

*Р. И. Калганова*

**Узкий таз  
в современном  
акушерстве**

*Медицина • 1965*

Р. И. КАЛГАНОВА

# УЗКИЙ ТАЗ В СОВРЕМЕННОМ АКУШЕРСТВЕ



ИЗДАТЕЛЬСТВО „МЕДИЦИНА“  
МОСКВА — 1955

## ПРЕДИСЛОВИЕ

Существующая в Советском Союзе огромная сеть лечебно-профилактических учреждений по охране материнства и детства сыграла большую роль в профилактике акушерской патологии, в частности узкого таза.

Правильное вскармливание детей грудного возраста, рациональное питание и воспитание детей дошкольного и школьного возраста, запрещение детского труда, широкое внедрение физкультуры, планомерная борьба с туберкулезом, рахитом, профилактика детских инфекционных заболеваний, охрана труда подростков, а также повышение общего благосостояния трудящихся — все это способствовало значительному снижению частоты анатомически узкого таза, особенно таких патологических его форм, как рахитические, кифотические, кососуженные и др.

Абсолютное сужение таза (III и IV степени) в настоящее время встречается крайне редко. У большинства женщин с анатомически узким тазом отмечается лишь относительная степень сужения. Многочисленные клинические наблюдения позволили акушерам установить, что значительное затруднение в родах возникает лишь при крайней степени сужения таза (III и IV степени), которое само по себе исключает всякую возможность родоразрешения живым плодом через естественные родовые пути. При относительном сужении таза (I и II степени), наоборот, отмечено благополучное течение родов у большинства рожениц. И лишь при крупных размерах головки, необычной плотности или при неблагоприятном ее вставлении наблюдается патологическое течение родов. При нормальных размерах таза указанные неблагоприятные факторы также могут по-

служить причиной затруднений при родоразрешении вследствие несоответствия между тазом и головкой.

Таким образом, сужение таза само по себе не предопределяет исход родов. Поэтому возникла необходимость не только анатомической, но и функциональной оценки таза, что дало повод акушерам предложить два совершенно различных понятия узкого таза: анатомически узкий таз и клинически узкий таз [Б. А. Архангельский, Г. Г. Гентер, М. С. Малиновский и М. Г. Кушнир, Мартин (E. Martin) и др.]. Анатомически узкий таз отражает только анатомические особенности таза. Клинически узкий таз означает несоответствие между головкой плода и тазом женщины независимо от размеров последнего.

Несмотря на столь четкое разграничение двух совершенно различных понятий узкого таза, многие акушеры, занимавшиеся изучением этой проблемы, или отождествляли оба понятия, или неправильно их трактовали. Б. А. Архангельский указывал, что смешение этих двух понятий узкого таза является крупнейшей акушерской ошибкой. Из литературных данных последних двух — трех десятилетий видно, что большинство авторов ограничивается анатомической характеристикой таза и не выделяет в особую группу клинически узкий таз. При этом все осложнения в родах при узком тазе обычно исчисляются по отношению ко всей группе анатомически узкого таза, хотя несомненно, что у большинства таких женщин роды протекают нормально.

Вместе с тем вопрос об особенностях течения родов при клинически узком тазе, о методах выявления различных степеней несоответствия между тазом роженицы и головкой плода, а в зависимости от этого и методах ведения родов до настоящего времени изучен недостаточно. Кроме того, исчисление частоты осложнений и хирургических вмешательств в родах по отношению ко всей группе рожениц с анатомически узким тазом создает неправильное представление об исходе родов при клинически узком тазе. Если учесть все осложнения в родах, связанные с несоответствием между тазом женщины и головкой плода, только по отношению к клинически узкому тазу, то станет очевидным, что число этих осложнений достаточно велико. Неправильная трактовка понятия «клинически узкий таз» приводит также к

тому, что все случаи несоответствия между тазом и головкой при нормальных размерах таза, возникающие в результате различных неблагоприятных факторов (чрезмерная величина головки, неправильное вставление ее и т. д.), в большинстве родильных учреждений не учитываются как клинически узкий таз.

Следовательно, для практического акушерства наиболее целесообразным является изучение клинически узкого таза как одного из самостоятельных разделов патологического акушерства. Это будет способствовать выяснению частоты клинически узкого таза, выявлению причин, обуславливающих несоответствие между тазом роженицы и головкой плода, освещению особенностей течения и исходов родов и главное позволит наметить правильную тактику ведения родов при такой акушерской патологии.

Основой этой работы автору послужило 306 случаев клинически узкого таза, наблюдавшихся в Институте акушерства и гинекологии Министерства здравоохранения СССР. Из 306 рожениц с клинически узким тазом 161 находилась под наблюдением авторов, а клинические данные остальных 145 изучены путем анализа имеющихся в архиве института историй родов. Для выяснения частоты анатомически узкого таза и степени его сужения использованы собственные наблюдения и архивные материалы Института, охватывающие 851 роженицу за тот же период.

## Глава I

# НЕКОТОРЫЕ СВЕДЕНИЯ О ВОЗНИКНОВЕНИИ И РАЗВИТИИ УЧЕНИЯ ОБ УЗКОМ ТАЗЕ

### Анатомически узкий таз

Узкий таз относится к наиболее сложному разделу патологического акушерства. Однако в течение многих столетий врачи не придавали значения емкости таза как одному из основных факторов, влияющих на исход родов. Невысоким уровнем знаний анатомии женского таза и механизма родов можно объяснить существование до XVIII века укоренившейся теории о расхождении тазовых костей во время родов и о рождении плода собственными силами путем опоры ножками на дно матки. Основоположником этой теории был великий врач древности Гиппократ.

В 1543 г. Андрей Везалий (A. Vesalius) впервые дал описание нормального таза и установил, что лонные кости соединены в симфизе неподвижно. Ученик Везалия Аранций (J. C. Arantius) в 1587 г. полностью подтвердил данные своего учителя в отношении неподвижности лонного сочленения и описал плоский таз. Несмотря на столь ценные открытия Везалия и Аранция врачи продолжали упорно придерживаться учения древних греков о расхождении тазовых костей во время родов. Начало учению об узком тазе было положено в 1701 г. голландским акушером Девентером (H. Deventer), который впервые дал описание женского таза с акушерской точки зрения. Девентер различал две основные формы узкого таза: общесуженный и плоский. Он указал на особенности течения и исхода родов в зависимо-

сти от формы и степени сужения таза, а также отметил неблагоприятное влияние узкого таза на головку плода в результате чрезмерного ее сжатия.

В дальнейшем учение об узком тазе стало быстро развиваться во всех странах. Из богатейшей литературы по узкому тазу видно, что в течение двух столетий изучение различных форм узкого таза, методов измерения его, классификации, особенностей течения и ведения родов послужило темой многочисленных научных трудов. Французский акушер Левре (A. Levret) довольно точно описал в 1747 г. рахитический таз, причем рахит он считал наиболее частой причиной деформации таза и обратил внимание на особенности строения таза при рахитическом тазе. В 1753 г. Левре ввел термин «тазовый вход», описал форму его и проводную ось таза. Он различал три размера входа таза: большой, малый и средний.

Смелли (W. Smelli) в 1751 г. более подробно изложил учение о рахитическом тазе и механизме родов. Этот же английский акушер предложил измерение диагональной конъюгаты, по которой вычислял истинную. При уменьшении истинной конъюгаты до 3 дюймов (7,6 см) считал самостоятельное родоразрешение живым плодом невозможным. Описал изменение формы головки в родах и указал на возможность образования вдавления на теменной кости при узком тазе. Смелли первый стал пользоваться расположением швов и родничков для определения характера вставления головки.

Немецкий акушер Редерер (J. G. Roederer) в 1753 г. опубликовал результаты изучения механизма родов при общеравномерносуженном тазе. Среди причин пространственного несоответствия между тазом и головкой он отметил узость таза, чрезмерную величину головки, гидроцефалию. Другой немецкий акушер Штейн (G. W. Stein) впервые в 1775 г. описал остеомалятический таз; предложил тазомер в виде палочки для измерения диагональной конъюгаты и клизометр для определения угла наклона таза. Он установил шесть степеней сужения таза, в зависимости от которых ставил прогноз родов.

Основоположник русского акушерства Н. М. Амбодик-Максимович в своем классическом труде «Искусство повивания или наука о бабичьем деле» (1784—1786)

дал характеристику следующих форм узкого таза: общесуженного таза, общесуженного таза мужского типа, плоского таза (несколько разновидностей), таза, суженного опухолью тазовых костей, поперечносуженного и кососуженного. Роды при узком тазе Н. М. Амбодик-Максимович относил к сверхъестественным, по этому поводу он писал: «Сверхъестественные роды бывают трудными, тяжелыми и медленными тогда, когда нет никакой соразмерности между тазом и детской головкой».

Известный французский акушер Боделок (J. Baudelocque, 1746—1810) для выявления узкого таза рекомендовал измерение длины крестца и расстояния между передневерхними остями и гребешками подвздошных костей, предложил метод измерения наружной конъюгаты, которая в дальнейшем была названа его именем. Величину истинной конъюгаты Боделок определял вычитанием из величины наружной конъюгаты 3,0—3,3 дюймов (7,6—8,38 см), диагональную конъюгату устанавливал ручным приемом. Боделок различал особенности течения родов в зависимости от формы сужения таза: для плоского таза считал характерным длительное вставление головки и быстрое продвижение ее через родовой канал, а для воронкообразного таза отметил обратные явления. В 1789 г. Боделок предложил тазомер для измерения наружных размеров таза. Из всех других акушеров Боделок более тщательно изучил влияние узкого таза на головку плода и развил теорию о вклинивании головки. Для вклинивания головки он считал характерным полную неподвижность ее, наличие большой родовой опухоли и отек мягких родовых путей.

Автор немецких акушерских щипцов Негеле (F. C. Naegele) в 1839 г. описал анкилотический кососуженный таз. Другой немецкий акушер Роберт (H. Robert) в 1842 г. сообщил о поперечносуженном тазе, который впоследствии был назван его именем. Поперечносуженный таз Роберта характеризуется значительным уменьшением всех поперечных размеров вследствие отсутствия или недоразвития крыльев крестцовой кости.

Михаэлис (G. A. Michaelis, 1798—1848) ввел существенные изменения в учение об узком тазе. До него большинство акушеров относили к узкому тазу только такой, который в родах вызывал серьезное механическое



препятствие. Таким образом, имелась тенденция ограничить представление об узком тазе. Михаэлис предложил считать узким тазом и небольшие степени его сужения, так как и при этом в родах могут возникнуть осложнения, свойственные узкому тазу. Большой заслугой Михаэлиса является его рекомендация производить измерение таза всем роженицам и беременным с целью выявления узкого таза. Он объединил все существовавшие до него методы измерения таза и предложил определять диаметры между передневерхними остями и гребешками тазовых костей, расстояние между вертелами бедренных костей, наружную и диагональную конъюгаты. Михаэлис описал поясничный ромб, носящий его имя, продольный размер этого ромба соответствует истинной конъюгате. Михаэлис первый установил частоту узкого таза. На 1000 родов он обнаружил узкий таз у 72 женщин (7,2%). На основании собственных клинических наблюдений он различал три основные формы узкого таза: частично суженный (плоский и плоскорихитический), общеравномерносуженный и общесуженный плоский. Установил три степени сужения таза, границей узкого таза считал уменьшением истинной конъюгаты до 3,5 дюйма (около 9 см). При определении прямого диаметра входа по величине диагональной или наружной конъюгаты предложил учитывать высоту и толщину лонного сочленения. Михаэлис систематизировал данные различных авторов об особенностях механизма родов в зависимости от формы сужения таза.

Русские акушеры А. П. Матвеев (1856) и А. А. Китер (1857) различали три степени сужения таза, границей узкого таза считали уменьшение истинной конъюгаты до 8,5—9,5 см. При определении диагональной конъюгаты А. П. Матвеев пользовался палочкой Штейна, а для наружного измерения таза — тазомером Боделока. По мнению А. А. Китера, прогноз родов при общеравномерносуженном тазе более благоприятен, чем при неравномерносуженном (рахитическом, поперечносуженном) А. А. Китер отрицал практическое значение наклона таза.

В 1856 г. известный венский патолог Рокитанский (С. Rokitansky) описал коксальгический и кифотический тазы. В кифотическом тазе он обнаружил увеличение прямого размера входа и высоты таза.

Н. Н. Феноменов в 1880 г. обратил внимание на трудности выявления кифотического таза ввиду отсутствия надежных методов для измерения поперечных размеров таза. Он собрал 19 случаев из литературы и привел собственный случай родов при кифотическом тазе, отметив особенности течения родов при данной аномалии таза — вставление головки в прямом размере в заднем виде. Н. Н. Феноменов различал три степени сужения в зависимости от величины поперечного размера выхода таза. Немецкий акушер Литцманн (С. Litzmann, 1815—1890) на основании большого клинического опыта и изучения скелетированных тазов предложил собственную классификацию узких тазов. До него классификация узких тазов по этиологическим признакам была предложена еще Килианом (Н. Kilian), Зибольдом (А. Е. Siebold) и др. Литцманн считал, что для практических целей более удобна классификация по форме сужения, а для прогноза родов имеет значение степень сужения таза. Осложнения в родах, по его мнению, при узком тазе возрастают параллельно степени уменьшения истинной конъюгаты. Он различал четыре степени сужения таза: I степень — уменьшение истинной конъюгаты до 9 см, II — истинная конъюгата ниже 9 до 7 см, III — ниже 7 до 5 см, IV — истинная конъюгата ниже 5 см. Литцманн дал следующую классификацию узких тазов: к первой группе относятся узкие тазы без отклонения от нормальной формы — общеравномерносуженный таз, ко второй группе — узкие тазы с отклонением от обычной формы: 1) простой плоский таз, плоскоррахитический, 2) общесуженный плоский, 3) поперечносуженный, или так называемый робертовский, таз, 4) кососмещенный в различных вариантах, 5) спавшиеся тазы — остеомалятический, спавшийся рахитический.

Литцманн подробно описал общесуженный плоскоррахитический таз и механизм родов при нем. Для выявления узкого таза он пользовался теми же методами измерения, что и Михаэлис. Наиболее важным размером для определения емкости таза он считал диагональную конъюгату, отношение которой к истинной более постоянно, чем отношение какого-либо другого наружного размера к соответствующему внутреннему. Но при вычислении истинной конъюгаты из диагональной он предлагал учитывать высоту лонного сочленения

и высоту стояния мыса. На основании изучения 66 скелетированных тазов Литцманн нашел, что разница между обеими конъюгатами в среднем составляет 1,7 см. Проанализировав отношение наружной конъюгаты к истинной у 19 женщин с последующим посмертным измерением на скелетированных тазах, он установил, что разница между обеими конъюгатами в среднем составляет 9,5 см (12,5—7,0).

А. Я. Крассовский в своем известном руководстве «Оперативное акушерство со включением учения о неправильностях женского таза» (1879, 1885, 1889) представил тщательно разработанные им данные об узком тазе, которые и в настоящее время не потеряли своего принципиального значения в акушерстве. Основой учения А. Я. Крассовского об узком тазе послужили его собственные наблюдения, которыми он располагал благодаря многолетнему клиническому опыту и тщательным анатомическим изысканиям. А. Я. Крассовский определял неправильный таз в акушерском понимании как имеющий «отклонения в форме, емкости и наклоне».

Существовавшие методы исследования таза А. Я. Крассовский считал недостаточными и указал на необходимость изучения скелетированных тазов. По мнению А. Я. Крассовского, исследования Михаэлиса и Литцманна об узком тазе являются наиболее совершенными, так как построены на клинических наблюдениях в сочетании с анатомическими изысканиями.

А. Я. Крассовский предложил классификацию узких тазов, основанную на форме входа таза. Все узкие тазы он разделил на две большие группы: равномерно суженные (общеравномерносуженный таз, таз карлиц, детский таз) и неравномерно суженные — плоские, косые, поперечносуженные, спавшиеся, расщепленные или открытые спереди тазы, остистые, тазы с новообразованиями, тазы закрытые. В зависимости от величины истинной конъюгаты А. Я. Крассовский различал три степени сужения тазов: I степень — уменьшение истинной конъюгаты не превышает 1,5 см, II — величина истинной конъюгаты от 9,5 до 6,5 см, III — истинная конъюгата менее 6,5 см — абсолютно суженный таз.

Границей узкого таза А. Я. Крассовский считал уменьшение истинной конъюгаты на 1 см. Для выявле-

ния узкого таза он пользовался общепринятыми методами измерения, причем, давая клиническую оценку наружному измерению таза, отметил, что в практическом отношении является более важным взаимное отношение этих диаметров друг к другу. Наружной конъюгате А. Я. Крассовский также не придавал большого практического значения, так как разница между наружной и истинной конъюгатами, по его данным, зависит от толщины основания крестца, симфиза и мягких тканей, что не поддается учету у роженицы. По наружной конъюгате А. Я. Крассовский считал возможным лишь предполагать о сужении таза. Для определения величины истинной конъюгаты он пользовался измерением диагональной конъюгаты. Разница между обеими конъюгатами, по его мнению, колеблется в пределах 1—3 см в зависимости от высоты лонного сочленения, угла наклона и высоты стояния мыса. А. Я. Крассовский для определения величины истинной конъюгаты предложил вычитать 1,5—1,75 см из величины диагональной конъюгаты при общеравномерносуженном тазе, 1,75 см для простого плоского и 2 см при рахитическом тазе.

А. Я. Крассовский придавал большое значение также измерению выхода таза. Брейский (A. Breisky, 1870) предложил измерять прямой и поперечный размеры выхода при помощи тазомера. Средняя величина прямого размера (между нижним краем лонного сочленения и верхушкой крестца), по его данным, с вычетом 1,5 см составляет 11,3 см. Среднюю величину поперечного размера выхода (между седалищными буграми) Брейский определял в 11,1 см, прибавляя 1—2 см. К подобным данным подошел и отечественный акушер Я. Гарфункель (1876).

Для выявления узкого таза А. Я. Крассовский, кроме измерения таза, придавал большое значение особенностям строения скелета и обращал сугубое внимание на акушерский анамнез. По мнению А. Я. Крассовского, наклонение таза не имеет большого практического значения, так как оно изменчиво, и, кроме того, нет надежных инструментов для его измерения. Особенности вставления головки и механизм родов при узком тазе А. Я. Крассовский считал настолько характерными и постоянными, что при неясных случаях узкого таза

предлагал решать вопрос о форме и степени сужения по механизму родов.

Во второй половине прошлого столетия А. Я. Красовский, Михаэлис и Литцманн на основе собственных и многочисленных изысканий своих предшественников тщательно систематизировали учение об узком тазе, предложили свои классификации и дали описание особенностей механизма родов при такой акушерской патологии. Выдвинутые ими основные положения не потеряли своего значения и в настоящее время.

В дальнейшем многочисленные работы по узкому тазу были посвящены главным образом усовершенствованию методов выявления узкого таза, терапии родов, а также профилактике узкого таза.

В последние десятилетия благодаря внедрению в акушерскую практику рентгенопельвиметрии были уточнены анатомические особенности некоторых новых форм сужения таза.

Немецкие акушеры Кирхгоф и Лемахер (Н. Kirchhoff, 1951; К. Lehmacher, 1955) выделили в особую группу так называемый длинный таз («das lange Becken»), который удается диагностировать только при рентгенографии. Характерным для такого таза является высокое стояние мыса (по отношению к симфизу), наличие двойного мыса, уплощение крестца, удлинение таза (иногда до 15 см вместо нормальных 10 см).

Французские авторы Трийя, Маньен (Trillat, 1936; Р. Magnin, 1955) и многие другие предложили различать одну анатомическую разновидность узкого таза — поперечносуженный таз, который характеризуется уменьшением поперечных диаметров малого таза при нормальных или увеличенных прямых диаметрах. Кроме поперечносуженного таза, Трийя различал и поперечно-общесуженный таз при преобладании сужения поперечных размеров.

Такую разновидность поперечносуженного таза не следует отождествлять с поперечносуженным робертовским тазом, который отличается значительным уменьшением поперечных размеров вследствие недоразвития или отсутствия крыльев крестцовой кости.

Выявление поперечносуженного таза обычными клиническими методами нередко является затруднительным, однако при определенном навыке можно установить

ряд анатомических особенностей, присущих этой форме. Характерным для него является крутое стояние крыльев подвздошных костей, узкая лонная дуга, сближение седалищных остей и уменьшение поперечного размера выхода. На рентгенограмме обращает внимание форма входа малого таза — круглая или продольноовальная вместо поперечноовальной при нормальном тазе. В ряде случаев отмечается высокое стояние мыса, уплощение крестца (рис. 1 и 2, см. стр. 32—33).

