латерального отдела правой почки.

Центрально расположенная околопупочная область содержит поперечную ободочную кишку, желудок, большой сальник, тонкий кишечник, две нижние трети двенадцатиперстной кишки, головку поджелудочной железы и части центральных отделов почек.

В левой поясничной области располагаются нисходящий отдел ободочной кишки, левая почка и тонкий кишечник.

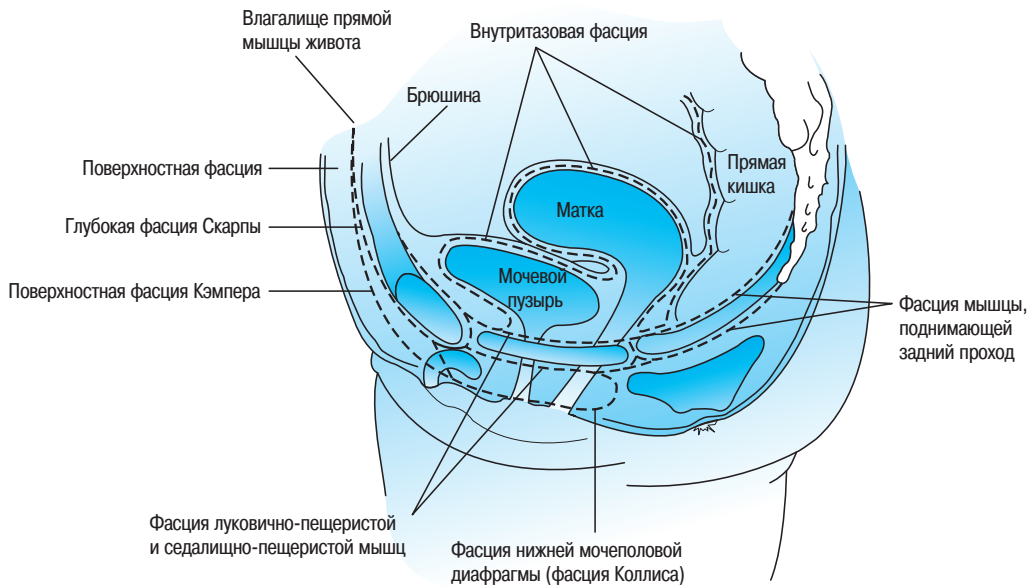
В правой подвздошно-паховой области расположены слепая кишка и аппендикс, часть восходящей ободочной кишки, тонкий кишечник и иногда правый край большого сальника.

Надлобковая область проецируется на большой сальник, петли тонкого кишечника, прямую кишку и часто — на часть поперечной ободочной кишки.

В левой подвздошно-паховой области располагаются сигмовидная кишка, петли тонкого кишечника и левый край большого сальника.

Расположение и размеры органов могут значительно различаться в зависимости от размера тела и телосложения. В течение жизни человека положение органов может меняться не только за счет силы земного притяжения, но и из-за изменения формы полых органов при их заполнении и опорожнении. Необходимость знания расположения внутренних органов по отношению к брюшной стенке становится совершенно очевидной, когда она

## 2. АНАТОМИЯ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ ЖЕНЩИНЫ / 23



**Рис. 2-3.** Проекция фасций таза. (Цит. по: Benson RC: *Handbook of Obstetrics & Gynecology*, 8th ed. Lange, 1983; с разрешения.)

растягивается во время беременности. Например, до 12-й недели беременности аппендикс располагается в правой подвздошной области. В 16 нед. он находится на уровне правого гребня подвздошной кости, а в 20 нед. — на уровне пупка, где и остается до родов. Из-за такого перемещения в III триместре беременности бывает трудно распознать симптомы аппендицита. Таким же образом беременность затрудняет диагностику заболеваний толстой кишки.