С целью клинического выявления поперечносуженного таза французские акушеры предложили тщательное обследование лонной дуги и задней поверхности лонного сочленения. Они считают, что для этой формы таза является характерным образование довольно острого угла на месте соединения лонных костей, вследствие чего заднелобковое пространство не может быть полностью использовано вставляющейся головкой. Однако самое тщательное клиническое обследование таза не может полностью установить степень сужения и другие детали, характерные для поперечносуженного таза. Поэтому при подозрении на поперечное сужение таза желательно производить его рентгенологическое обследование. По данным Института акушерства и гинекологии Министерства здравоохранения СССР, поперечносуженный таз выявляется в 0,3% случаев (Р. И. Калганова, 1960). По данным французских авторов, частота поперечносуженного таза по отношению ко всем родам колеблется от 0,07 до 0,38%.

Частота поперечносуженного таза по отношению ко всем анатомически узким тазам, по статистике Лионской университетской акушерской клиники, составляет 25%, по Маньену — 19%, по данным Института акушерства и гинекологии Министерства здравоохранения СССР — 9,6%.

Диагноз поперечносуженного таза устанавливается нами на основании данных клинического и рентгенологического обследования. Целесообразно различать поперечносуженный таз и поперечно-обсуженный. Последний отличается сужением всех размеров, но уменьшение поперечных диаметров преобладает. Обращает на себя внимание позднее половое развитие у большинства обследованных нами женщин (43 из 80) и преобладание небольшого роста (до

150 см — у 26, до 155 см — у 25 женщин). Верхней границей поперечного сужения таза мы считали уменьшение поперечного размера входа ниже 12,4 см.

Из 80 женщин с поперечносуженным тазом у 47 имелось сужение поперечного диаметра входа в пределах 12,4—12 см, у 18 женщин — 11,9—11,5 см, у 13 женщин — 11,4—11 см; ниже 11 см поперечный размер входа был выявлен у 2 женщин. Преобладание прямого диаметра входа над поперечным в пределах от 0,5 до 1 см отмечено у 16, до 1,5 см — у 3 женщин. Поперечно-общесуженный таз обнаружен у 5 женщин. Из 80 женщин с поперечносуженным тазом у 38 последний оказался клинически узким.

Обращает на себя внимание большое число хирургических вмешательств при возникновении в родах несоответствия при поперечносуженном тазе: кесарево сечение у 24, краниотомия у одной, операции наложения щипцов у 2, роды с применением вакуумэкстрактора у одной роженицы, у 3 рожениц роды закончились мертворождением и у 2 дети умерли в первые дни жизни (причиной смерти послужила внутрочерепная травма). Литературные данные также свидетельствуют о большом количестве хирургических вмешательств в родах и высокой детской смертности при поперечносуженном тазе.

Это указывает на необходимость своевременного выявления при беременности поперечносуженного таза.

Применение рентгеновых лучей в акушерстве побудило также некоторых авторов предложить новую классификацию женского таза. В 1933 г. Колдуэл и Молой (W. E. Caldwell, H. C. MoLOY) на основании рентгенологического исследования (авторы пользовались стереорентгенограммами) и изучения скелетированных тазов предложили различать по морфологическим признакам следующие типы тазов: 1) гинекоидный, 2) андройдный, 3) антропойдный, 4) плетипеллоидный. Авторы предложили делить тазовый вход на передний и задний сегменты по наибольшему поперечному диаметру. Это деление они считали необходимым, потому что в зависимости от формы сужения таза уменьшение емкости переднего или заднего сегментов будет различно.

Большинство акушеров считает более целесообразным пользоваться классификацией А. Я. Крассовского и Литцманна. При изучении узкого таза мы за основу

взяли их классификацию для наиболее часто встречаемых форм сужения, прибавив к этой классификации поперечносуженный таз и деформированный таз травматического происхождения.

У наблюдавшейся нами 851 роженицы с анатомически узким тазом встретились различные формы сужения (табл. 1).

Таблица 1

**Классификация анатомически узких тазов по форме сужения**

Форма таза	Всего	Отношение ко всем анатомически узким тазам в %
Общеравномерносуженный . . . . .	416	48,9
Общесуженный плоский . . . . .	115	13,5
Плоский (простой) . . . . .	146	17,2
Плоскорихитический . . . . .	58	7,0
Поперечносуженный . . . . .	82	9,6
Кососуженный . . . . .	22	2,5
Деформированный (травматического происхождения) . . . . .	10	1,1
Опухоли таза . . . . .	2	0,2
<b>И т о г о . . . . .</b>	<b>851</b>	<b>100</b>

Из приведенных данных (табл. 1) видно, что среди анатомически узкого таза наиболее частой формой является общеравномерносуженный таз. Это положение подтверждается также данными В. Л. Якобсона (50,3%), А. В. Ланковица (60,3%), А. Ф. Пальмова (46,0%), В. А. Бондарь-Трофимовой (66%) и др.

Частота анатомически узкого таза по данным различных авторов колеблется в значительных пределах — от 2,1 до 24%. Столь значительные колебания в частоте анатомически узкого таза объясняются тем, что до настоящего времени не существует единого определения верхней границы анатомического сужения. Одни авторы за верхнюю границу узкого таза принимали уменьшение истинной конъюгаты до 9,5 см (А. А. Китер, А. П. Матвеев, Михаэлис), другие — до 10 см для общесуженного таза и до 9,5 см для плоского таза (Литцманн, Г. Г. Гентер). А. Я. Крассовский считал таз анатомически узким при уменьшении истинной конъюгаты



до 10 см независимо от формы сужения. Изучив большую литературу об узком тазе отечественных и зарубежных авторов, мы пришли к убеждению, что большинство акушеров верхней границей анатомически узкого таза считает уменьшение наружной конъюгаты до 18—17,5 см или истинной до 10,5—9,5 см.

Совершенно очевидно, что после введения обязательного влагалищного исследования всех рожениц диагноз общеравномерносуженного, общесуженного плоского и плоского тазов должен основываться на величине диагональной или истинной конъюгаты, а при необходимости следует производить рентгенопельвиметрию. При определении величины прямого диаметра входа таза по диагональной конъюгате мы вычитали 2 см для плоскорихитического таза и 1,5 см для остальных форм таза. За верхнюю границу анатомически узкого таза мы принимали величину истинной конъюгаты в 10,5 см, а для поперечного размера входа 12,4 см.

По нашим данным, анатомически узкий таз выявлен у 851 роженицы на 23 538 родов (3,6%).

Классификация тазов по степени сужения была предложена многими акушерами. А. Я. Крассовский, Н. И. Побединский, В. С. Груздев, М. С. Малиновский и М. Г. Кушнир различали три степени, а Литцманн, А. Ф. Пальмов, М. Н. Побединский и И. Ф. Жордания четыре степени сужения таза.

В соответствии с величиной истинной конъюгаты общеравномерносуженные, общесуженные плоские, плоские и плоскорихитические тазы распределены нами по четырем степеням сужения в зависимости от величины истинной конъюгаты: I степень — от 10,5 до 9 см, II — от 8,9 до 7,5 см, III — от 7,4 до 6,5 см и IV — ниже 6,5 см (табл. 2).

Среди наблюдавшихся нами женщин с анатомически узким тазом у преобладающего большинства (91,2%) была I степень сужения таза. Лишь у 2 женщин была выявлена II степень сужения (0,2%). Четвертой степени сужения мы не встретили. Следует заметить, что степень сужения поперечносуженного таза можно установить лишь путем рентгенопельвиметрии.

Приведенные нами данные о частоте анатомически узкого таза (3,6%) и небольшой степени сужения его у большинства женщин показывают, насколько резко

## Распределение анатомически узких тазов по степени сужения

Анатомическая характеристика таза	Общее число	Степень сужения			
		I	II	III	IV
Общеравномерносуженный таз . . . . .	416	405	9	2	—
Общесуженный плоский . . . . .	115	93	22	—	—
Плоский . . . . .	146	138	8	—	—
Плоскорихитический . . . . .	58	34	24	—	—
В с е г о . . . . .	735	670 (91,2 %)	63 (8,6 %)	2 (0,2 %)	—

изменился анатомический профиль узкого таза в последние десятилетия. Это обстоятельство вполне объяснимо, если учесть те обширные профилактические мероприятия, которые проводятся в Советском Союзе с целью охраны здоровья матери и ребенка.

## Клинически узкий таз

Как было указано выше, в процессе развития учения об узком тазе постепенно возникли два различных понятия: анатомически узкий таз и клинически узкий таз. Акушерами давно было отмечено, что анатомически узкий таз является основной и единственной причиной несоответствия лишь при крайних степенях сужения (III и IV). При относительном сужении таза (I и II) анатомический фактор не играет столь существенной роли.

Клинические наблюдения показали благоприятное течение родов у большинства женщин с относительным сужением таза. Вместе с тем при чрезмерно крупной плотной головке или неблагоприятном вставлении ее наблюдались серьезные осложнения в родах у женщин как с относительным сужением таза, так и при нормальных его размерах. Совершенно очевидной стала необходимость учитывать не только анатомические особенности таза, но и соотношение таза и головки. Н. М. Амбодик-Максимович по этому поводу писал: «Естественные роды иногда бывают столь трудными и тяжелыми, что не только сами собой, ни бабичьими руками к окончанию

приведены быть не могут, но часто требуют особенных орудий к совершенному их окончанию необходимо нужных. Случаи, кои таковых родов причиною, суть наипаче две нижеследующие: 1) когда дитя имеет головку, обширности ямы таза женского не соразмерную; 2) когда головка весьма косвенно лежит».

А. Я. Крассовский, давая описание механизма родов при затылочных предлежаниях, отметил, что вставление головки не может совершаться при узости таза, а также при объемистой головке и при преждевременном окостенении швов.

Таким образом, А. Я. Крассовский допускал возможность возникновения неблагоприятных соотношений между тазом и головкой как при анатомически узком, так и при нормальных размерах таза. Исход родов при узком тазе, по его мнению, зависит не столько от самого сужения, сколько от величины головки и способности ее к конфигурации. К таким же выводам пришли Г. И. Кораблев, И. П. Лазаревич, Н. Н. Феноменов, Н. В. Ястребов и др.

Михаэлис и Литцманн считали, что чрезмерная величина головки в отдельных случаях, даже при нормальных размерах таза, может вызвать затруднения в родах, возникающие при узком тазе. При относительном сужении таза и небольшой головке, наоборот, роды протекают без каких-либо отклонений. При ведении родов у женщин с узким тазом те же акушеры предлагали учитывать не только степень сужения, но и величину головки, особенности вставления ее, характер родовой деятельности.

В. С. Груздев в отношении исхода родов при узком тазе считал, что при одинаковой величине истинной конъюгаты роды в одних случаях могут кончаться силами природы без вредных последствий для плода и матери, а в других — требуется сложное хирургическое вмешательство. В. С. Груздев указывал, что и при нормальном тазе нередко наблюдаются отклонения от нормального механизма родов, как это бывает при узком тазе. Крупная головка может явиться причиной серьезного затруднения в родах вследствие несоответствия с размерами таза.

Из всего этого следует, что в практическом отношении решающим является не анатомическое сужение та-

за, а наличие или отсутствие несоответствия между тазом роженицы и головкой плода.

По мнению Мартина (1928), при относительном сужении таза несоответствие между тазом и головкой плода встречается не так часто, если головка плода небольшая и вставление ее благоприятно, а при крупной плотной головке и при нормальном тазе могут возникнуть признаки явного несоответствия. На основании этих данных Мартин предложил различать «узкий» и «суженный» таз. Термином «узкий таз» он обозначал такое несоответствие между головкой плода и тазом роженицы, при котором роды требуют постороннего вмешательства, а под «суженным» тазом подразумевал анатомически измененный таз, т. е. уменьшенный в своих размерах.

Предложение Мартина различать две разновидности узкого таза имеет несомненно большое практическое значение. Однако необходимо указать, что понятие «узкий таз» Мартин резко ограничил, отнеся к этому понятию лишь те случаи несоответствия между тазом роженицы и головкой плода, при которых роды без постороннего вмешательства невозможны. С этим положением Мартина нельзя согласиться, так как и при наличии несоответствия роды могут завершиться самопроизвольно.

М. С. Малиновский и М. Г. Кушнир (1931) правильно указывали, что узкие тазы, влияющие на течение и исход родов, встречаются редко. Поэтому авторы считали целесообразным для практических целей различать анатомически узкий таз, который дает представление лишь об анатомических особенностях таза (размеры его, форма), и клинически узкий таз, который свидетельствует о так называемой функциональной недостаточности таза.

По мнению Г. Г. Гентера (1933), анатомическое сужение таза часто клинически ничем не проявляется, поэтому одно сужение таза не предопределяет исход родов. При нормальных размерах таза нередко возникает несоответствие вследствие чрезмерной величины головки или неправильного вставления ее. Поэтому Г. Г. Гентер считал целесообразным предложение Мартина различать «суженный» и «узкий таз», считая первый как укороченный в одном или нескольких своих раз-

мерах, а второй как указывающий на несоответствие между костным родовым каналом и головкой плода.

Б. А. Архангельский (1935) дал четкую формулировку двух понятий узкого таза: «узкий таз», анатомические размеры которого уменьшены (такой таз в большинстве случаев в родах не вызывает затруднений), и «клинически узкий таз», который означает несоответствие между головкой плода и тазом женщины независимо от размеров последнего. Несопответствие между тазом и головкой может быть относительным и абсолютным. Относительное несоответствие может быть преодолено в результате энергичной родовой деятельности, достаточной конфигурации головки и особенностей механизма родов. Отсутствие вставления и продвижения головки свидетельствует об абсолютном несоответствии. Таким образом, Б. А. Архангельский в отличие от Мартина к группе «клинически узкий таз» (по Мартину, «узкий таз») предложил относить все случаи несоответствия между тазом и головкой независимо от того, закончились ли роды спонтанно или оперативно.

К. К. Скробанский в своем докладе на IX Всесоюзном съезде акушеров-гинекологов в 1935 г. отметил необходимость учитывать не только анатомические размеры таза, но и величину головки плода, способность ее к конфигурации, характер ее вставления, а также силу родовой деятельности, т. е. всех тех факторов, которые определяют исход родов. К. К. Скробанский указывал также, что анатомически полноценный таз при неблагоприятных условиях в родах может оказаться функционально недостаточным.

А. В. Ланковиц (1956) для практических целей считает наиболее важным учитывать соотношения между тазом женщины и головкой плода, а не данные пельвиметрии. Такой же точки зрения придерживаются К. Н. Жмакин и А. И. Крупский, М. Н. Побединский, И. Ф. Жордания и др.

Фритц (М. Fritz, 1940) под термином «диспропорция» в родах подразумевал несоответствие между головкой и тазом независимо от размеров последнего. Из 119 случаев «диспропорции» автор установил в 91 случае анатомически узкий таз как причину несоответствия, а в 28 необычную величину головки или неправильное ее вставление.

Томкинсон (J. S. Tomkinson, 1956) под тем же термином «диспропорция» понимает не только несоответствие при анатомически узком тазе, но и при нормальных его размерах, различая несоответствие, вызванное плодом (большая величина головки, необычная плотность ее, гидроцефалия и т. д.) и роженицей (анатомически измененный таз).

Приведенные выше данные показывают, что анатомический фактор не является основной причиной несоответствия между тазом и головкой. Этот фактор имеет значение лишь при абсолютном сужении таза. При относительном сужении таза, а также при нормальных его размерах прогноз родов предопределяется соотношением таза матери и головки плода. При этом наличие интенсивной родовой деятельности является непрямым условием как для выявления, так и для преодоления в ряде случаев несоответствия между тазом роженицы и головкой плода.

Все это дало повод разграничить два совершенно различных понятия узкого таза: анатомически узкий таз и клинически узкий таз. Однако до настоящего времени многие акушеры, занимающиеся изучением проблемы узкого таза, или отождествляют эти два понятия, или неправильно их трактуют. Так, например, М. И. Шипунова (1937) и В. А. Бондарь-Трофимова (1956) к группе клинически узкого таза относили случаи несоответствия между тазом и головкой только при анатомически узком тазе и совершенно не учитывали диспропорцию при нормальных размерах таза, Е. Я. Каялова (1949) привела данные об особенностях течения родов при анатомически узком тазе (2727 случаев) и при клинически узком тазе (60 случаев). Однако она в группу клинически узкого таза внесла все случаи несоответствия только при нормальных размерах таза, потребовавшие хирургического вмешательства. Таким образом, Е. Я. Каялова случаи несоответствия, обусловленные анатомическим сужением таза, не рассматривала как клинически узкий таз. П. П. Сидоров (1935), М. Н. Киреевский (1947), И. Т. Беляев и Т. К. Тимонина (1952), А. В. Рахманова (1957), В. А. Алабовская (1959), занимавшиеся изучением течения родов при узком тазе, включили в одну группу все анатомически узкие тазы и все случаи родов при нормальных разме-

мерах, а второй как указывающий на несоответствие между костным родовым каналом и головкой плода.

Б. А. Архангельский (1935) дал четкую формулировку двух понятий узкого таза: «узкий таз», анатомические размеры которого уменьшены (такой таз в большинстве случаев в родах не вызывает затруднений), и «клинически узкий таз», который означает несоответствие между головкой плода и тазом женщины независимо от размеров последнего. Несоответствие между тазом и головкой может быть относительным и абсолютным. Относительное несоответствие может быть преодолено в результате энергичной родовой деятельности, достаточной конфигурации головки и особенностей механизма родов. Отсутствие вставления и продвижения головки свидетельствует об абсолютном несоответствии. Таким образом, Б. А. Архангельский в отличие от Мартина к группе «клинически узкий таз» (по Мартину, «узкий таз») предложил относить все случаи несоответствия между тазом и головкой независимо от того, закончились ли роды спонтанно или оперативно.

К. К. Скробанский в своем докладе на IX Всесоюзном съезде акушеров-гинекологов в 1935 г. отметил необходимость учитывать не только анатомические размеры таза, но и величину головки плода, способность ее к конфигурации, характер ее вставления, а также силу родовой деятельности, т. е. всех тех факторов, которые определяют исход родов. К. К. Скробанский указывал также, что анатомически полноценный таз при неблагоприятных условиях в родах может оказаться функционально недостаточным.

А. В. Ланковиц (1956) для практических целей считает наиболее важным учитывать соотношения между тазом женщины и головкой плода, а не данные пельвиметрии. Такой же точки зрения придерживаются К. Н. Жмакин и А. И. Крупский, М. Н. Побединский, И. Ф. Жордания и др.

Фритц (M. Fritz, 1940) под термином «диспропорция» в родах подразумевал несоответствие между головкой и тазом независимо от размеров последнего. Из 119 случаев «диспропорции» автор установил в 91 случае анатомически узкий таз как причину несоответствия, а в 28 необычную величину головки или неправильное ее вставление.

Томкинсон (J. S. Tomkinson, 1956) под тем же термином «диспропорция» понимает не только несоответствие при анатомически узком тазе, но и при нормальных его размерах, различая несоответствие, вызванное плодом (большая величина головки, необычная плотность ее, гидроцефалия и т. д.) и роженицей (анатомически измененный таз).

Приведенные выше данные показывают, что анатомический фактор не является основной причиной несоответствия между тазом и головкой. Этот фактор имеет значение лишь при абсолютном сужении таза. При относительном сужении таза, а также при нормальных его размерах прогноз родов предопределяется соотношением таза матери и головки плода. При этом наличие интенсивной родовой деятельности является неременным условием как для выявления, так и для преодоления в ряде случаев несоответствия между тазом роженицы и головкой плода.

Все это дало повод разграничить два совершенно различных понятия узкого таза: анатомически узкий таз и клинически узкий таз. Однако до настоящего времени многие акушеры, занимающиеся изучением проблемы узкого таза, или отождествляют эти два понятия, или неправильно их трактуют. Так, например, М. И. Шипунова (1937) и В. А. Бондарь-Трофимова (1956) к группе клинически узкого таза относили случаи несоответствия между тазом и головкой только при анатомически узком тазе и совершенно не учитывали диспропорцию при нормальных размерах таза, Е. Я. Каялова (1949) привела данные об особенностях течения родов при анатомически узком тазе (2727 случаев) и при клинически узком тазе (60 случаев). Однако она в группу клинически узкого таза внесла все случаи несоответствия только при нормальных размерах таза, потребовавшие хирургического вмешательства. Таким образом, Е. Я. Каялова случаи несоответствия, обусловленные анатомическим сужением таза, не рассматривала как клинически узкий таз. П. П. Сидоров (1935), М. Н. Киреевский (1947), И. Т. Беляев и Т. К. Тимонина (1952), А. В. Рахманова (1957), В. А. Алабовская (1959), занимавшиеся изучением течения родов при узком тазе, включили в одну группу все анатомически узкие тазы и все случаи родов при нормальных разме-



рах таза, когда механизм вставления головки, особенности течения родов указывали на имеющееся несоответствие. Из этого следует, что авторы отождествляли два совершенно различных понятия узкого таза.

М. А. Романов (1935), С. Г. Навротский (1936), Б. З. Виккер и Ю. К. Образова (1937), П. С. Заславская (1950), А. С. Жарковская (1952), Н. М. Краснова и В. Н. Беляева (1956), Б. И. Бурдэ (1958) при изучении данной проблемы ограничивались только анатомической характеристикой таза, не выделяли в особую группу клинически узкий таз.

Среди иностранных авторов также нет единого мнения по данному вопросу. Одни авторы пользуются только термином «узкий таз», имея в виду анатомическое сужение таза [Мартиус, Бекманн, Виссманн, Маньен (H. Martius, 1947; C. Vaesckmann, 1951; A. Wiessmann, 1940; P. Magnin, 1955) и др.]. Маквей (H. McVey, 1955), пользуясь термином «диспропорция», подразумевал под этим несоответствие только при анатомическом сужении таза. Баним (L. A. Bunim, 1957) под термином «тазовая дистоция» имел в виду затрудненные роды при анатомическом сужении таза. Клей (A. M. Claye, 1955) отметил, что среди акушеров широкое распространение получил термин «диспропорция» вместо термина «узкий таз». Автор для выяснения вопроса, насколько точно термин «диспропорция» отражает его содержание, просмотрел отчетные данные по 21 родовспомогательному учреждению и установил, что в большинстве больниц пользуются только термином «диспропорция», в 2 больницах применяется термин «узкий таз» и лишь в некоторых клиниках делают различие между «узким тазом» и «диспропорцией».

Приведенные данные еще раз показывают, что современные акушеры не проводят четкого разграничения между анатомически узким и клинически узким тазом.

Мы к клинически узкому тазу относим все случаи несоответствия между головкой плода и тазом женщины независимо от его размеров. Точно так же в группу этой акушерской патологии мы включаем не только случаи несоответствия, закончившиеся оперативным путем, но и самопроизвольные роды, если течение родового акта, особенности вставления головки и механизм родов указывали на диспропорцию между тазом и головкой.

В Институте акушерства и гинекологии Министерства здравоохранения СССР на 23 538 родов клинически узкий таз выявлен у 306 рожениц (1,3%).

М. С. Малиновский (1955) считает, что клинически узкий таз с тяжелой степенью несоответствия встречается в 3—5% всех родов. Зейтц (L. Seitz, 1956) придерживается такого же мнения.

Из 306 наблюдаемых нами женщин с клинически узким тазом у 234 было анатомическое сужение его, а у 72 женщин выявлены нормальные размеры таза.

Таким образом, из 851 наблюдавшейся нами роженицы с анатомически узким тазом у 234 (27%) было выявлено несоответствие между тазом и головкой, а у остальных 617 женщин (73%) таз оказался функционально полноценным. В табл. 3 показано, при какой форме узкого таза более часто встретилось несоответствие между тазом женщины и головкой плода.

Таблица 3

Частота клинически узкого таза в зависимости от формы сужения

Анатомическая характеристика таза	Число рожениц с узким тазом	Клинически узкий таз	
		всего рожениц	отношение к числу рожениц с анатомически узким тазом в %
Общеравномерносуженный	416	52	12,5
Общесуженный плоский	115	39	33,9
Плоский . . . . .	146	47	32,1
Плоскорихитический . . . . .	58	38	65,5
Поперечносуженный . . . . .	82	40	48,7
Кососуженный . . . . .	22	6	27,0
Деформированный (травматического происхождения) . . . . .	10	10	100,0
Опухоли таза . . . . .	2	2	100,0
Всего . . . . .	851	234	

Несоответствие между тазом и головкой наиболее часто встречается при деформированных, плоскорихитических и поперечносуженных тазах. При общеравномерносуженном тазе лишь в 12,5% выявились признаки диспропорции. Более благоприятное течение родов при

общеравномерносуженном тазе отмечали многие акушеры [Бюргер (O. Bürger, 1908), В. Л. Якобсон, 1915; Байше (K. Baische, 1926). А. О. Мурадян, 1931; А. Ф. Пальмов, 1947, и др.].

Среди 22 687 рожениц с нормальными размерами таза несоответствие между тазом и головкой возникло у 72, что составляет 0,3%. Вполне понятно, что при анатомически узком тазе несоответствие между тазом женщины и головкой плода встречается значительно чаще, чем при нормальных его размерах.

Для практического акушерства весьма важным является изучение особенностей течения родов, их исхода при клинически узком тазе, так как общеизвестно, что наибольшая мертворождаемость и тяжелый травматизм женщин наблюдаются при родах, осложненных несоответствием между тазом роженицы и головкой плода. По данным И. Ф. Жордания, основной причиной разрывов матки является клинически узкий таз. Поэтому, с целью улучшения диагностики и ведения родов при несоответствии между тазом роженицы и головкой плода необходимо рассматривать клинически узкий таз как один из самостоятельных разделов патологического акушерства.

---

## Глава II

### АНАТОМИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ТАЗА

Анатомическая оценка таза является обязательной для каждой беременной и роженицы. Анатомическое сужение таза следует рассматривать как фактор, предупреждающий о возможности возникновения несоответствия в родах, так как несомненно, что при анатомически неполноценном тазе диспропорция между головкой и тазом встречается значительно чаще, чем при его нормальных размерах. Кроме того, выявление той или иной формы сужения таза помогает акушеру правильно поставить прогноз родов в зависимости от особенностей вставления головки и механизма родов.

#### Клиническая оценка емкости таза по данным наружного и внутреннего измерения

Несовершенство методов определения емкости таза побудило некоторых акушеров отказаться от анатомической оценки таза по данным его измерения. Так, Зельгейм (H. Sellheim, 1912) предлагал заменить измерение анатомических размеров таза функциональной диагностикой. Баумм (H. Baumt, 1928) пользовался пальпаторным методом определения емкости таза. Менгерт (W. F. Mengert, 1954) совершенно отрицает необходимость измерения таза обычными клиническими методами, заменив их рентгенометрией. Б. А. Архангельский (1924) считал, что существующие клинические методы измерения таза не дают достаточно точных данных о его емкости. Однако большинство акушеров придерживается противоположной точки зрения и считает не-

обходимым пользоваться и обычными методами измерения таза, которые, несмотря на их неточность, позволяют с определенной вероятностью предположить наличие анатомически узкого таза (Г. Т. Гентер, К. К. Скробанский, М. С. Малиновский и М. Г. Кушнир, К. Н. Жмакин, М. Н. Побединский и др.). Из существующих методов измерения таза наибольшее значение имеет определение величины диагональной конъюгаты, по которой исчисляется истинная конъюгата.

Для выяснения отношения наружной конъюгаты к истинной мы использовали данные обследования 288 женщин, у которых одновременно была произведена и рентгенопельвиметрия. При рентгенопельвиметрии диагноз анатомически узкого таза, установленный клинически, подтвердился у всех женщин, за исключением одной.

Таблица 4

Данные об отношении наружной конъюгаты к истинной

Величина наружной конъюгаты, см	Число рожениц	Величина истинной конъюгаты, см									
		мыс не достигаеся	10,5	10,0	9,5	9,0	8,5	8,0	7,5	7,0	6,5
20 и выше	80	60	4	8	4	1	2	1	—	—	—
19,5—19	80	38	11	13	8	3	5	2	—	—	—
18,5—18	85	15	11	14	24	12	8	1	—	—	—
17,5—17	32	—	—	6	8	7	7	4	—	—	—
16,5—16	10	—	—	—	3	3	2	1	—	1	—
15,5—15	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
Всего . . .	288	113	26	41	47	26	24	9	—	1	1

Из табл. 4 видно, что при наружной конъюгате 17,5 см и ниже истинная конъюгата у всех обследованных нами рожениц была меньше нормальных размеров, причем с уменьшением наружной конъюгаты соответственно возрастает и степень уменьшения истинной конъюгаты. При наружной конъюгате 18,5—18 см уменьшение прямого диаметра входа обнаружено у 70 женщин из 85, при наружной конъюгате, равной 19,5—19 см, — у 42 из 80, а при наружной конъюгате 20 см и выше — у 20 из 80 женщин. Таким образом, можно

считать, что уменьшение наружной конъюгаты до 17,5 см свидетельствует о несомненном анатомическом сужении таза, а при наружной конъюгате 18,5—18 см таз в большинстве случаев также бывает сужен. Вместе с тем необходимо отметить, что и при нормальных размерах наружной конъюгаты (19—20 см и выше) сужение таза наблюдалось у 62 женщин из 160, т. е. в 38,7% случаев. Следовательно, определение емкости таза по наружной конъюгате нельзя считать достаточно точным.

Михаэлис предложил измерение поясничного ромба для суждения о величине истинной конъюгаты. Многие акушеры придают большое значение измерению поясничного ромба для определения емкости таза (А. Я. Красовский, Г. Г. Гентер, К. К. Скробанский, М. С. Малиновский и М. Г. Кушнир). А. Я. Красовский указал на уплощение верхнего треугольника ромба при неправильных, особенно рахитических, тазах.

Таблица 5

Данные о величине и форме поясничного ромба Михаэлиса

Форма таза	Число обследованных женщин	Уменьшение размеров поясничного ромба			Изменение формы ромба		Нормальные размеры и форма ромба
		продольного размера	поперечного размера	обоих размеров	уплощение верхнего треугольника	неправильная форма ромба	
Общеравномерносуженный . . . . .	42	8	6	27	—	—	1
Общесуженный плоский . . . . .	28	3	2	22	—	—	1
Плоский . . . . .	31	21	3	7	8	—	—
Плоскоррахитический	31	15	1	14	21	—	1
Поперечносуженный	32	—	18	10	—	—	4
Кососуженный и деформированный .	10	1	1	1	—	7	—
Всего . . . . .	174	48	31	81	29	7	7

Осмотр и измерение поясничного ромба Михаэлиса у 174 женщин (табл. 5) с анатомически узким тазом позволили отметить уменьшение размеров (диагоналей) ромба у 160 женщин, т. е. в 91,9% случаев, а изменение его формы у 36, т. е. в 20,7% случаев. У боль-

шинства женщин с общеравномерносуженным и общесуженным плоским тазом наблюдалось уменьшение обоих размеров ромба Михаэлиса. С нарастанием степени сужения таза параллельно уменьшались и размеры ромба Михаэлиса (до 7,5—8 см). Для плоскорихитического таза характерным является уменьшение продольного размера (продольной диагонали) ромба и уплощение его верхнего треугольника. При уменьшении обоих размеров у большинства женщин отмечалось более выраженное уменьшение продольного размера. При поперечносуженном тазе наблюдалось преимущественное уменьшение поперечного размера (поперечной диагонали) ромба, а при кососуженных и деформированных тазах — неправильная его форма.

Представленные данные позволяют считать, что изменение формы ромба Михаэлиса и уменьшение его размеров является характерным для определенных форм таза.

Кернер (J. Koerner) в 1927 г. для распознавания узкого таза предложил измерять расстояние между передневерхней и задневерхней осями подвздошной кости одной стороны. Автор назвал этот диаметр боковой конъюгатой. Для нормального таза боковая конъюгата составляет 14,5 см и выше, уменьшение ее до 13,5 см и ниже, по мнению автора, указывает на сужение таза. Г. Г. Гентер подтвердил, что при боковой конъюгате 13,5 см и меньше следует ожидать затрудненных родов по причине механического препятствия. Б. Н. Мошков (1936), проведя 6000 обследований, пришел к заключению, что боковая конъюгата не имеет значения в диагностике узкого таза, но отметил значение этой конъюгаты при кососуженном тазе.

При нашем измерении боковой конъюгаты у 228 женщин нормальные размеры ее обнаружены у 124 женщин, т. е. в 54,3% случаев, а выраженное уменьшение — у 50 женщин, т. е. в 21,9% случаев. При нормальных размерах таза уменьшение боковой конъюгаты отмечено у 23 из 54 женщин, а при анатомически узком тазе у 93 из 174 женщин (53,4%) размеры боковой конъюгаты были в пределах нормы. Это позволяет нам утверждать, что боковая конъюгата не имеет большого практического значения в качестве показателя емкости малого таза.

В 1917 г. Г. А. Соловьев для определения емкости таза предложил измерять окружность лучезапястного сустава. Небольшой индекс, по мнению автора, свидетельствует о тонкокостном строении скелета, а следовательно, и о достаточной емкости таза. Нормальным индексом автор считал 14—15 см при колебании его от 13,5 до 18 см. По данным П. А. Соболева (1953), индекс Соловьева в среднем составляет 15,58 см. В. В. Морозова (1957) при общеравномерносуженном тазе наблюдала благоприятное течение родов при индексе Соловьева, равном 14—15 см, и более затрудненное течение родового акта при индексе 16—17 см.

Окружность лучезапястного сустава (индекс Соловьева) нами измерена у 207 женщин (табл. 6).

Таблица 6

Данные об индексе Г. А. Соловьева

Форма таза	Число обследованных женщин	Окружность запястья, см					
		13—13,5	14—14,5	15—15,5	16—16,5	17—17,5	18 и выше
Нормальный таз . . .	48	—	8	16	22	2	—
Общеравномерносуженный . . . . .	41	3	11	19	7	1	—
Общесуженный плоский . . . . .	33	5	8	14	4	2	—
Плоский . . . . .	29	1	4	8	15	1	—
Плоскорихитический	29	—	5	9	15	—	—
Поперечносуженный	27	2	8	8	7	1	1
Всего . . . . .	207	11	44	74	70	7	1

Индекс Соловьева у обследованных нами рожениц был довольно высокий. Окружность запястья, равная 16 см и выше, обнаружена у 78 женщин, т. е. в 37,6% случаев. Высокий индекс Соловьева преимущественно наблюдался при плоском и плоскорихитическом тазе, а также при нормальных его размерах. При общеравномерносуженном и общесуженном плоском тазе, наоборот, преобладали невысокие показатели индекса Соловьева. На основании приведенных данных можно считать, что индекс Соловьева до некоторой степени отражает анатомические особенности строения таза.



## Сопоставление клинических и рентгенологических данных о форме и емкости малого таза

Многочисленные попытки акушеров улучшить клинические методы измерения таза не дали должного результата. Акушеры все более и более убеждались в несовершенстве существующих способов обследования таза. Варнье и Пинар (H. Varnier, A. Pinard) на XII Международном конгрессе врачей в Москве в 1897 г. впервые сообщили о рентгенометрии таза. Путем сопоставления снимка таза обследуемой женщины со снимком скелетированного женского таза авторы определяли размеры и форму таза. Однако метод не получил распространения ввиду его неточности. Фабр (W. Fabre) в 1913 г. опубликовал свой «метрический» способ рентгенографии таза. Сконструированный им прибор, состоящий из двух рам с зубцами, расстояние между которыми равнялось 1 см, позволял корректировать ошибки и получать истинные размеры. Но и данный метод оказался неудачным ввиду трудности определения двух основных опознавательных точек на рентгенограмме (симфиз и мыс), громоздкости аппарата и сложности выполнения снимков. Б. А. Архангельский в 1924 г. разработал наиболее точный метод измерения таза — метод рентгеностереопельвиметрии. Пользуясь рентгеностереомером А. А. Глаголевой-Аркадьевой, автор сконструировал дополнительный прибор, что дало возможность получить точное изображение таза и головки плода. Но метод Б. А. Архангельского не получил широкого распространения ввиду трудности выполнения снимков и сложности аппаратуры. В 1927 г. Томс (H. Thoms), используя принцип Фабра, сконструировал специальную масштабную решетку, которая позволяла путем вычисления получать истинные размеры таза. В 1943 г. В. И. Феокистов опубликовал так называемый рентгенограмметрический метод пельвиметрии. Двумя рентгеновскими трубками производят пару стереоскопических снимков таза; при помощи последующих графических приемов и сложных математических вычислений устанавливают точные размеры исследуемого объекта. Ввиду сложности и этот метод не получил широкого применения. В 1949 г. М. Е. Бокштейн



Рис. 1. Рентгенограмма поперечносуженного таза (прямой снимок).

Форма входа таза округлая, поперечный размер его 10.8 см.



Рис. 2. Рентгенограмма поперечносуженного таза (боковой снимок).

Прямой размер входа 11.2 см. Прямой размер широкой части полости 12 см. Прямой размер узкой части полости 11.6 см. Крестец уплощен в верхнем отделе.



Рис. 3. Рентгенограмма поперечносуженного таза (боковой снимок).

Прямой размер входа 11,6 см. Расстояние от верхнего края лона до места соединения I и II крестцовых позвонков 11 см. Крестец плоский, мыс стоит высоко.



Рис. 4. Рентгенограмма плоскоррахитического таза (боковой снимок).

Прямой размер входа 11,1 см. Расстояние от верхнего края лона до места соединения I и II крестцовых позвонков 10,7 см. Прямой размер широкой части полости малого таза 10 см. Крестец плоский, четкообразный.

несколько упростил метод В. И. Феоктистова, но он всё же оказался малоприменимым для практических целей.

П. А. Белошапко в 1948 г. предложил простой способ измерения таза. В качестве масштаба используют зубчатую металлическую линейку с расстоянием зубцов в 1 см. Снимки производят в двух проекциях (боковой и прямой). Вычисление истинных размеров таза производят при помощи составленной автором специальной сетки. Этот метод получил наиболее широкое распространение в Советском Союзе.

В последние два десятилетия рентгенопельвиметрия завоевала прочное место в акушерской практике. В результате широкого применения рентгеновых лучей появились новые возможности в обследовании женского таза как в отношении уточнения размеров, так и выявления различных патологических форм. Многочисленные авторы, применявшие рентгенопельвиметрию, отметили большую точность метода.

П. А. Белошапко и С. Я. Шахтмейстер (1953) произвели у 120 женщин рентгенологическое измерение таза по методу П. А. Белошапко и установили совпадение клинических и рентгенологических данных у 50, а у 70 эти данные не совпали. Проверка метода на скелетированных тазах показала его большую точность. Возможная ошибка не превышала 2 мм. Такие же данные получил П. А. Соболев (1957), который с целью более точного получения снимка предложил собственную методику укладывания женщины при производстве рентгенограммы таза. Сконструированный им прибор «горизонтальный измеритель» позволяет осуществлять правильное укладывание исследуемого объекта. И. А. Покровский провел рентгенологическое обследование таза по методу П. А. Белошапко у 100 женщин и отметил, что у 72 разница в величине истинной конъюгаты, установленной клинически и рентгенологически, не превышала 0,5 см, а у 28 эта разница была больше. Редко встречающиеся патологические формы таза (поперечносуженный, воронкообразный и др.) были выявлены лишь при рентгенографии таза. Автор рекомендует рентгенопельвиметрию по методу П. А. Белошапко как надежный диагностический метод.

В Институте акушерства и гинекологии Министерства здравоохранения СССР до 1950 г. рентгенографию

таза производили без масштабной линейки, поэтому получить истинные размеры таза не представлялось возможным. С 1950 г. в рентгенологическом отделении Института применяют метод П. А. Белошанко.

При рентгенографии таза производят два снимка — прямой и боковой, что дает возможность получить истинные размеры поперечного и прямого диаметров входа малого таза. Кроме того, по боковому снимку можно определить прямые размеры полости малого таза, а также форму и положение крестца. Рентгенография таза производилась при следующих условиях: прямой снимок — напряжение 70—75 кв, сила тока 65—70 ма, фокусное расстояние 100 см, экспозиция 4—4,5 сек.; боковой снимок — напряжение 80 кв, сила тока 65 ма, фокусное расстояние 100 см, экспозиция 7—8 сек. Размеры пленки для обоих снимков 30×40 см. Рентгенография таза по методу П. А. Белошанко произведена у 158 женщин.