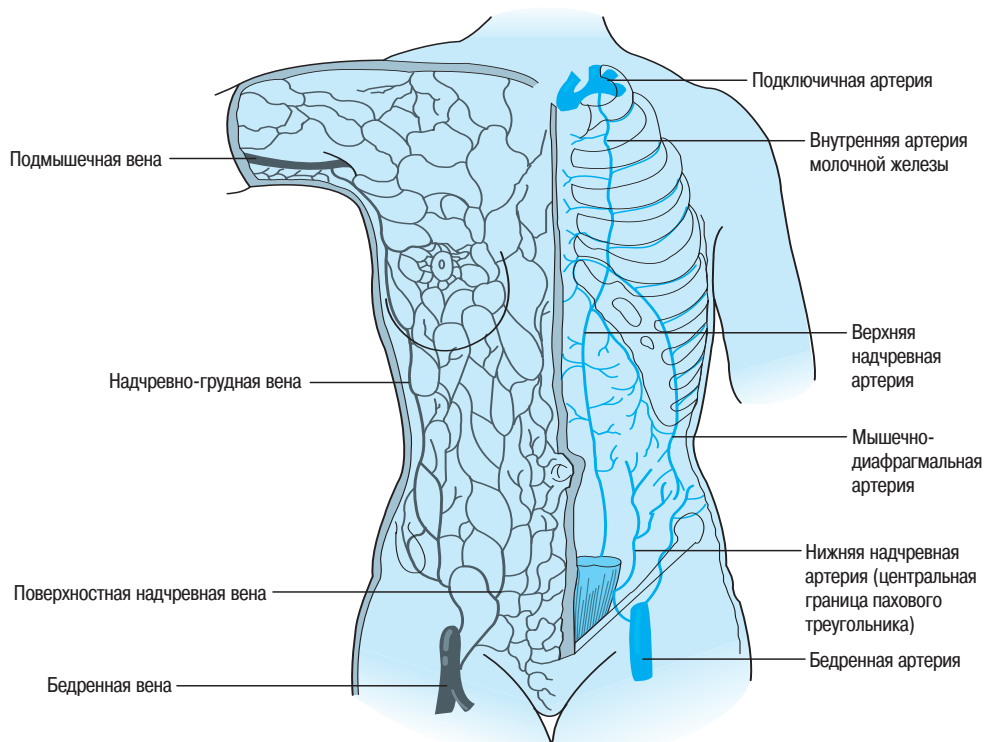
### Кожа, подкожная клетчатка и фасции

Кожа брюшной стенки гладкая, нежная и очень эластичная. Она подвижна относительно подлежащих структур, за исключением пупка, где плотно прикреплена. Под кожей расположена поверхностная фасция (*tela subcutanea*) (рис. 2-3), которая покрывает всю брюшную полость. Ниже пупка она состоит из двух слоев: фасции Кэмпера — более поверхностной, содержащей большую часть жировой ткани, — и фасции Скарпы (глубокой фасции) — фиброэластической мембраны, плотно прикрепленной к срединному апоневрозу и широкой фасции.

### Артерии

Передние кожные ветви поверхностных артерий группируются вместе с передними кож-

ными нервами (см. рис. 2-4). Латеральные кожные ветви отходят от нижних аортальных межреберных и подреберных артерий. Бедренная артерия снабжает кровью поверхностную надчревную артерию и поверхностную артерию, огибающую подвздошную кость. Отходя под глубокой фасцией, примерно в 1,2 см за паховой связкой, поверхностная надчревная артерия сразу же проходит через глубокую фасцию или через овальную ямку. Оттуда артерия идет вверх, сначала через фасцию Кэмпера, слегка отклоняясь в медиальном направлении к наружной косой мышце живота почти до пупка. От нее отходят мелкие ветви к паховым лимфатическим узлам, коже и поверхностной фасции. Заканчивается артерия многочисленными мелкими веточками, анастомозирующими с кожными ветвями нижней надчревной артерии и внутренней артерии молочной железы. Поднимаясь вверх либо вместе с поверхностной надчревной артерией, либо как отдельная ветвь бедренной артерии, поверхностная артерия, огибающая подвздошную кость, латерально проходит через эту кость, латерально проходит через эту кость. Пройдя через глубокую фасцию чуть латеральнее овальной ямки, затем она идет параллельно паховой связке почти до гребня подвздошной кости, где в фасции Скарпы делится на ветви, анастомозирующие с глубокой артерией, огибающей подвздошную кость. По ходу ветви этой артерии снабжают кровью