При сопоставлении клинических и рентгенологических данных о величине истинной конъюгаты у 146 рожениц (боковые снимки) мы получили следующие результаты. У 68 (46,5%) клинические данные были подтверждены рентгенопельвиметрией, у 40 (27,3%) ошибка в величине истинной конъюгаты, определенной клинически и рентгенологически, не превышала 0,5 см и у остальных 38 (26,2%) эта ошибка колебалась в пределах от 0,6 до 2 см. У большинства рожениц величина истинной конъюгаты, определенная рентгенологически, была больше, чем вычисленная по диагональной конъюгате. Наибольшее число ошибок отмечено при плоскорохитическом тазе. Как мы указывали, для определения величины прямого диаметра входа при плоскорохитическом тазе мы из диагональной конъюгаты вычитали 2 см. При анализе рентгенологических данных выяснилось, что из 26 женщин с плоскорохитическим тазом у 12 разница в истинной конъюгате, определенной клинически и рентгенологически, составляла 1—2 см. У всех обследованных женщин истинная конъюгата при рентгенопельвиметрии была больше, чем установленная клинически.

Рентгенография таза дает возможность также по боковому снимку уточнить особенности в строении крестца.

П. А. Соболев (1953), проведя у 145 женщин рентгенографическое исследование таза, нашел, что в 21,3% случаев истинная конъюгата не являлась наименьшим размером входа малого таза. Причиной этого автор считал высокое стояние мыса, уплощение крестца, образование ложного мыса и т. д. Автор предложил различать пояс наименьших прямых диаметров входа малого таза. И. А. Покровский (1958) при обследовании 100 женщин с анатомически узким тазом у 24 обнаружил пояс наименьших прямых размеров, часто с образованием ложного мыса.

По нашим данным, у 18 рожениц истинная конъюгата не являлась наименьшим прямым размером входа таза вследствие высокого стояния мыса или образования ложного мыса. У 11 женщин расстояние от верхнего края лона до места соединения I и II крестцовых позвонков было на 0,5 см меньше истинной конъюгаты, у 6 на 0,7—1 см и у одной на 1,5 см. На приводимых двух рентгенограммах (боковой снимок) видно, что истинная конъюгата не является наименьшим размером входа малого таза (рис. 3 и 4).

В. К. Малиновская (1958) обратила внимание на степень вогнутости крестца и характер его передней поверхности: при длинном плоском крестце, а также при резком выбухании окостеневших межпозвоночных хрящей наступают затруднения в родах.

Плоский крестец нами обнаружен у 35 рожениц; четкообразный у 13, причем у 9 при плоскорихитическом тазе; резкая деформация крестца вследствие значительного выступления межпозвоночных окостеневших хрящей (в виде бугров) у 3; уплощение крестца в верхнем отделе у 29; резкое выступание мыса (в виде клюва) у 5 рожениц.

Рентгенография таза имеет большое значение для определения формы таза. Нередко клинический диагноз той или иной формы сужения таза изменялся при рентгенологическом обследовании (табл. 7).

Из табл. 7 видно, что клинический диагноз о форме сужения таза подтвердился рентгенологически у 105 рожениц (66,5%), а у 53 (33,5%) диагноз не совпал. Наиболее часто несовпадение диагноза отмечено при поперечносуженном тазе. Из 48 рожениц с клиническим диагнозом общеравномерносуженного таза у 15 таз ока-

зался поперечносуженным. Представленные данные еще раз подтверждают диагностическую ценность рентгенографии таза. Рентгенологическое обследование таза дает возможность выявить также те формы сужения, которые при обычном акушерском исследовании часто не распознаются, например поперечносуженный таз.

Таблица 7

Сравнительные клинические и рентгенологические данные о форме сужения таза

Клинический диагноз	Число обследованных роженец	Общеравномерносуженный	Рентгенологический диагноз						
			общесуженный плоский	плоский (простой)	плоскоракхитический	поперечносуженный	косоусуженный	деформированный	нормальный
Общеравномерносуженный . . . . .	48	26	2	5	—	15	—	—	—
Общесуженный плоский . . . . .	13	—	10	1	2	—	—	—	—
Плоский (простой) . . . . .	20	—	—	16	2	1	—	—	1
Плоскоракхитический . . . . .	22	—	—	—	22	—	—	—	—
Поперечносуженный . . . . .	4	—	—	—	—	4	—	—	—
Косоусуженный . . . . .	5	—	—	—	—	—	5	—	—
Деформированный . . . . .	7	—	—	—	—	—	—	7	—
Нормальный . . . . .	39	—	2	4	—	17	—	1	15
Всего . . . . .	158	26	14	26	26	37	5	8	16

Анатомическая оценка таза показывает, что из обычных клинических методов измерения таза наибольшую ценность имеет определение величины истинной конъюгаты по диагональной. Однако установление истинных размеров таза, а также уточнение формы сужения в большинстве случаев возможно лишь при рентгенографии таза.

Многие иностранные авторы на основании рентгенологических данных о емкости таза пытаются ставить прогноз родов.

Менгерт (1954) считал, что лучшим показателем емкости таза является произведение поперечного и прямого диаметров таза. Для входа нормального таза, по его данным, эта величина в среднем составляет  $145 \text{ см}^2$ , а для средней полости  $126 \text{ см}^2$ . Эти величины Менгерт при-

нял за нормальный индекс. Если искомый индекс составляет 85% или менее нормального, то такой таз рассматривается как узкий с неблагоприятным прогнозом родов. Были предложены за рубежом и другие методы определения емкости полости малого таза. Маньен (1950) в качестве индекса емкости верхнего раздела таза пользовался суммой двух величин: прямого и среднего поперечного диаметров входа таза. При индексе менее 21 см, по данным автора, число кесаревых сечений резко возрастает.

Многие акушеры считали возможным по рентгенологическим данным о размерах таза и головки решать вопрос о благоприятном или неблагоприятном соотношении между тазом роженицы и головкой плода.

По мнению Б. А. Архангельского (1926) и М. Н. Побединского (1941), учет соотношений размеров таза и головки на основе рентгенографии позволяет уточнять показания к кесареву сечению и облегчает ведение родов. Мебиус (W. Möbius, 1955) на основании рентгенологических данных о размерах истинной конъюгаты и большого поперечного размера головки считал возможным решать вопрос о соответствии между тазом и головкой; снимки производили только при фиксированной головке; наиболее благоприятными соотношениями Мебиус считал преобладание истинной конъюгаты над большим поперечным размером головки на 15 мм у первородящих и на 10 мм у повторнородящих; при меньших соотношениях детская смертность повышалась до 8,2%. Вместе с тем Мебиус указал, что в некоторых случаях приходилось роды заканчивать кесаревым сечением вследствие несоответствия и при благоприятных рентгенологических соотношениях между тазом и головкой.

Многие акушеры считают, что одни рентгенологические данные не могут служить показателем для прогноза родов. В то же время Менгерт (1954) совершенно отказался от клинических методов измерения таза, заменив их рентгенометрией. Он считает даже излишним обучать студентов клиническим методам обследования таза.

Точно так же Дональд (J. Donald, 1955) категорически отверг метод наружного измерения таза и широко рекомендовал рентгенопельвиметрию, однако он отметил трудности прогноза родов по рентгенологическим данным.



Наряду с этим многие акушеры считают возможным использовать рентгенографию таза лишь по определенным показаниям как дополнительный метод исследования. Безусловно, применение рентгеновых лучей с целью уточнения размеров таза и выявления особых форм сужения является необходимым дополнительным методом исследования в акушерстве. Однако вопрос о безвредности облучения при рентгенографии таза еще не совсем ясен. Маньен (1956) считает, что опасность облучения для плода ничтожна и не может служить противопоказанием для рентгенографии таза беременной. Автор применил рентгенографию у 7625 беременных из 70 316 рожениц. При анализе причин смерти детей, облученных внутриутробно, автор не обнаружил увеличения числа лейкозий и злокачественных опухолей по сравнению с группой необлученных. Некоторые акушеры утверждают, что опасность рентгенологического исследования в родах ничтожна в генетическом отношении при правильной технике. Этому взгляда придерживались Б. А. Архангельский, Томс, А. Л. Каплан, П. А. Соболев, Менгерт.

Но имеются и противоположные взгляды. Так, Хенсон (S. Hanson, 1957), отметив чрезмерно широкое применение рентгеновых лучей при исследовании беременных, предложил больше уделять внимания клиническим методам исследования таза с тем, чтобы при необходимости ограничиваться одним рентгеновским снимком, поскольку имеются опасения вредности облучения.

Г. Дедерлейн и Мествердт (G. Döderlein, G. Mestwerdt, 1958), а также Руммель (A. Rummel, 1960), являясь сторонниками применения рентгеновых лучей в акушерстве, рекомендуют применять рентгенографию таза только по строгим показаниям, ограничиваясь двумя снимками во избежание возможной вредности облучения.

С. А. Рейнберг в 1958 г. выступил против излишеств в рентгенодиагностике и предложил научно обосновывать показания к рентгенологическому исследованию и разрешать проблему безопасности при рентгенологическом исследовании путем усовершенствования метода, а не отказа от применения рентгеновых лучей в диагностических целях.

Совершенно очевидно, что строгое обоснование показаний является одним из непременных условий для применения рентгенографии таза с целью выявления его формы и размеров.

Что касается прогноза родов на основании рентгенологических данных, то следует отметить, что существующие методы рентгенографии таза роженицы и головки плода не дают возможности установить точные соотношения между тазом и головкой и определить ход механизма родов. Одни рентгенологические данные для прогноза родов могут иметь значение лишь при резкой степени сужения или деформации таза.

Поэтому выявление несоответствия между тазом роженицы и головкой плода может быть осуществлено лишь при тщательном клиническом наблюдении и обследовании с учетом имеющихся рентгенологических данных о размерах и форме таза.

---

## Глава III

### КЛИНИЧЕСКИЕ И РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ВЕЛИЧИНЫ ПЛОДА

Величину плода, особенно его головки, следует рассматривать как один из основных факторов, предопределяющих прогноз родов. Неблагоприятное течение родов при наличии крупного плода хорошо известно всем акушерам. Установлено, что чрезмерному развитию плода способствуют многочисленные факторы, основными из которых можно считать: 1) число предшествующих родов, 2) пол плода, 3) перенашивание беременности.

В свое время В. В. Сутугин (1874), а в наше время М. И. Лепилина (1949) и А. Г. Перадзе (1954) считали, что между весом плода и величиной его головки существует определенный параллелизм. По мнению Б. А. Архангельского (1924), между длиной плода и величиной головки нет строгой зависимости. Герц (H. Goetz, 1958), наоборот, отметил определенную зависимость между длиной плода и объемом головки: с увеличением длины плода на 1 см увеличивается и окружность головки по прямому размеру на 0,4 см, по малому косому на 0,3 см и по большому косому на 0,5 см.

#### Клиническая оценка различных методов определения величины плода

Для определения величины внутриутробного плода существуют различные методы. Как утверждали И. П. Лазаревич, Г. Г. Гентер, К. К. Скробанский и др., по окружности живота можно судить о величине плода. По мнению М. И. Лепилиной, чем крупнее плод, тем боль-

ше окружность живота: окружность живота выше 100 см при исключении многоводия и многоплодия указывает на наличие крупного плода.

Высшей величиной окружности живота при доношенной беременности принято считать 95—100 см. По нашим наблюдениям, окружность живота выше 100 см наблюдалась у 126 из 306 рожениц с клинически узким тазом. Из этих 126 рожениц, окружность живота которых превышала 100 см, крупный плод был определен у 64, из них у 19 с нормальными размерами таза; у 4 плод был гигантских размеров (все женщины с нормальными размерами таза); крупный плод при меньшей окружности живота был отмечен лишь у 12 рожениц. Повидимому, большая окружность живота до некоторой степени свидетельствует о наличии крупного плода.

Более достоверным методом определения величины плода является его измерение. В 1871 г. Альфельд (F. Ahlfeld) предложил измерять при помощи тазомера длину плода и по ней судить о величине головки; одну ветвь тазомера вводят во влагалище под контролем двух пальцев до предлежащей части, а другую ветвь устанавливают у дна матки на противоположном полюсе плода; полученную величину удваивают. При невозможности достигнуть предлежащей части Альфельд ограничивался наружным измерением, пальпируя предлежащую часть через брюшную стенку. В. В. Сутугин на основании 217 измерений плодов по методу Альфельда пришел к заключению, что по длине плода можно приблизительно судить о величине головки. Большой разницы между измерениями внутриутробного плода и после рождения его В. В. Сутугин не нашел; ошибка более чем на 1 см не превышала 18%. А. Я. Крассовский, хотя и предлагал пользоваться методом Альфельда за неимением лучшего, однако отметил, что «судить о величине головки плода по добытой измерением длине плода не всегда возможно, так как отношение длины туловища к размерам головки плода далеко не постоянно и пока еще с положительностью не установлено». По мнению Г. Г. Гентера, метод Альфельда не может претендовать на точность.

Существует много различных формул для определения веса плода. А. В. Ланковиц (1961) предложил определять величину плода пальпаторно, используя сте-

реометрическое чувство, которое, по мнению автора, должно быть хорошо развито у каждого врача-акушера. По такому методу вес новорожденного был определен почти правильно в 57% случаев (разница предполагаемого веса плода и веса новорожденного составляла  $\pm 200$  г).

Для определения величины головки плода многие акушеры пользовались измерением прямого размера головки через брюшные покровы женщины.

Для выявления размеров плода мы пользовались наружным измерением длины его по методу Альфельда, а измерение прямого диаметра головки производили тазомером через брюшные покровы матери. Длина плода была измерена у 193 женщин в конце беременности или в родах. При сопоставлении длины плода и роста новорожденного были получены следующие данные: совпадение длины плода с последующим измерением роста новорожденного отмечено в 46 случаях (23,8%), ошибка до 1 см обнаружена в 70 случаях (36,3%), ошибка до 2 см — в 39 случаях (20,2%), ошибка до 3 см и выше — в 38 случаях (19,7%). Если учесть, что ошибка в 1 см является ничтожной, то из представленных данных следует, что в 60,1% получено почти полное совпадение при измерении длины плода и роста новорожденного. Зависимость между ростом и весом новорожденного представлена в табл. 8.

Таблица 8

**Данные о весе новорожденного в зависимости от его роста**

Рост новорожденного, см	Число новорожденных	Вес, г					
		2600—2950	3000—3450	3500—3950	4000—4450	4500—4950	5000 и выше
48—50	81	25	39	17	—	—	—
51—52	92	2	44	38	7	1	—
53—54	72	—	12	37	18	5	—
55—56	47	—	3	17	19	7	1
57—58	8	—	—	2	5	—	1
59—60	4	—	—	—	1	2	1
Выше 60	2	—	—	—	—	1	1
	306	27	98	111	50	16	4

Данные табл. 8 свидетельствуют о существовании определенной закономерности между ростом и весом новорожденного. При росте 48—52 см из 173 у 110 новорожденных (63,5%) вес не превышал 3450 г и лишь у 8 новорожденных (4,6%) вес был выше 4000 г. При росте 55 см и выше у большинства новорожденных (у 39 из 61) вес был в пределах 4000 г и выше, у 19—3500—3950 г, лишь у 3 детей вес не превышал 3450 г.

Лобно-затылочный размер головки внутриутробного плода нами был измерен тазомером у 157 рожениц с последующим определением величины такого размера у новорожденного. Анализ полученных измерений показал, что в 68,1% было получено почти полное совпадение данных о величине прямого (лобно-затылочного) размера головки плода и новорожденного, а поэтому метод определения величины головки плода при помощи тазомера через брюшные покровы роженицы заслуживает внимания.

Для выяснения вопроса о существовании параллелизма между ростом новорожденного, его весом и величиной окружности его головки мы произвели соответствующие измерения у 292 новорожденных. При анализе полученных данных мы пришли к выводу, что такого параллелизма нет.

### **Сопоставление клинических и рентгенологических данных о величине головки внутриутробного плода и новорожденного**

С внедрением рентгенографии таза возникло стремление к рентгенологическому измерению головки (Б. А. Архангельский, 1924; М. Н. Побединский, 1941; Мебиус, 1955, и др.).

П. А. Белошапко (1954) пользовался рентгенографией для измерения головки плода. При сопоставлении рентгенологических и клинических данных о величине головки плода и новорожденного (200 исследований) полное совпадение П. А. Белошапко отметил в 12%, совпадение в пределах 0,5 см в 55% случаев. Этот метод автор рекомендовал с целью определения величины головки плода.

При рентгенологическом обследовании таза, кроме его измерения, мы определяли также размеры головки

(прямой и большой поперечный диаметры). Для сопоставления рентгенологических данных о величине головки с последующим измерением ее у новорожденных было произведено 217 рентгенограмм (113 прямых снимков и 104 боковых). Результаты сопоставления представлены в табл. 9.

Таблица 9

**Сопоставление клинических и рентгенологических данных о величине головки новорожденного**

Диаметр головки	Число-обследованных	Совпадение рентгенологических и клинических данных	Разница в рентгенологических и клинических данных			
			0,5 см	1 см	1,5 см	2 см и выше
Прямой диаметр головки . . . . .	113	35	31	29	14	4
Большой поперечный диаметр головки . . . . .	104	45	37	16	3	3

Совпадение клинических и рентгенологических данных о величине прямого диаметра головки отмечено в 31%, ошибки в 0,5 см составили 27,4%, в 1—2 см — 41,5%. Если сопоставить данные о величине прямого диаметра головки плода, полученные при наружном измерении тазомером через брюшные покровы матери, и рентгенологические данные с последующей клинической проверкой у новорожденного, то видно, что при клиническом методе полное совпадение или незначительная ошибка (в пределах 0,5 см) отмечены в 68,1%, а при рентгенологическом методе в 58,4%. По-видимому, рентгенологический метод определения величины прямого диаметра головки не имеет преимуществ перед клиническим методом измерения головки тазомером.

Для прогноза родов величина большого поперечного диаметра головки имеет большое значение, но клинических способов измерения его не существует. Поэтому измерение большого поперечного диаметра головки рентгенологическим методом заслуживает внимания. Совпадение, а также незначительные ошибки в пределах 0,5 см при сопоставлении рентгенологических данных о величине большого поперечного диаметра голов-

ки с последующим измерением его у новорожденного были отмечены в 78,8% случаев по сравнению с 58,4% для прямого диаметра головки.

В своей работе мы убедились, что определение длины плода по методу Альфельда является достаточно достоверным (совпадение данных в 60,1% случаев). По предполагаемой длине плода можно судить с определенной вероятностью о его весе. При измерении прямого диаметра головки через брюшные покровы матери в 68,1% случаев выявлено почти полное совпадение полученных данных с последующим измерением головки новорожденного. Этим методом следует широко пользоваться акушерам в своей практической работе.

Рентгенологический метод измерения головки заслуживает внимания, но во избежание больших расхождений между клиническими и рентгенологическими данными этот метод следует предпринимать при фиксированной во входе таза головке. Необходимо также указать, что рентгенологическое измерение головки плода должно производиться только в тех случаях, когда возникают обоснованные показания со стороны женщины для применения рентгенографии таза.

---



## Глава IV

### ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ НЕСООТВЕТСТВИЯ МЕЖДУ ТАЗОМ ЖЕНЩИНЫ И ГОЛОВКОЙ ПЛОДА

#### Анатомическое сужение таза как основная причина возникновения несоответствия

Для выяснения причин возникновения несоответствия между тазом женщины и головкой плода нами был проведен анализ соответствующих данных у 306 рожениц, у которых был выявлен клинически узкий таз. Анатомическое сужение таза обнаружено у 234 рожениц и нормальные его размеры — у 72. Из 234 рожениц с анатомически узким тазом 38 (16%) имели значительные изменения таза, явившиеся основной причиной возникновения несоответствия. У остальных 196 рожениц с анатомически узким тазом при относительной степени сужения причиной диспропорции послужило сочетание анатомического фактора с другими неблагоприятными моментами, как-то: крупный размер плода, особенно его головки, неблагоприятное вставление головки и другие патологические осложнения. Эти же неблагоприятные факторы явились причиной несоответствия между головкой плода и тазом роженицы при нормальных его размерах.

Из 38 рожениц, у которых значительные анатомические изменения таза явились основной причиной несоответствия, у 2 имелось сужение таза III степени.

Приведем анатомические особенности таза одной из этих рожениц.

Роженица К-ва К. И., 30 лет, поступила в Институт 28/VIII 1952 г. по поводу доношенной беременности и отягощенного аку-

шерского анамнеза. В детстве отставала в физическом развитии от своих сверстниц, но ходить стала с 9 месяцев, отличалась очень маленьким ростом, училась хорошо. Брат женщины хондродистрофический карлик. Родители обычного роста. Перенесла корь, ангину, грипп. Менструации с 16 лет по 3 дня, через 27—28 дней, умеренные, безболезненные, установились сразу. Последняя менструация 21/XI 1951 г. Замужем с 25 лет. Первая беременность в 1949 г., установлен узкий таз; с началом родовой

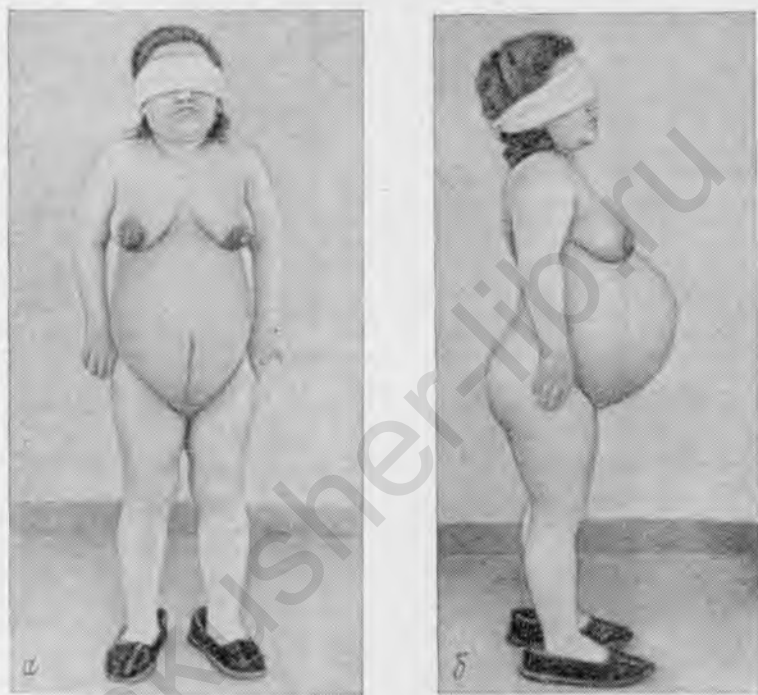


Рис. 5. Хондродистрофическая карлица (а, б).

деятельности было произведено кесарево сечение. Вес ребенка 3400 г, умер 1 года от дифтерии. У ребенка были признаки хондродистрофии. Настоящая беременность вторая, протекала без осложнений. Женщина хондродистрофическая карлица, рост 120 см, сложена непропорционально, обращает внимание короткость нижних и верхних конечностей по отношению к туловищу. Пальцы рук короткие; кончики пальцев рук едва достигают больших вертелов. Голова большая. Череп длинный, четырехугольный. Переносье несколько впавшее. Вес 46 кг 500 г. Походка колеблющаяся (утиная). Внутренние органы без патологических изменений. Раз-

меры таза 19, 21, 25 см. Наружная конъюгата 16,5 см, диагональная 10 см, боковая 10 см. Размеры ромба Михаэлиса — продольный 9,5 см, поперечный 8 см. Прямой размер выхода 8 см, поперечный 7 см. Крылья подвздошных костей стоят круто, лонный угол острый. Окружность живота 96 см. Высота стояния дна матки над лоном 38 см. Матка правильной овоидной формы. Положение плода продольное, во второй позиции. Предлежит головка, подвижна над входом малого таза. Предполагаемая длина плода 51—52 см. Лобно-затылочный размер головки 11 см. Сердцебиение плода 132 удара, ритмичное. Влагалищное исследование: шейка сохранена, наружный зев закрыт. Головка стоит высоко над входом малого таза. Безымянные линии легко достигаются. Диагональная конъюгата 10 см. Диагноз: беременность 40 недель. Головное предлежание. Хондродистрофическая карлица. Общесуженный хондродистрофический таз (рис. 5, а и б).

Рентгенография таза: форма входа округлая, поперечный размер входа 8,8 см, прямой размер входа 8,6 см; крестцовая впадина хорошо выражена (рис. 6 и 7).

Ввиду значительных анатомических изменений таза, исключающих возможность родоразрешения через естественные родовые пути, с началом родовой деятельности произведено кесарево сечение и стерилизация. Извлечен мальчик весом 3850 г, ростом 52 см, окружность головки 37 см. При рождении признаков хондродистрофии не отмечено. Послеродовой период протекал без осложнений.

Бреус и Колизко (С. Breus, А. Kolisko, 1900) различали две формы хондродистрофического таза. Первая форма характеризуется значительным уплощением таза, вход малого таза почковидной формы, мыс располагается высоко и сильно выступает в полость малого таза. Примерные размеры такого таза: прямой входа 4—7 см, поперечный 11—12 см (рис. 8). Вторая форма — общесуженный таз, который характеризуется значительным уменьшением обоих размеров входа, но уплощение таза незначительное (рис. 9).

Как видно из рентгенограммы таза наблюдавшейся нами карлицы, ее таз близок ко второй форме хондродистрофического карликового таза по Бреусу и Колизко. Обращает на себя внимание значительное уменьшение поперечного размера входа малого таза по сравнению с прямым. По характеру сужения такой таз следовало бы выделить в особую группу, условно он отнесен к группе общеравномерносуженных тазов с сужением III степени ввиду резкого уменьшения поперечного диаметра.

У 3 рожениц этой группы имелось значительное уменьшение поперечных размеров таза.



Рис. 6. Рентгенограмма хондродистрофического таза (прямой снимок).

Форма входа округлая. Поперечный размер входа 8,8 см.

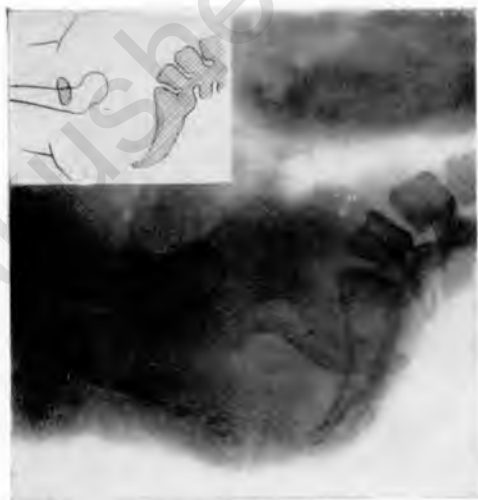


Рис. 7. Рентгенограмма хондродистрофического таза (боковой снимок).

Прямой размер входа 8,6 см. Крестцовая впадина хорошо выражена.

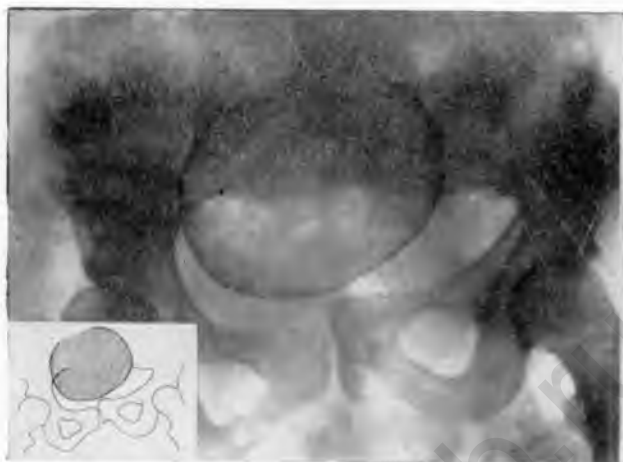


Рис. 10. Рентгенограмма деформированного таза.

Левый косой размер 13 см, правый косой 9 см. Деформация таза за счет неправильного сращения переломов левой лонной и подвздошной костей. Правая половина таза более емкая, чем левая. Левая лонная кость на 2 см выступает вверх и несколько внутрь.

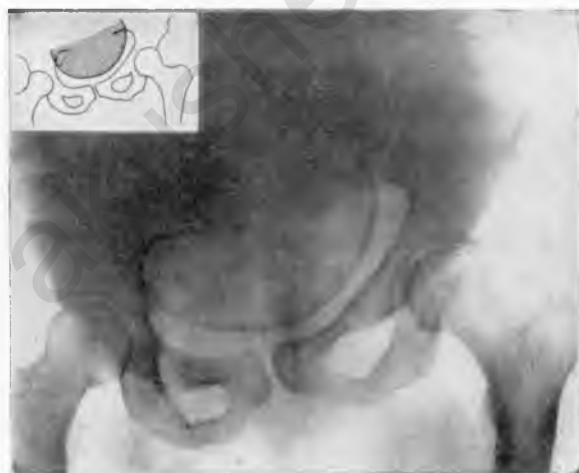


Рис. 11. Рентгенограмма деформированного таза.

Резкая деформация таза за счет неправильно сросшихся переломов тазовых костей и крестца. Левый косой размер входа 13,8 см, правый косой 8 см.

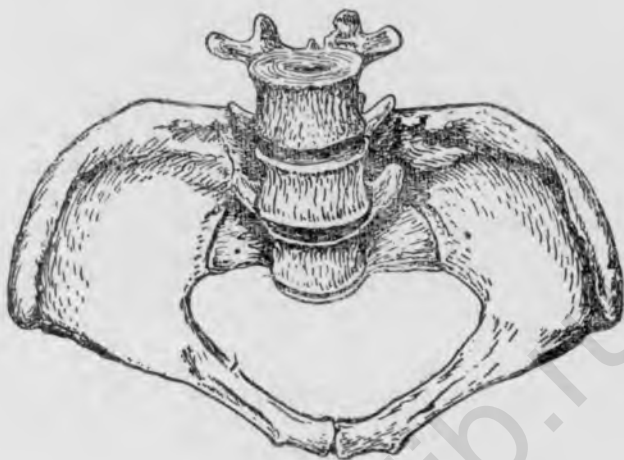


Рис. 8. Разновидность хондродистрофического таза.  
Резкое уменьшение прямых размеров. Форма входа почкообразная.



Рис. 9. Разновидность хондродистрофического таза.  
Резкое уменьшение всех размеров таза. Форма входа таза округлая.

Резкая деформация таза (обычно травматического происхождения) послужила причиной функциональной неполноценности таза у 10 рожениц. Примером резкой деформации таза могут служить две рентгенограммы (рис. 10 и 11).

Из 2 рожениц с опухолью таза у одной имелась костная опухоль малого таза, которая впервые была обнаружена в 1947 г. и подтверждена рентгенологически; в 1957 г. при повторной рентгенографии таза роста опухоли не отмечено. Опухоль исходила из правого крестцово-подвздошного сочленения и выступала в полость малого таза, размеры ее 10×8 см, поверхность бугристая, консистенция плотная, при пальпации безболезненная (рис. 12, см. стр. 120—121).

Ввиду имеющейся костной опухоли, препятствующей самопроизвольному родоразрешению, 27/X 1957 г. произведено кесарево сечение с началом родовой деятельности. Извлечен младенец весом 3300 г, ростом 48 см; окружность головки 36 см. Исход родов для матери и плода был благоприятный.

У второй роженицы в родах была обнаружена хондрома малого таза, которая определялась в виде плотного образования на передней поверхности крестца, верхний полюс опухоли располагался на уровне правого крестцово-подвздошного сочленения, нижний достигал седалищных остей. Поперечник верхнего и нижнего полюса опухоли составлял примерно 2—3 см, а поперечник средней части 5—6 см.

В связи с наличием хондромы в полости малого таза, исключавшей возможность родоразрешения через естественные родовые пути, 20/III 1957 г. роды закончены кесаревым сечением. Извлечен живой мальчик весом 2800 г, ростом 49 см; окружность головки 33 см. Исход операции для матери и плода благоприятный.

У остальной 21 роженицы из 38 имелось сужение таза II степени.

### **Большой объем головки плода при относительном сужении таза или нормальных его размерах**

Большая величина плода, особенно его головки, может создать неблагоприятные соотношения не только при анатомически суженном тазе, но и при нормальных

его размерах (Н. М. Амбодик-Максимович, А. Я. Красовский, Г. Г. Гентер и др.).

Большой объем головки как причина несоответствия между тазом женщины и головкой плода выявлен нами у 212 рожениц из 306 с клинически узким тазом (69%): у 174 имелось анатомическое сужение таза, а у 38 размеры таза были нормальны. Среди 212 рожениц 42 имели переносившую беременность.

Из 174 рожениц с анатомически узким тазом у 12 имелось сужение таза II степени при величине истинной конъюгаты 8,5—8,9 см, у остальных 162 сужение таза было I степени. Окружность головки по прямому размеру составляла 36—37 см у 140 новорожденных, 38—39 см у 28 новорожденных. У 6 плодов окружность головки не была определена, так как роды закончены краниотомией.

У большинства из 38 рожениц с нормальными размерами таза обращает внимание очень большой объем головки и вес новорожденных. 3 из этих рожениц разрешились новорожденными весом 5570—5600 г. У 33 новорожденных вес достигал 4000—4500 г.

Окружность головки по прямому размеру в 38—39 см была определена у 32 новорожденных и в 40—41 см у 3 новорожденных. У остальных 3 плодов размеры головки не были определены вследствие того, что роды закончились краниотомией.

У 21 роженицы с нормальными размерами таза возникновению несоответствия способствовало, кроме большого объема головки, отсутствие достаточной конфигурации ее вследствие чрезмерной плотности костей черепа при переносившей беременности.

При относительном сужении таза плохая способность головки переносившего плода к конфигурации также явилась дополнительным фактором для возникновения функциональной недостаточности таза.

### **Неблагоприятные вставления головки плода при относительном сужении таза и нормальных его размерах**

Неблагоприятные вставления головки, как-то: высокое прямое стояние головки, лобное и лицевое вставление в переднем виде (по спинке) весьма отягощают



прогноз родов. У большинства рожениц с подобными вставлениями головки возникает резко выраженная диспропорция между тазом женщины и головкой плода. Среди 306 женщин с клинически узким тазом неблагоприятные вставления головки послужили причиной несоответствия у 49 женщин, из которых у 21 имелось анатомическое сужение таза, а у 28 размеры таза были нормальными. Высокое прямое стояние головки обнаружено у 24 рожениц, лобное вставление у 16 и лицевое в переднем виде у 9 рожениц.

До настоящего времени термин «вставление» является узаконенным лишь для переднего и заднего асинклитизма — переднетеменное вставление и заднетеменное вставление. Лишь некоторые акушеры этим термином пользуются при других особенностях вставления головки (А. В. Ланковиц, В. М. Малявинский). Нам кажется более целесообразным этот термин употреблять при всех вариантах механизма родов, как физиологических, так и патологических, так как термин «вставление» означает вставление определенной части головки во вход таза, т. е. отражает особенности механизма родов. В то время как термин «предлежание» означает лишь ту крупную часть плода (головную или тазовую), которой плод обращен ко входу таза.

### Высокое прямое стояние головки плода

Высокое прямое стояние головки представляет собой аномалию вставления, которая характеризуется тем, что стреловидный шов устанавливается в прямом размере входа таза, который обычно является наименьшим диаметром. Поэтому не удивительно, что данная патология у большинства рожениц влечет за собой возникновение несоответствия между тазом женщины и головкой плода.

Смелли (1752) первый стал рассматривать высокое прямое стояние головки как патологическую форму вставления. Из отечественных авторов первое подробное описание указанной аномалии вставления головки дано Н. М. Амбодиком-Максимовичем. Среди причин затрудненных «сверхъестественных родов» он отметил необычное положение головки, когда головка «личиком к лону, а затылком ко крестцу оборочена». В качестве терапии

Н. М. Амбодик-Максимович предлагал исправление положения головки ручными приемами, поворот на ножку, а при необходимости применение прямых щипцов или краниотомию. Г. И. Кораблев, Н. Ф. Толочинов также упоминают о такой аномалии вставления головки. В XX столетии высокое прямое стояние головки стало привлекать внимание многих акушеров, были опубликованы о том отдельные сообщения. З. М. Захарова в 1949 г. сообщила о 20 случаях высокого прямого стояния головки, Т. В. Червакова в 1955 г. дала анализ особенностей течения родов у 130 женщин при этой аномалии вставления. Р. И. Калганова (1958) привела результаты исхода родов у 26 рожениц с высоким прямым стоянием головки.

Частота высокого прямого стояния головки, по данным отечественных и зарубежных авторов, колеблется в пределах от 0,001 до 1,6%. Столь значительные колебания можно объяснить тем, что некоторые авторы учитывали данную аномалию только при фиксированной во входе таза головке, другие, наоборот, при высоком прямом стоянии подвижной головки.

Мы считаем, что диагноз высокого прямого стояния головки может быть вынесен лишь при фиксированной во входе таза головке и особенно при излившихся водах.

Этиология высокого прямого стояния головки весьма разнообразна, но, по мнению многих акушеров, анатомические особенности таза являются основной и несомненной причиной, способствующей возникновению этой аномалии вставления. Вместе с тем З. М. Захарова из 20 рожениц с высоким прямым стоянием головки у 14 выявила нормальный таз. Р. И. Калганова наблюдала нормальный таз у 12 рожениц из 26, у которых роды осложнились высоким прямым стоянием головки. Мебиус и Гильмерт (W. Möbius, H. Hilmerth, 1957) сообщили о 194 случаях высокого прямого стояния головки, наблюдавшихся в Лейпцигской университетской акушерской клинике с 1937 по 1956 г. Анатомически узкий таз эти авторы отметили в 60 из 194 случаев.

Существует мнение, что, кроме анатомических изменений таза, большое значение в возникновении высокого прямого стояния головки имеют и другие факторы, как-то: форма и величина головки, излитие вод в момент

перехода плода из одной позиции в другую, неполноценность брюшного пресса.

Как известно, высокое прямое стояние головки бывает двух видов: передний вид при затылке, обращенном к лону, и задний вид при затылке, обращенном к мысу. По данным З. М. Захаровой, Т. В. Черваковой, Р. И. Калгановой, задний вид аномалии встречается чаще, чем передний. Некоторые иностранные авторы считают, что передний вид высокого прямого стояния головки наблюдается значительно чаще, чем задний.

Конфигурация головки при высоком прямом стоянии весьма характерна; головка сжимается в переднезаднем направлении, обе теменные кости заходят на лобные и затылочную.

Некоторые акушеры считают весьма трудной диагностику высокого прямого стояния по данным наружного исследования. По мнению Мебиуса, Гильмерта и др., диагноз несомненного высокого прямого стояния головки может быть поставлен только на основании рентгеновского снимка. Многие же авторитетные акушеры указывают на ряд характерных признаков, способствующих выявлению высокого прямого стояния головки по наружным данным. Этими признаками являются: маленький поперечник головки при прощупывании ее через брюшные стенки, не соответствующий величине плода, нахождение подбородка по средней линии над лоном при заднем виде и шейно-затылочной борозды при переднем виде.

Самопроизвольное родоразрешение при высоком прямом стоянии головки происходит сравнительно редко. По данным З. М. Захаровой, собравшей 173 случая этой аномалии в отечественной и иностранной литературе, самопроизвольные роды произошли в 27,7%, исправление аномалии ручными приемами в 14,5%, в остальных случаях применены хирургические вмешательства. Т. В. Червакова спонтанные роды наблюдала в 13,1% (при переднем виде в два раза чаще, чем при заднем), кесарево сечение в 30%, краниотомию в 16% случаев; у остальных рожениц применены другие вмешательства. По данным Р. И. Калгановой, самопроизвольно разрешилось 9 женщин из 26, кесарево сечение произведено у 10 и у 7 женщин исправлено положение головки ручными приемами. Как сообщили Дерр и Окана

(Н. Dörr, A. Osana, 1957), из 36 рожениц с высоким прямым стоянием головки спонтанно разрешилось 2, щипцы применены у 4, кесарево сечение у 30 рожениц. Мебиус и Гильмерт наблюдали самостоятельные роды у 52 рожениц из 194, кесарево сечение у 92, а у остальных рожениц имели место другие вмешательства.

Затяжное течение родов и длительный безводный период являются характерными для высокого прямого стояния головки, чрезвычайно отягощают прогноз как для матери, так и для плода. По данным Т. В. Черваковой, детская смертность при такой аномалии вставления составляет 23,8%, материнский травматизм 58,4%, заболеваемость в послеродовом периоде 43,6%. Р. И. Калганова наблюдала один случай мертворождения при 26 родах с высоким прямым стоянием головки, случаев ранней детской смертности не было. В наблюдениях Мебиуса и Гильмерта общая детская смертность составляла 8,2%, материнская смертность 1,5%, разрыв матки произошел у одной роженицы.