**Рис. 2-4.** Поверхностные вены и артерии брюшной стенки.

подвздошную и портняжную мышцы, паховые лимфатические узлы, поверхностную фасцию и кожу.

### Вены

Поверхностные вены более многочисленны, чем артерии, и формируют более разветвленную сеть. Из областей выше пупка кровь возвращается через передние кожные и парные надчревно-грудные вены, поверхностные надчревные вены и поверхностные вены, огибающие подвздошную кость в *tela subcutanea*. Таким образом, крестовидный анастомоз располагается между бедренной и подмышечной венами.

### Лимфатические сосуды

Ток лимфы в нижней части брюшной стенки (рис. 2-5) в первую очередь осуществляется к поверхностным паховым узлам. Их количество — 10–20, и они расположены в области паховой связки. Локализацию можно определить, разделив всю область на квадранты, образованные пересечением горизонтальных и вертикальных линий, сходящихся в сафенофemorальном соединении. Ход лимфатиче-

ских сосудов латеральной части брюшной стенки соответствует ходу поверхностной вены, огибающей подвздошную кость, и ведет к узлам в верхнем латеральном квадранте паховой области. Ход лимфатических сосудов срединной части брюшной стенки соответствует поверхностной надчревной вене и ведет, в основном, к узлам верхнего среднего квадранта. Клиническое значение имеет частое образование анастомозов между лимфатическими сосудами правой и левой половин брюшной полости.

### Мышцы и фасции брюшной стенки

Мышечная стенка, поддерживающая органы брюшной полости (см. рис. 2-6), состоит из 4 пар мышц и их апоневрозов. Три пары латеральных мышц — это наружные косые мышцы живота, внутренние косые и поперечные мышцы. Их апоневрозы смыкаются в середине брюшной стенки, соединяя противоположные латеральные мышцы, и образуют в этом месте уплотненную полосу, белую линию живота, которая проходит от мечевидного отростка грудины до лобкового симфиза. Глубже залегает еще пара мышц — прямые мышцы

Алан Х. ДеЧерни, Лорен Натан

**АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ:  
Диагностика и лечение**

**Том I  
Акушерство**

*Учебное пособие*

*Перевод с английского*

*Под общ. ред. акад РАМН А.Н.Стрижакова*

Главный редактор: *В.Ю.Кульбакин*

Ответственный редактор: *Е.Г.Чернышова*

Редакторы: *Н.Л.Пиганова, М.Н.Ланицман*

Корректор: *О.А.Эктова*

Компьютерный набор и верстка: *С.В.Шацкая, А.Ю.Кишканов*

ISBN 5-98322-327-5 (Т. I)

ISBN 5-98322-326-7

ISBN 5-98322-327-5



9 785983 22327 1

Лицензия ИД № 04317 от 20.04.01 г.  
Подписано в печать 28.01.08. Формат 70×100/16.  
Бумага мелованная. Печать офсетная. Объем 48,5 п.л.  
Гарнитура Таймс. Тираж 2000 экз. Заказ №С-1654

Издательство «МЕДпресс-информ».  
119992, Москва, Комсомольский пр-т, д.42, стр. 3  
Для корреспонденции: 105062, Москва, а/я 63  
E-mail: office@med-press.ru  
www.med-press.ru

Отпечатано в ОАО ПИК «Идел-Пресс»  
в полном соответствии с качеством предоставленных материалов.  
420066, г. Казань, ул. Декабристов, 2