Липманн (W. Liermann) в 1910 г. предложил при высоком прямом стоянии головки ручное исправление ее положения. При полном открытии шейки матки введенной во влагалище рукой автор захватывал головку всей рукой как кегельный шар и, после предварительного смещения ее вверх, поворачивал головку в нужном направлении, а другой рукой через брюшные покровы способствовал повороту головки. Также и В. М. Малявинский, З. М. Захарова, Т. В. Червакова, Р. И. Калганова, Мебиус, Гильмерт и др. рекомендовали при наличии условий производить исправление положения головки ручными приемами. После поворота головки в поперечный или косой размер таза авторы наблюдали благоприятный исход родов. При отсутствии условий для поворота и наличии признаков несоответствия наилучшим методом родоразрешения следует считать кесарево сечение.

Таким образом, образование описанной аномалии вставления головки является весьма неблагоприятным как для анатомически узкого, так и для нормального таза и всегда сопровождается несоответствием между тазом и головкой. Влагалищное родоразрешение возможно только или после самостоятельного поворота головки в косой размер, или после исправления положения

головки ручными приемами. Исключение составляет поперечносуженный таз с увеличением прямых размеров, для которого высокое прямое стояние головки можно рассматривать как благоприятное. Опубликованные нами данные в 1958 г. подтверждают это положение.

В группу клинически узкого таза отнесены роды при высоком прямом стоянии головки, сопровождавшиеся признаками несоответствия. Высокое прямое стояние головки мы наблюдали у 24 рожениц, что составляет 7,8% по отношению ко всем нашим случаям клинически узкого таза (306). Первородящих было 15, повторнородящих 9. У 4 рожениц беременность была перенесенной. Передний вид высокого прямого стояния наблюдался у 6 рожениц, задний у 18, что подтверждает указание на более часто встречающийся задний вид высокого прямого стояния головки. Анатомически узкий таз был выявлен нами у 10, нормальный у 14 рожениц. Разгибание головки при заднем виде произошло у 8 рожениц. Диагноз высокого прямого стояния головки у 10 рожениц был вынесен на основании наружного исследования и подтвержден при влагалищном исследовании. Рентгенография таза и головки подтвердила аномалию вставления у 10 рожениц. У 6 женщин наблюдались резко выраженные боли в области лонного сочленения, которые у 2 рожениц прекратились после поворота головки в косой размер. Приведем краткие данные из истории родов одной женщины.

Роженица Т. А. П-ва, 26 лет, поступила в Институт 31/I 1955 г. в 20 часов с регулярной родовой деятельностью. Менструации с 16 лет, установились сразу, по 4—5 дней через 25 дней, умеренные, безболезненные. Последняя менструация 26/IV 1955 г., первое движение плода 9/IX. Беременность первая, доношенная. Пульс 72 удара в минуту. Артериальное давление 120/80 мм рт. ст. Внутренние органы без патологических изменений. Телосложение правильное. Рост 166 см, вес 86,3 кг. Размеры таза 24, 26, 33 см. Наружная конъюгата 20 см, боковая 16 см. Окружность живота 107 см, брюшная стенка упругая. Высота дна матки над лоном 32 см. Продольное положение плода, первая позиция, головка прижата ко входу малого таза. Предполагаемая длина плода 50 см, лобно-затылочный размер головки 12 см. Сердцебиение плода слева ниже пупка, 132 удара в минуту. Воды не изливались.

2/II в 3 часа у роженицы появились резкие боли в области лонного сочленения. Роженица крайне беспокойна, головка малым сегментом во входе малого таза в течение 11 часов. Сердцебиение плода по средней линии ниже пупка. При влагалищном исследовании в 4 часа при полном открытии установлено высокое прямое

стояние головки в заднем виде. Под эфирным наркозом произведен поворот головки ручными приемами в правый косой размер. Роженица стала спокойнее, боли в области лонного сочленения прекратились. С 5 часов появились потуги, и через 40 минут произошли роды живым мальчиком. Вес новорожденного 3050 г, рост 51 см, окружность головки 35 см, большой поперечный размер 9 см.

Приведенный случай родов иллюстрирует, насколько целесообразно применение исправления ручным приемом аномалии вставления головки с целью устранения значительного несоответствия между тазом и головкой. Поэтому при выявлении клинически узкого таза, обусловленного высоким прямым стоянием головки, следует тщательно взвесить все клинические данные о емкости таза, величине плода с тем, чтобы решить вопрос о возможности и целесообразности поворота головки ручными приемами с целью устранения причины несоответствия. При отсутствии условий для поворота головки необходимо придерживаться умеренного выжидания в надежде на самостоятельный ее поворот.

Таблица 10

Исход родов при высоком прямом стоянии головки

Форма таза	Число рожениц	Самостоятельные роды после поворота головки ручным приемом	Шиппы после ручного поворота головки	Кесарево сечение	Исход для детей	
					мертворожденных	умерло в первые дни жизни
Общеравномерносуженный . . . . .	6	1	—	5	—	—
Простой плоский . .	2	1	—	1	—	1
Плоскорахитический	1	—	—	1	—	—
Поперечносуженный	1	—	—	1	—	—
Нормальный таз . .	14	4	2	8	—	1
Всего . . . . .	24	6	2	16	—	2

При возникновении явных признаков несоответствия и невозможности исправления аномалии вставления головки наиболее оправданным является кесарево сечение. Подобная тактика ведения родов позволила получить нам значительно лучшие результаты как для матери, так

и для плода по сравнению с опубликованными данными Т. В. Черваковой, Мебиуса, Гильмерта и др. В табл. 10 представлены наши наблюдения об исходе родов при аномалии вставления, которые подтверждают, что у 8 женщин роды закончились через естественные родовые пути только после поворота головки в косой размер, т. е. после устранения причины, вызвавшей диспропорцию между тазом и головкой.

Обращает на себя внимание большой объем головки новорожденных при описанной аномалии вставления головки: окружность головки 35 см была у 5, 36—37 см — у 14, 38—39 см — у 4 и 41 см — у одного новорожденного.

### Лобное вставление головки плода

Лобное вставление головки является одним из вариантов разгибания головки. Лобное вставление часто является переходным состоянием, из которого образуется лицевое (А. А. Китер, Г. Г. Гентер, М. С. Малиновский). И. П. Лазаревич допускал возможность перехода лобного вставления в лицевое или затылочное. Вместе с тем неоспоримой является возможность существования лобного вставления как одного из самостоятельных вариантов различных положений головки (А. Н. Соловьев, С. С. Холмогоров, В. В. Ермаков и др.).

По мнению большинства акушеров, среди этиологических причин, способствующих возникновению этой аномалии вставления головки, основная роль принадлежит узкому тазу. Г. А. Соловьев (1902) узкий таз установил в 16 из 18 случаев лобного вставления, С. С. Холмогоров (1909), сообщивший о 101 случае родов при лобном вставлении, узкий таз наблюдал в 45,5% случаев. В. П. Белуцкий (1946) в 7 из 14 случаев обнаружил узкий таз. В. В. Ермаков (1953) выявил узкий таз при данной аномалии вставления в 38,6% случаев. Мы наблюдали у 11 из 16 рожениц с лобным вставлением нормальные размеры таза и у 5 таз оказался анатомически узким.

По мнению Г. А. Соловьева, Н. З. Иванова, В. С. Груздева, В. В. Ермакова, кроме узкого таза, некоторую роль в возникновении лобного вставления играет короткость (абсолютная или относительная) пупо-

вины. И. И. Яковлев и О. Шевелева, Г. Г. Гентер, Штекель (W. Stoeckel) и др. придавали определенное значение и многоводию, при котором обильное излитие вод может способствовать образованию лобного вставления головки.

По просмотренным нами сообщениям 13 отечественных и зарубежных авторов лобное вставление головки плода встретилось в от 0,08 до 0,6% случаев.

Роды при лобном вставлении отличаются большой длительностью и осложненным течением, что несомненно неблагоприятно сказывается на исходе родов как для матери, так и для плода. По данным С. С. Холмогорова (1909), смертность детей наблюдалась в 45,5%, материнская смертность в 2,97%, разрывы матки в 1,98%, послеродовые заболевания в 45,5% случаев. В. П. Белуцкий (1946) на 14 случаев данной аномалии вставления головки разрыв матки отметил в одном случае, мертворождение — в 9, Ингерслев (Ingerslev, 1951) на основании анализа 200 случаев лобного вставления детскую смертность установил в 24,5% (редуцированная), материнскую смертность в 2% (все от разрыва матки).

Расценивая лобное вставление как серьезную патологию, многие акушеры предлагали превращать лобное вставление или в лицевое, или в затылочное.

Н. И. Побединский, К. К. Скробанский, Г. Г. Гентер, М. С. Малиновский и М. Г. Кушнир, отвергая исправление лобного вставления в затылочное или лицевое как ненадежный метод, рекомендовали при подвижной головке поворот на ножку, при фиксированной — выжидание, так как возможен переход лобного вставления в лицевое, при возникновении несоответствия — кесарево сечение.

Такой точки зрения придерживается в настоящее время большинство акушеров (И. Ф. Жордания, А. И. Петченко, В. П. Белуцкий и др.). Но некоторые считают, что исправление положения головки ручными приемами и поворот на ножку дают высокую детскую смертность, а поэтому настаивают на оперативном родоразрешении путем кесарева сечения.

При лобном вставлении всегда возникает несоответствие между тазом роженицы и головкой плода (исключение составляют недоношенные плоды). При этой ано-



малии вставления головка устанавливается в поперечном размере входа таза большим косым разрезом. В таком состоянии головке приходится преодолевать значительные препятствия со стороны таза, особенно в узкой части его полости. Обычно даже при хорошей конфигурации головки поступательные движения ее приостанавливаются.

Высокая детская смертность и большая частота разрывов матки свидетельствуют о том, что лобное вставление головки, по-видимому, своевременно не расценивается как проявление клинически узкого таза, и чрезмерный консерватизм приводит к печальным исходам.

Лобное вставление головки нами было выявлено, как было указано выше, у 16 рожениц, что составляет 5,2% по отношению ко всем случаям клинически узкого таза в наших наблюдениях. Диагноз лобного вставления устанавливался окончательно при фиксированной головке, излившихся водах и чаще в конце периода раскрытия, когда не оставалось никаких надежд на дальнейшее разгибание головки, т. е. переход лобного вставления в лицевое. Первородящих было 8, повторнородящих тоже 8. Переношенная беременность наблюдалась у 2 рожениц, отвислый живот — у 2, отягощенный акушерский анамнез (мертворождения) — у 3. У 3 рожениц лобное вставление образовалось из переднеголового и у 2 из лицевого. Первичное лобное вставление было установлено до родов у одной роженицы, диагноз лобного вставления был подтвержден рентгенологически у 4 рожениц. В 2 случаях было обвитие пуповины вокруг шеи (тремякратное). Вторая позиция плода была выявлена в 7 случаях.

Исход родов при лобном вставлении головки плода в наших наблюдениях представлен в табл. 11.

Самостоятельные роды произошли у одной первородящей женщины с нормальными размерами таза. Диагноз лобного вставления был установлен при полном открытии. Лобный шов располагается в поперечном размере ближе к мысу. В выходе таза лобный шов перешел в левый косой размер, большой родничок слева сзади, справа спереди глазницы. Механизм рождения головки был следующим: вначале прорезалась первая половина лба, область большого родничка, правая глазница, затем левая половина лба и левая глазница; после этого

## Исход родов при лобном вставлении

Форма таза	Число рожениц	Влагалищное родоразрешение		Кесарево сечение	Исход для детей	
		самостоятельные роды	краннотомия		мертво-рожденных	умерло в первые дни жизни
Общесуженный плоский	3	—	—	3	—	—
Плоскорихитический . . .	1	—	—	1	—	—
Поперечносуженный . . .	1	—	—	1	—	—
Нормальный таз . . . . .	11	1	1	9	1	—
Всего . . .	16	1	1	14	1	—

произошло сгибание головки и прорезался затылок, а вслед за ним остальная (нижняя) часть лица. Вес новорожденного 3500 г, рост 54 см; окружность головки 41 см, прямой размер 13,5 см, малый косой 9,5 см, большой косой 15,5 см, малый поперечный 9 см, большой поперечный 12 см. Онаружено значительное захождение теменных костей друг за друга и обеих на затылочную и лобные кости. Родовая опухоль значительная, располагалась в области большого родничка, в правой половине лба и в области правой височной кости. У новорожденного были симптомы тяжелой внутричерепной травмы, которые к 11-му дню жизни исчезли. Данные влагалищного исследования, механизм прорезывания головки, расположение родовой опухоли свидетельствовали об асинклитическом вставлении лобного шва, правая половина лба располагалась ниже левой.

У одной роженицы с нормальными размерами таза была предпринята попытка перевести лобное предлежание в лицевое, которая не удалась. Роды закончены краниотомией ввиду внутриутробной смерти плода. Вес плода 3450 г, рост 53 см. Кесарево сечение произведено у 14 рожениц по поводу резко выраженных симптомов несоответствия.

Мы также наблюдали большой объем головки у большинства новорожденных: окружность головки 35 см была у 3, 36—37 см — у 6, 38—39 см — у 3 и 40—41 см —

у 3 новорожденных. На большой объем головки при лобном вставлении указывали также и другие акушеры.

Из всего приведенного следует, что лобное вставление головки плода встречается не только при узком, но и при нормальном тазе. Возникновению этой аномалии вставления головки, по-видимому, способствует ее большой объем. Прогноз родов при лобном вставлении неблагоприятный, так как всегда возникает значительное несоответствие между тазом и головкой.

### Лицевое вставление в переднем виде (по спинке)

Лицевое вставление представляет собой III степень разгибания головки. В XVIII и первой половине XIX века лицевое вставление рассматривалось акушерами как неблагоприятное. Н. М. Амбодик-Максимович относил эту аномалию вставления головки к «сверхъестественным родам» и предлагал исправлять положение головки ручными приемами в затылочное или предпринимать поворот на ножку. Такой же точки зрения придерживались В. М. Рихтер, Г. И. Кораблев, Де-ля-Мотт (G. De-la-Motte, 1721) и др. Негеле (1899), который более точно описал механизм родов при лицевых вставлениях, считал, что при повороте головки подбородком кпереди роды протекают благоприятно и заканчиваются в большинстве случаев самостоятельно. В. М. Михайлов, С. С. Холмогоров, Н. Ф. Толочинов, Н. Н. Феноменов, В. С. Груздев также предпочитали выжидательное ведение родов при лицевом вставлении, утверждая, что при этом в большинстве случаев роды заканчиваются самостоятельно и что само по себе лицевое вставление не является показанием к хирургическому вмешательству.

В настоящее время выжидательное ведение родов при заднем виде лицевого вставления является общепризнанным.

Среди моментов, способствующих возникновению такой аномалии вставления, большое место занимает анатомически узкий таз [Г. И. Кораблев, П. Я. Ясинский, В. М. Михайлов, Н. Ф. Толочинов, Н. С. Киселев, В. С. Груздев, Альфельд, Винкель (F. Winckel)]. С. С. Холмогоров на 156 случаев лицевого вставления

узкий таз выявил в 27,5% случаев. Г. Я. Молчанова (1953) на основании анализа 200 случаев лицевого вставления головки признала узкий таз причинным фактором в 28,5% случаев.

Кроме анатомических изменений таза, многие авторы встречали и другие осложнения, служившие возникновению лицевого вставления, как-то: своеобразная форма черепа или чрезмерная величина головки, опухоли шеи плода, обвитие пуповины вокруг шеи плода, несостоятельность брюшного пресса.

Одним из грозных осложнений при лицевом вставлении является поворот головки подбородком кзади.

А. А. Китер, А. Я. Крассовский, А. П. Губарев, Н. З. Иванов, М. С. Малиновский и М. Г. Кушнир предлагали определять вид лицевого вставления по подбородку. П. И. Добрынин, В. В. Строганов, П. А. Белошапко и И. И. Яковлев, Г. Г. Гентер и К. К. Скробанский считали более правильным для лицевых вставлений определять вид по спинке плода. Мы также придерживались последнего способа.

Изгнание доношенного плода при переднем виде лицевого вставления считается невозможным, так как лоб упирается в лонную дугу и подбородок не может прорезаться. Крестцовая впадина вследствие такого положения головки остается неиспользованной, шея плода резко вытягивается, а затылок максимально прижимается к спинке (рис. 13).

С. С. Холмогоров наблюдал передний вид лицевого вставления в 16 из 156 случаев, Г. Я. Молчанова в 5% всех случаев, Рейнике (Т. Reinke) в 20%, Мартин в 6 из 95 случаев.

Совершенно очевидно, что при наличии живого и доношенного плода роды при переднем виде лицевого вставления требуют абдоминального родоразрешения или перфорации головки.

Лицевое вставление в переднем виде (по спинке) мы встретили у 9 рожениц, что составляет 2,9% по отношению к роженицам с клинически узким тазом. Первородящих было 5, повторнородящих 4. Отвислый живот обнаружен у одной повторнородящей женщины, переношенная беременность — у одной первородящей; плод во 2 позиции — у 3; рентгенологически диагноз подтвержден у 5.

Окружность головки в 35 см обнаружена у одного новорожденного, 36—37 см — у 5, 38—39 см — у 3. У большинства детей при среднем весе был большой объем головки. Г. Я. Молчанова наблюдала окружность головки в 37—43 см в 46% всех случаев лицевых вставлений, а при затылочном в 13% случаев.



Рис. 13. Лицевое вставление в переднем виде (из Е. Бумма).

Троекратное обвитие пуповины вокруг шеи наблюдалось у одного новорожденного. Анатомически узкий таз выявлен нами у 6, нормальный у 3 рожениц.

Таблица 12

Исход родов при лицевом вставлении

Форма таза	Число рожениц	Самостоятельные роды	Кесарево сечение	Исход для детей	
				мртворожденных	умерло в первые дни жизни
Общеравномерносуженный . . .	3	—	3	—	—
Плоскорихитический . . . . .	1	—	1	—	—
Поперечносуженный . . . . .	2	—	2	1	—
Нормальный таз . . . . .	3	—	3	—	—
Всего . . . . .	9	—	9	1	—

Как видно из табл. 12, у всех рожениц роды были закончены кесаревым сечением ввиду резко выраженных признаков несоответствия; 8 детей извлечены живыми, а один — мертвым.

Заслуживает внимания наше наблюдение роженицы Т. А. Д-ч, 28 лет, с нормальными размерами таза. При первых родах в 1952 г. было выявлено лобное вставление, по поводу которого произведено кесарево сечение. Вес младенца 3640 г, окружность головки 40 см. Вторые роды (1954) осложнились лицевым вставлением в переднем виде, закончены кесаревым сечением с благополучным исходом для матери и ребенка. Вес младенца 3450 г, окружность головки 39 см, прямой размер 13 см, малый косой 10 см, большой косой 13,5 см, малый поперечный 8 см, большой поперечный 9 см. У этой роженицы разгибательному вставлению головки как при первых, так и при вторых родах способствовал большой объем головки с сильно развитым затылком.

### Другие причины

Среди других причин возникновения несоответствия между тазом роженицы и головкой плода в нашем наблюдении мы отметили следующие случаи: гидроцефалия была у 3, ущемление в полости малого таза второго рога матки у 2, миома матки у одной, слоновость нижних конечностей с распространением на тазовую клетчатку у одной роженицы.

Гидроцефалия представляет собой одно из опасных заболеваний плода, при котором независимо от размеров таза всегда проявляются резко выраженные признаки несоответствия. В большинстве случаев головка или совсем не вступает в малый таз, или ущемляется во входе таза. При несвоевременном распознавании гидроцефалии может наступить разрыв матки. Н. З. Иванов (1904) на 124 случая разрыва матки в 5 установил причиной гидроцефалию. Частота гидроцефалии, по его же данным, составляла 45 случаев на 131 523 родов. В. С. Груздев наблюдал один случай гидроцефалии на 3000 родов.

Распознавание гидроцефалии при наружном исследовании не всегда возможно. Обращает на себя внимание чрезмерно большой объем головки. При головном предлежании путем влагалищного исследования можно отметить ряд характерных признаков: широкие швы, большие роднички, пергаментность костей черепа. При установленном диагнозе необходимо делать или

пункцию, или перфорацию головки. Гидроцефалия при тазовом предлежании встречается чаще, чем при головном (Г. Г. Гентер). Туловище обычно рождается без затруднений, а затем роды приостанавливаются, так как головка задерживается над тазовым входом. При пальпации через брюшные стенки над входом таза прощупывается чрезмерно большая головка. При нераспознавании и применении чрезмерной силы для извлечения последующей головки возможны тяжелые повреждения мягких родовых путей. Ведение родов при гидроцефалии в тазовом предлежании плода такое же — пункция или перфорация головки. Штеккель считал, что пункция может быть применена лишь при нерезко выраженных степенях гидроцефалии, в остальных случаях показана перфорация головки.

Гидроцефалия при тазовом предлежании нами наблюдалась у 3 первородящих (0,9% по отношению ко всем случаям клинически узкого таза). Роды происходили в ягодичном предлежании. После рождения туловища и плечевого пояса было установлено невставление головки во вход таза, при пальпации через брюшную стенку обнаружена гидроцефалия головки. У всех 3 рожениц произведена перфорация последующей головки.

У 2 рожениц в наших наблюдениях причиной несоответствия послужило ущемление в полости малого таза второго рога матки. Штеккель также наблюдал при двурогой матке ущемление одного рога в малом тазу. Цанела (S. Zanela, 1935) описал 6 случаев родов при двурогой матке (с одной шейкой), из которых в 2 произошло ущемление второго рога: в одном случае препятствие было легко устранено путем вправления второго рога в полость большого таза, а в другом второй рог матки вколотился в полость малого таза и роды были закончены кесаревым сечением. Из приведенных 6 случаев автор наблюдал также в одном случае неполный разрыв матки и в одном — атоническое кровотечение, потребовавшее ампутацию матки.

Принимая во внимание редкость такого осложнения, приведем кратко истории родов указанных двух рожениц.

1. Роженица А. К. М-ва, 26 лет, поступила в Институт 17/II 1951 г. в родах. Беременность первая. Последняя менструация 17/V 1950 г., первое движение плода 23/IX. При поступлении об-

щее состояние удовлетворительное. Внутренние органы без патологических изменений. Телосложение правильное. Рост 163 см, вес 62,7 кг. Размеры таза: 24, 26, 31, 19 см, диагональная конъюгата 12 см, боковая 15 см. Окружность живота 92 см, высота дна матки над лоном 32 см. Матка правильной овоидной формы, отклонена вправо. Второе продольное положение плода. Головка подвижна над входом малого таза. Сердцебиение плода справа ниже пупка, 132 удара в минуту, ритмичное. Воды не изливались. Влагалищное исследование: у входа во влагалище определяется перегородка, располагающаяся в продольном направлении и занимающая нижнюю половину влагалища, легко смещаемая в стороны; шейка матки укорочена, наружный зев пропускает кончик пальца, предлежит головка, подвижна над входом малого таза, мыс достигается с трудом. Диагноз: срочные роды, период раскрытия, головное предлежание; частичная перегородка влагалища. Роды решено вести выжидательно. Родовая деятельность развивалась недостаточно эффективно. 18/II в 15 часов излились воды. Ввиду раннего излития вод и первичной слабости родовой деятельности проведена медикаментозная стимуляция. Родовая деятельность усилилась, роженица беспокойна, схватки каждые 3 минуты, вне схватки матка остается напряженной. Сердцебиение плода 130 ударов. Влагалищное исследование: в левой половине таза ниже головки определяется плотное образование, размером 8×12 см, несмещаемое; между крестцом и нижним полюсом образования можно провести палец, открытие полное; плодного пузыря нет; головка малым сегментом во входе малого таза; стреловидный шов в поперечном размере, малый родничок справа, большой не достигается. Диагноз: период изгнания; подозрение на ущемление второго рога матки; угрожающий разрыв матки. Ущемившееся в малом тазу образование явилось механическим препятствием для родоразрешения через естественные родовые пути, роды закончены кесаревым сечением с благополучным исходом. По вскрытии брюшной полости было обнаружено истончение нижнего сегмента. После извлечения младенца и зашивания матки произведен осмотр органов малого таза, при котором обнаружено: справа от матки отходят широкая и круглая связки и правые придатки, у левого ребра матки на уровне внутреннего зева определен второй рог матки, увеличенный до 10—12 недель беременности, отечный; от левого ребра второго рога отходят левые придатки, широкая и круглая связки. Диагноз: двурогая матка с одной шейкой, влагалище с перегородкой (рис. 14).

Роженица Л. А. С-с, 27 лет, поступила в Институт 15/II 1958 г. в родах. Беременность третья. Последняя менструация 18/V 1957 г., первое шевеление плода 16/IX. Первая беременность в 1951 г. закончилась преждевременными родами на VIII месяце беременности, ребенок умер. Вторая беременность в 1956 г. закончилась нормальными срочными родами. При поступлении в Институт общее состояние удовлетворительное, внутренние органы без патологических изменений, умеренные отеки нижних конечностей. Телосложение правильное. Рост 154 см, вес 83 кг. Размеры таза: 24, 27, 32, 20 см, боковая конъюгата 18 см. Окружность живота 103 см, высота дна матки над лоном 35 см, первое продольное положение плода. Предлежит головка, подвижна над входом малого таза. Сердцебиение плода 128 ударов, ритмичное. Схватки



средней интенсивности, через 8—10 минут. Воды излились незадолго до поступления в Институт. Родовая деятельность развивалась интенсивно. Матка при пальпации безболезненна. Признаков перерастяжения нижнего сегмента нет. Сердцебиение плода слева ниже пупка, 96—118 ударов, аритмичное, глухое. Воды протекают с примесью крови. Влагалищное исследование: в малом тазу слева и ниже головки через резко выпяченные левый и задний своды определяется плотное образование размером 7×5 см,



Рис. 14. Ущемившийся в малом тазу второй рог матки.

ограниченно смещаемое в стороны, при попытке сместить образование вверх отмечается резкая болезненность; между задней поверхностью образования и крестцовой впадиной свободно проходит палец; открытие почти полное, плодного пузыря нет; головка плотно прижата ко входу малого таза; стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок слева спереди, большой не достигается; выделения кровянистые, умеренные. Высказано предположение, что данное образование, по-видимому, исходит из матки, является или ущемившимся вторым рогом матки, или миоматозным узлом и препятствует продвижению головки. Диагноз: срочные роды; конец периода раскрытия; затылочное предлежание. Клинически узкий таз, обусловленный наличием в малом тазу ущемившегося второго рога матки или миоматозного узла. С целью устранения препятствия для влагалищного родоразрешения решено произвести попытку вправить образование в по-

лость большого таза под эфирным наркозом, что и было сделано без особых затруднений, головка смещена вверх и ущемившееся образование выведено за пределы малого таза, после чего головка опустилась малым сегментом во вход малого таза. Ввиду выраженной асфиксии плода (сердцебиение 80—90 ударов, аритмичное), на головку наложен вакуум-экстрактор и извлечена девочка в асфиксии легкой степени весом 3150 г, ростом 51 см, окружность головки 35,5 см. Послед отделился самостоятельно. Произведено контрольное обследование матки, при котором обнаружено: матка плотная, хорошо сократилась; слева от матки определяется плотное образование размерами 7×5 см, которое нижним своим полюсом непосредственно прилегает к левому ребру матки; найдена шейка левого рога, которая непосредственно прилегает к шейке правого рога и свободно пропускает палец. Диагноз: двурогая матка с двумя шейками. У этой роженицы несоответствие между тазом и головкой возникло в результате ущемления второго рога матки. Благодаря своевременному вмешательству препятствие для продвижения головки удалось устранить.

В наших наблюдениях у одной роженицы при беременности на последнем месяце был обнаружен миома-тозный узел матки величиной 10×8 см, располагавшийся в полости малого таза и препятствовавший вставлению головки. Роды были благополучно закончены кесаревым сечением с последующим удалением миоматозного узла.

Одна из наших рожениц страдала врожденной слоновостью левой нижней конечности с распространением на тазовую клетчатку, что явилось препятствием для вставления головки. При влагалищном исследовании в конце беременности на левой стенке таза, ближе к безымянной линии было обнаружено подушкообразное выпячивание (по-видимому, переход слоновости на клетчатку малого таза), которое в родах начало увеличиваться, нижний полюс его достиг левой седалищной ости, консистенция стала более плотной. Это значительно уменьшило емкость малого таза, роды были закончены кесаревым сечением с благоприятным исходом.

На основании анализа причин, вызвавших несоответствие между тазом роженицы и головкой плода у 306 женщин с клинически узким тазом такое несоответствие произошло от: 1) анатомически узкого таза как основной причины несоответствия между тазом и головкой у 38, 2) большого объема головки плода при относительном сужении таза или нормальных его раз-

мерах у 212, 3) неблагоприятного вставления головки при относительном сужении таза или нормальных его размерах у 49, 4) прочих причин (гидроцефалия, ущемление второго рога матки, миома матки, врожденная слоновость нижней конечности с распространением на тазовую клетчатку) у 7.

---

akusher-lib.ru

## Глава V

### ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ КЛИНИЧЕСКИ УЗКОГО ТАЗА

Клиническая картина несоответствия между тазом роженицы и головкой плода весьма характерна и своеобразна независимо от причины, обусловившей диспропорцию. При тщательном учете всех особенностей течения родов, которые присущи клинически узкому тазу, возможно своевременное выявление такой акушерской патологии.

Диагностические признаки клинически узкого таза в родах нами изучены при головном предлежании плода у 245 рожениц из 306 с клинически узким тазом, так как у 54 женщин функциональная неполноценность таза была выявлена во время беременности (с началом родовой деятельности произведено кесарево сечение) и у 7 рожениц несоответствие между тазом и головкой возникло при тазовом предлежании.

Несомненными диагностическими признаками клинически узкого таза в родах являются следующие: особенности вставления головки и механизма родов, резко выраженная конфигурация головки, наличие признака Вастена, симптомы прижатия мочевого пузыря, отсутствие поступательных движений головки при полном открытии и энергичной родовой деятельности и симптомы угрожающего разрыва матки.

#### Особенности вставления головки и механизма родов

С развитием учения об анатомически узком тазе возникло и учение об особенностях механизма родов в зависимости от формы сужения таза. Особенности ме-

ханизма родов при узком тазе, по мнению А. Я. Красовского, являются весьма характерными для определенной формы сужения таза, а наблюдающиеся те или иные отклонения в механизме родов зависят от степени несоответствия между тазом и головкой и от способности головки к конфигурации.

Особенности вставления головки и механизма родов при клинически узком тазе следует рассматривать как один из приспособительных факторов для преодоления головкой имеющейся диспропорции между нею и тазом роженицы.

Особенности вставления головки и механизма родов представлены нами на основании анализа течения родов у 245 женщин при головном предлежании плода из 306 рожениц с клинически узким тазом. Диагноз того или иного вставления устанавливался лишь при фиксированной во входе таза головке. Для выяснения вопроса, какое вставление головки является более благоприятным или неблагоприятным для той или иной формы таза, ниже приведены результаты исхода родов в зависимости от характера вставления головки.

### Переднетеменное вставление

Термин «переднетеменное вставление» неразрывно связан с вопросом об асинклитизме. Во второй половине прошлого столетия вопрос о синклитическом и асинклитическом вставлении головки при нормальном механизме родов являлся предметом споров между видными деятелями в области акушерства. Негеле, изучавший механизм родов при различных вставлениях головки, утверждал, что при нормальных условиях головка вставляется асинклитически. По мнению Негеле, даже при нормальных размерах таза головка неизбежно наталкивается на мыс, вследствие чего происходит боковое сгибание головки, стреловидный шов отклоняется к крестцу и первой внедряется передняя (кпереди расположенная) теменная кость. По мере продвижения передней теменной кости в таз стреловидный шов отклоняется от мыса, опускается задняя (кзади расположенная) теменная кость, стояние головки в полости таза становится синклитическим, затем происходит поворот и изгнание.

Это учение Негеле о переднем асинклитизме как о нормальном механизме родов было господствующим до середины прошлого столетия. Но Вельпо (A. Velpeau, 1835) и позднее Дункан (M. Duncan, 1875) выступили против учения о переднем асинклитизме. По их мнению, при нормальном механизме родов головка всегда вставляется синклитически стреловидным швом в поперечном размере входа посередине между лоном и мысом. Этому же взгляда придерживались известные акушеры Тарнье (S. Tarnier), Винкель и Цвейфель (P. Zweifel). В 1871 г. Литцманн опубликовал свою работу о заднем асинклитизме, назвав его заднетеменным вставлением. Он отметил, что такая аномалия встречается как при нормальном, так и при узком тазе, но при последнем чаще.

В последующие годы Фарабеф (L. Farabeuf), Пинар и Варнье на основании анатомических изысканий на трупах женщин, умерших в родах, стали утверждать, что для физиологических родов свойственно заднетеменное вставление. Авторы считали, что в горизонтальном положении женщины ось тела матки и плода отклонены кзади от оси входа таза, вследствие чего первой вставляется задняя теменная кость при боковом сгибании головки к переднему плечу, стреловидный шов отклоняется к лону.

Сенье (Seigneux, 1896) провел исследования на беременных женщинах и роженицах и установил, что синклитическое и асинклитическое вставление головки встречается одинаково часто. При этом передний и задний асинклитизм обуславливается отклонением оси матки от проводной оси входа таза. У первобеременных чаще наблюдается задний асинклитизм, так как ось матки у них обычно отклонена кзади от оси входа таза. У повторнобеременных, наоборот, ввиду отклонения оси матки кпереди переднетеменное вставление встречается чаще. Сенье не считал заднетеменное вставление патологическим. Узкий таз, по его мнению, не имеет влияния на возникновение того или иного асинклитизма.

Таким образом, во второй половине прошлого столетия в отношении вставления головки при нормальном механизме родов среди акушеров существовало три различных мнения. Одни считали вставление задней теменной костью наиболее благоприятным и характер-

ным для нормального механизма родов. Г. И. Кораблев, А. Я. Крассовский, В. М. Флоринский, К. К. Скробанский, Бумм (E. Bumm) и др., наоборот, утверждали, что при нормальном механизме родов всегда отмечается переднетеменное вставление. Задний асинклитизм расценивался ими как патологическая форма вставления.

Наконец, А. А. Китер, Тарнье, Дункан, Винкель и др., признавая физиологическим лишь синклитическое вставление головки, асинклитизм расценивали как аномалию вставления.

Многочисленные клинические наблюдения Фейта, Цангемейстера, Болленгагена (J. Veit, W. Zangemeister, H. Bollenhagen) и др. свидетельствовали о неблагоприятном течении родов при асинклитическом вставлении головки, особенно при заднетеменном. Большинство акушеров указывало также на сравнительную редкость этой аномалии вставления.

Столь различное толкование асинклитического вставления головки Л. А. Кривский (1905) объяснил тем, что акушеры, рассматривающие передний или задний асинклитизм как нормальный механизм родов, имели в виду кратковременный асинклитизм и небольшую степень отклонения головки. Выраженная и стойкая форма асинклитизма, особенно заднего, по мнению Л. А. Кривского, встречается не так часто. Так, по данным Болленгагена, до разрыва плодного пузыря при подвижной головке заднетеменное вставление существует, но оно не представляет опасности, так как является кратковременным. Болленгаген предложил считать заднетеменным вставлением только такое, которое после излития вод при фиксированной головке в течение более или менее длительного времени не исправляется.

А. П. Губарев, М. А. Колосов, Г. Г. Гентер, Байше (K. Baische) и др., признавая для нормального механизма родов синклитическое вставление головки, допускали кратковременный передний асинклитизм.

М. С. Малиновский и М. Г. Кушнир, считая физиологическим синклитическое вставление головки, указывали на возможность возникновения преходящего физиологического заднего асинклитизма у первородящих с упругими стенками живота и физиологического переднего асинклитизма у повторнородящих с дряблыми брюшными стенками. П. А. Белошапко и И. И. Яков-

лев, И. Ф. Жордания, признавая синклитическое вставление обычным для нормального механизма родов, допускали возможность возникновения кратковременного заднего асинклитизма.

В. М. Малявинский (1957) на основании сопоставления клинических и рентгенологических данных установил, что при благоприятных соотношениях между тазом и головкой, последняя всегда вставляется синклитически в косом размере. Асинклитическое вставление головки, по мнению автора, указывает на диспропорцию между тазом и головкой.

Таким образом, в настоящее время большинство акушеров считает, что при нормальном механизме родов головка вставляется синклитически, а так называемый физиологический асинклитизм является переходящим, поэтому и не имеет существенного значения для практического акушерства.

Под термином «асинклитизм» (переднетеменное и заднетеменное вставление) подразумевается выраженное стойкое асинклитическое вставление головки, которое является одной из характерных особенностей механизма родов при плоском и плоскорахитическом тазе. Это положение является общепризнанным.

Смелли (1752) первый описал особенность механизма родов при плоском тазе: вставление головки в поперечном размере передней теменной костью. Такой механизм вставления головки он считал характерным для плоского таза.

Н. М. Амбодик-Максимович описал асинклитическое вставление головки, но назвал его «косвенным»: «Когда утробный младенец, натурально проходя сквозь всю яму таза, темячком своим не прямо вниз лежит, и не соответствует самому средоточию таза; в таком случае он имеет положение косвенное, которое как в верхнем, так и в нижнем отверстии таза прикончиться может». Н. М. Амбодик-Максимович различал три степени асинклитизма и самым опасным считал ушное. В зависимости от степени асинклитизма предлагал различную терапию: «Помощь, при таковых родах от бабки или акушера требуемая, зависит от резкости и большей или меньшей косвенности младенца, т. е. чем больше или меньше его головка отдалается от средоточия таза: ибо, она отстоит от середины таза иногда только единою



долею, иногда двумя, иногда тремя долями». При нерезко выраженном «косвенном» положении головки (I и II степени) он предлагал исправление ручными приемами, а при неудаче изменить положение головки одной ложкой щипцов или произвести поворот на ножку. При III степени «косвенного» положения головки Н. М. Амбодик-Максимович считал необходимым применять прямые щипцы. Среди причин «косвенного» положения головки он указывал и на узость таза.

Таким образом Н. М. Амбодик-Максимович до Негеле и до Литцманна дал подробное описание асинклитического вставления головки и рассматривал его как патологическую форму вставления.

Переднетеменное вставление головки является одной из характерных особенностей механизма родов при плоском и плоскоррахитическом тазе.

Негеле считал, что при плоском тазе имеет место более выраженный передний асинклитизм с умеренным разгибанием головки. Образование переднетеменного вставления при плоском тазе он объяснял более резким выступанием мыса в полость малого таза. В дальнейшем особенности механизма родов при плоском и плоскоррахитическом тазе были уточнены и завершены трудами Михаэлиса, Литцманна и А. Я. Красовского.

В настоящее время общепризнанным является следующий механизм родов при плоском и плоскоррахитическом тазе. Головка, встречая препятствие со стороны мыса, задерживается на нем задней теменной костью, поэтому первой вставляется передняя теменная кость при боковом сгибании головки к заднему плечу, стреловидный шов отклоняется к мысу. Ввиду укорочения прямого размера входа головка стремится встать во вход таза малым поперечным размером, происходит легкое разгибание головки, которое способствует попаданию в пределы истинной конъюгаты малого поперечного размера головки. Вследствие длительного стояния головки во входе таза происходит конфигурация головки, уплощение задней теменной кости и захождение ее под переднюю теменную кость. Переднетеменное вставление головки в поперечном размере входа таза в состоянии легкого разгибания и длительное стояние головки во входе и являются характерными особенно-

стями механизма родов при плоском и плоскорохитическом тазе (рис. 15).

По мере преодоления препятствия и опускания передней теменной кости в полость таза начинает вступать во вход задняя теменная кость, стреловидный шов отклоняется от мыса и постепенно располагается синклитически. В дальнейшем механизм родов обычный. Образование переднетеменного вставления при анато-

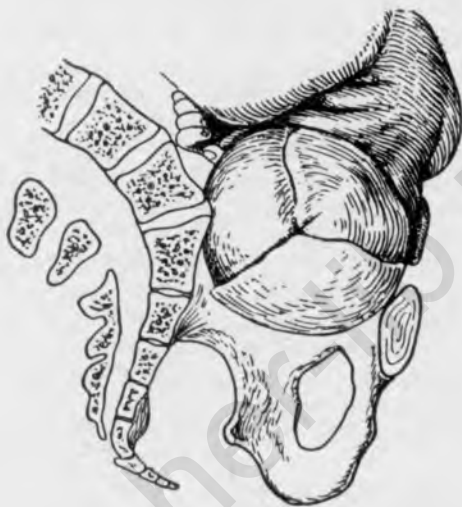


Рис. 15. Переднетеменное вставление (из Е. Бумма).

мически узком тазе большинство акушеров объясняет выступанием мыса в полость таза, который препятствует внедрению задней теменной кости. Но степень асинклитизма предопределяется не только степенью сужения таза, а главным образом объемными соотношениями между тазом и головкой.

Я. Л. Ципес (1938) объяснял механизм образования асинклитизма законом механики, по которому круглое тело, двигаясь между двумя плоскостями и встречая с одной стороны препятствие, переходит в частичное вращение, а при большом препятствии продвижение вперед может прекратиться. Прилагая этот закон к родам, Я. Л. Ципес считает, что головка, встречая препятст-

вие у мыса, переходит во вращение, которое тем сильнее, чем больше препятствие. В результате такого вращения головки (боковое сгибание) возникает асинклитизм различной степени. Поскольку вращение головки ограничено позвоночником, то пределом такого вращения автор считает образование асинклитизма высшей, III степени.

Что касается прогноза рода при переднетеменном вставлении, то, по мнению большинства акушеров, передний асинклитизм является благоприятным фактором для течения родов при плоском тазе.

Несколько другого мнения придерживаются Ковач (F. Kovacz) и С. Я. Малиновская.

Ковач (1940), изучив 89 случаев переднего асинклитизма при узком тазе, пришел к выводу, что мнение большинства акушеров о благоприятном прогнозе родов при переднетеменном вставлении является необоснованным, так как, по его наблюдениям, спонтанное родоразрешение произошло меньше чем в половине случаев и зарегистрирована высокая детская смертность, которую автор объяснил слишком длительным выжиданием и частым применением щипцов при этом виде вставления головки.

С. Я. Малиновская (1957) отметила большое число хирургических вмешательств при переднетеменном вставлении. По данным автора, 68 рожениц из 120 разрешены оперативно. Мертворождаемость наблюдалась в 22,5%, ранняя детская смертность в 3,3% случаев. Образование переднего асинклитизма I и II степени, по мнению автора, является благоприятным фактором и способствует прохождению головки. Однако при выраженном несоответствии между тазом и головкой образование переднетеменного вставления не устраняет такое несоответствие.

Таким образом, в отношении прогноза родов при переднетеменном вставлении единого мнения среди акушеров не существует.

По нашим данным, переднетеменное вставление встретилось у 55 рожениц, что составляет 0,2% по отношению к учтенным нами родам. Первородящих было 29, повторнородящих 26.

Согласно имеющимся литературным данным, частота переднетеменного вставления колеблется в пределах

от 0,04 до 0,3%: А. Я. Крассовский — 0,04%, В. М. Михайлов — 0,27%, Л. А. Кривский — 0,13%, С. Я. Малиновская — 0,3%, Альфельд — 0,3%, по нашим данным — 0,2% по отношению ко всем родам.

Переднетеменное вставление мы установили у 13 рожениц при нормальных размерах таза и у 42 при анатомически узком, преимущественно при простом плоском (22 случая). По-видимому, простой плоский таз способствует возникновению переднетеменного вставления. Сужение таза II степени отмечено у 8 рожениц, перенесенная беременность выявлена у 7. Из 33 рожениц, разрешившихся влагалищным путем, у одной женщины роды произошли в заднем виде затылочного предлежания, у 2 — в переднеголовном, у 8 образовалось низкое поперечное стояние головки (у 5 газ простой плоский, у 3 таз нормальных размеров). У одной роженицы с низким поперечным стоянием головки при простом плоском тазе имелось ушное предлежание, роды закончились самопроизвольно. При низком поперечном стоянии головки у 4 рожениц из 8 асинклитизм в полости таза сохранился.

У 11 рожениц, у которых удалось проследить весь механизм родов, отмечено исправление асинклитизма в широкой или узкой части полости таза с одновременным сгибанием головки.

Исход родов при переднетеменном вставлении головки в наших наблюдениях представлен в табл. 13.

Как видно из табл. 13, у 28 рожениц образование переднетеменного вставления не способствовало устранению несоответствия между тазом и головкой, у 22 роды закончены кесаревым сечением (у 7 имелось сужение таза II степени и у 3 нормальные размеры таза). У 6 рожениц произведена краниотомия на мертвом плоде. Следует отметить, что у указанных 28 рожениц имелось резко выраженное несоответствие. У 27 рожениц возникновение переднетеменного вставления способствовало влагалищному родоразрешению (19 разрешились самостоятельно, у 8 наложены щипцы), но у одной женщины роды закончились мертворождением. Всего мертворождений при переднетеменном вставлении было 7 и 1 случай ранней детской смертности.

Мы обратили внимание на большой объем головки у большинства новорожденных: окружность головки

35 см была обнаружена лишь у 9, 36—37 см — у 29, 38—39 см — у 13 новорожденных. С. Я. Малиновская также отметила наличие крупной головки новорожденных в большинстве случаев при переднетеменном вставлении.

Таблица 13

Исход родов при переднетеменном вставлении головки

Форма таза	Число роженц	Влагалищное родо-разрешение			Кесарево сечение	Число мертворожденных	Умерло в первые дни жизни
		самостоятельное	щипцы	краниотомия			
Общеравномерносуженный . . . . .	5	—	—	2	3	2	—
Общесуженный плоский . . . . .	6	3	—	—	3	—	—
Плоский . . . . .	22	7	5	2	8	2	1
Плоскорихитический	5	3	—	—	2	—	—
Поперечносуженный	3	—	—	—	3	—	—
Деформированный таз . . . . .	1	1	—	—	—	—	—
Нормальный таз . . . . .	13	5	3	2	3	3	—
Всего . . . . .	55	19	8	6	22	7	1

Таким образом, переднетеменное вставление оказало благоприятное влияние на течение родов при нерезко выраженном несоответствии и преимущественно при простом плоском и плоскорихитическом тазе. Для общеравномерносуженного и поперечносуженного таза этот вид асинклитизма следует рассматривать как неблагоприятный.

Заднетеменное вставление

Следующей разновидностью асинклитизма является заднетеменное вставление головки. Под этим термином подразумевается вставление головки в поперечном размере задней теменной костью при боковом сгибании головки к переднему плечу, стреловидный шов отклоняется к лону. Как и при переднем асинклитизме, при заднетеменном вставлении головка находится в состоянии некоторого разгибания. При длительном стоянии

головки во входе происходит уплощение передней теменной кости и захождение ее под заднюю (рис. 16).

Литцманн описал аномалию этого вставления, назвав его заднетеменным вставлением. В дальнейшем задний асинклитизм был назван именем автора. Среди предрасполагающих моментов, способствующих обра-

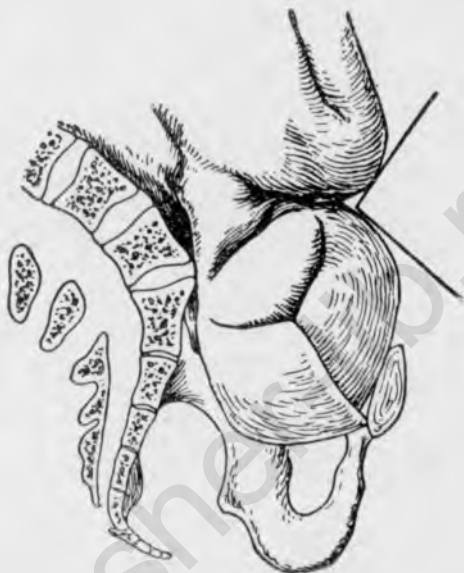


Рис. 16. Заднетеменное вставление (из Е. Бумма).

зованию заднетеменного вставления, Литцманн отмечал особенности формы матки, отклонение ее оси от проводной линии таза, отвислый живот. Такую аномалию вставления Литцманн наблюдал как при нормальных размерах таза, так и при сужении его, но чаще у первородящих. Литцманн различал три степени заднего асинклитизма: I степень — отклонение стреловидного шва на 1,5—2,5 см от проводной оси таза; II степень — стреловидный шов располагается у лона; III степень — стреловидный шов не определяется, предлежит одна задняя теменная кость, которую можно прощупать до уха. Он предлагал исправлять задний асинклитизм давлением руки выше лонного сочленения на переднюю

теменную кость с одновременным приподниманием верхней половины туловища.

Большинство акушеров среди причин образования заднетеменного вставления указывает на основную.— узкий таз. Отклонение оси матки от проводной линии входа таза многие акушеры рассматривают как predisposing момент для возникновения заднего асинклитизма. Литцманн наблюдал задний асинклитизм при узком тазе чаще, чем при нормальном и преимущественно при общесуженном плоском тазе. По данным Л. А. Кривского, из 47 случаев заднетеменного вставления в 41 таз был анатомически узким. Яшке (R. Jaschke, 1926) нашел, что задний асинклитизм наблюдается в 1,5—2% случаев по отношению ко всем анатомически узким тазам. Ковач на 289 случаев узкого таза задний асинклитизм наблюдал в 45 случаях (15,5%).

Литцманн следующим образом представил механизм родов при заднем асинклитизме: стреловидный шов постепенно отдалеяется от лона и задняя теменная кость, скользя мимо мыса, смещается вверх, а передняя теменная кость опускается во вход таза, в результате устанавливается синклитическое вставление.

Фейт по-другому описал механизм родов при заднем асинклитизме: по мере опускания задней теменной кости в полость малого таза стреловидный шов постепенно отклоняется от лона, передняя теменная кость начинает вступать в полость таза; отклонение стреловидного шва продолжается до тех пор, пока обе теменные кости не окажутся на одном уровне; в дальнейшем механизм родов ничем не отличается от обычного. По мнению Цангейстера и Л. А. Кривского, при спонтанном родоразрешении при заднем асинклитизме механизм родов всегда совершается по Фейту.

Частота заднетеменного вставления по отношению ко всем родам колеблется, по данным различных авторов, в пределах 0,05—1,2%.

По мнению большинства авторов, задний асинклитизм встречается значительно реже, чем передний. По подсчетам Л. А. Кривского, частота переднего асинклитизма составляет 1:743, а заднего — 1:1540.

Распознавание заднего асинклитизма наиболее достоверно при влагалищном исследовании. Из наружных

Признаков можно указать на перетяжку матки в месте образования угла между плечиком и передней тазобедренной костью (признак Гегара). Бумм и Л. А. Кривский считали этот признак довольно характерным.

По мнению большинства акушеров, прогноз родов при заднетеменном вставлении весьма неблагоприятен.

Л. А. Кривский сообщил, что при родах, осложненных заднетеменным вставлением, хирургические вмешательства были предприняты у 45 рожениц из 51, мертворожденных было 20. Яшке наблюдал детскую смертность при заднем асинклитизме в 41,2% случаев. Ковач отметил хирургические вмешательства при заднетеменном вставлении в 84,5%, детскую смертность в 13,3% случаев.

Михаэлис и Литцманн предложили исправление асинклитизма ручными приемами. А. Ф. Папе (1935) рекомендовал такой ручной прием для исправления всех разновидностей неправильного вставления головки: захватывая головку всеми пальцами руки, производить сгибание ее и поворот, а затем извлечение с дополнительным применением метода Кристеллера. Но по мнению большинства акушеров, ручное исправление положения головки обычно является безуспешным (Фейт, Г. Г. Гентер, Л. А. Кривский и др.). М. С. Малиновский, считая весьма неблагоприятным прогноз родов при заднем асинклитизме, рекомендовал при наличии условий производить поворот на ножку, а при отсутствии условий заканчивать роды кесаревым сечением.

Мы наблюдали заднетеменное вставление у 30 рожениц, что составляет 0,1% ко всем учтенным нами родам. Первородящих было 19, повторнородящих — 11. Задний асинклитизм I степени отмечен у 9, II степени — у 20 и III степени (ушное) — у одной роженицы. Нормальные размеры таза выявлены у 5 рожениц, анатомически узкий — у 25 (сужение II степени у 10). Наиболее часто задний асинклитизм мы встретили при плоскорохитическом (8 случаев) и общесуженном плоском тазе (11 случаев). У 5 рожениц беременность была перенесенной.

При заднем асинклитизме в наших случаях также преобладали новорожденные с большим объемом головки: с окружностью головки 35 см — 8, 36—37 см — 17 и 38—39 см — 5 новорожденных.



У одной роженицы заднетеменному вставлению предшествовал передний асинклитизм, роды были закончены кесаревым сечением ввиду резко выраженных признаков несоответствия. Литцманн и А. Я. Крассовский также указывали на возможность перехода одного вида асинклитизма в другой, что, по-видимому, следует рассматривать как результат приспособления головки при несоответствии между тазом и головкой.

Исход родов при заднетеменном вставлении представлен в табл. 14.

Таблица 14

Исход родов при заднетеменном вставлении

Форма таза	Число	Влагалищное родоразрешение		Кесарево сечение	Мертворождения	Ранняя детская смертность
		самостоятельные роды	щипцы			
Общеравномерносуженный	1	1	—	—	—	—
Общесуженный плоский	11	—	—	11	—	—
Простой плоский . . . .	3	—	1	2	—	—
Плоскорихитический . . .	8	—	—	8	—	—
Поперечносуженный . . .	2	—	—	2	—	—
Нормальный таз . . . . .	5	1	—	4	1	—
Всего . . . . .	30	2	1	27	1	—

Из табл. 14 видно, что самостоятельно разрешилось 2 роженицы; у одной из них роды закончились мертворождением; у одной роженицы были наложены акушерские щипцы, извлечен младенец с тяжелыми симптомами внутричерепной травмы, у матери в послеродовом периоде симфизит. Роды закончены кесаревым сечением у 27 рожениц ввиду резко выраженного несоответствия между тазом и головкой.

Самопроизвольное родоразрешение при заднем асинклитизме, по мнению Г. Г. Гентера, К. К. Скробанского, М. С. Малиновского, А. И. Петченко, наблюдается очень редко. Л. А. Кривский отмечал самостоятельное родоразрешение в 6 из 51 случая.

Таким образом, можно заключить, что заднетеменное вставление наблюдается преимущественно при об-

щесуженном плоском тазе и при плоскоррахитическом. Образование заднего асинклитизма обычно не устраняет несоответствия и не способствует благоприятному исходу родов, независимо от степени асинклитизма и формы сужения таза.

### Косое асинклитическое вставление головки

Под термином «косое асинклитическое вставление головки» мы подразумеваем асинклитическое вставление головки (передней теменной костью) в косом размере.

Косое асинклитическое вставление выделено нами в особую группу по следующим соображениям. Общепризнанным для механизма родов при плоском и плоскоррахитическом тазе является асинклитическое вставление головки в поперечном размере. При этом длительное стояние головки в поперечном размере рассматривается как одна из характерных особенностей механизма родов при указанных формах таза. Следует также отметить, что для переднетеменного и заднетеменного вставления в большинстве случаев присуще разгибание головки. Для косого асинклитического вставления, наоборот, характерным является сгибание головки.

Кроме того, косое асинклитическое вставление является одной из особенностей механизма родов при поперечносуженном тазе, тогда как переднетеменное и заднетеменное вставление наиболее часто наблюдается при различных видах плоского таза (рис. 17).

Как указано выше, под косым асинклитическим вставлением головки подразумевается передний асинклитизм, так как нам ни разу не приходилось наблюдать подобное вставление при заднем асинклитизме при более или менее длительно фиксированной головке.

Л. А. Кривский сомневался в возможности образования заднего асинклитизма в косом размере, так как при подобном вставлении головка встретит еще большее препятствие со стороны выдающегося мыса. Из приведенных им в монографии 19 случаев заднетеменного вставления в 18 имелось поперечное стояние стреловидного шва и лишь в одном случае при неизлившихся водах и смещаемой над входом таза головке автором

было обнаружено косое асинклитическое расположение стреловидного шва ближе к лону. Этот случай не может служить доказательством возможности образования подобного вставления, так как головка была смещаемая над входом таза при неизлившихся водах.

Косое асинклитическое вставление мы наблюдали у 29 рожениц, что составляет 0,12% по отношению ко всем учтенным нами родам. Таким образом, частота

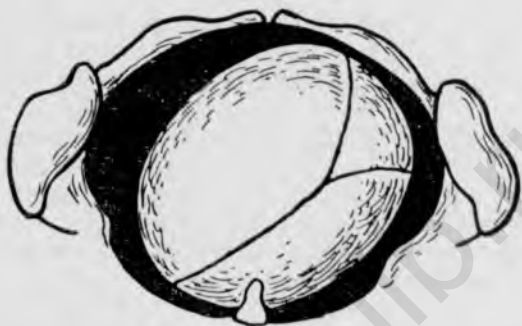


Рис. 17. Косое асинклитическое вставление головки.

этого вида асинклитизма примерно та же, что и задне-теменного. Первородящих было 19, повторнородящих 10. Перенесенная беременность отмечена у 6 рожениц.

Окружность головки у 20 новорожденных из 29 была больше средних размеров.

У 14 рожениц плод находился в первой позиции и у 15 — во второй позиции. Косое асинклитическое вставление головки было установлено у 6 рожениц с нормальными размерами таза и у 23 — с анатомически узким, из них у 10 было поперечное сужение таза.

Исход родов при косом асинклитическом вставлении головки в наших наблюдениях отобран в табл. 15.

К табл. 15 следует привести пояснения. 19 рожениц разрешились самостоятельно, но 4 новорожденных, родившиеся с симптомами тяжелой внутричерепной травмы, умерли в первые дни жизни (у 2 матерей таз был общесуженный плоский, у 2 общеравномерносуженный).

У 2 рожениц роды были закончены наложением полостных щипцов и у 2 применен вакуум-экстрактор.

## Исход родов при косом асинклитическом вставлении

Форма таза	Число рожениц	Влагалищное родоразрешение			Кесарево сечение	Мертворожденных	Ранняя детская смертность
		самостоятельное	пшпцы или ваку-ум-экст-рактор	кранио-томия			
Общеравномерносуженный таз . . . . .	5	4	—	—	1	—	2
Общесуженный плоский . . . . .	3	3	—	—	—	—	2
Простой плоский	5	3	—	—	2	—	—
Поперечносуженный	10	8	1	1	—	1	—
Нормальный таз	6	1	3	—	2	—	—
Всего . . .	29	19	4	1	5	1	4

Наибольшее число спонтанных родов с благоприятным исходом произошло у рожениц с поперечносуженным тазом (8 из 10). Краниотомия была сделана на мертвом плоде. Исправление асинклитизма, как правило, происходило в широкой или узкой части полости малого таза. Кесарево сечение произведено по причине резко выраженных признаков несоответствия между тазом женщины и головкой плода.

Образование косого асинклитического вставления оказало благоприятное влияние на течение родов у 19 рожениц. У 4 рожениц, хотя данный вид асинклитизма и способствовал спонтанному родоразрешению, дети умерли от внутричерепной травмы в первые дни жизни. Косое асинклитическое вставление головки является наиболее благоприятным для поперечносуженного таза.

### Клиновидное вставление головки (механизм Редерера)

Особенности механизма родов для общеравномерносуженного таза впервые описал в середине XVIII столетия Редерер. В дальнейшем его данные были подтверждены Михаэлисом, Лигцманном, А. Я. Крассовским, И. П. Лазаревичем.

Характерными особенностями механизма родов при общеравномерносуженном тазе является вставление головки в косом размере в состоянии чрезмерного сгибания. Головка устанавливается во входе не плоскостью, идущей через подзатылочную ямку и большой родничок, что обычно наблюдается при нормальном механиз-

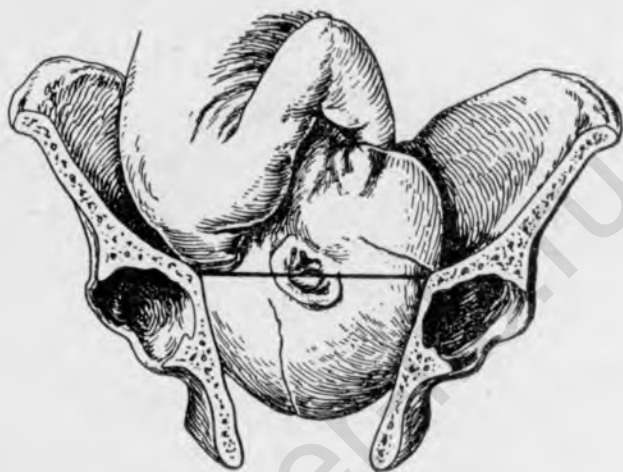


Рис. 18. Клиновидное вставление головки (из Е. Бумма).

ме родов, а меньшей плоскостью, идущей через подзатылочную ямку и темя. Вследствие чрезмерного сгибания головки малый родничок приближается к проводной оси таза или даже может стоять строго по этой оси. В полости таза головка совершает поворот в прямой размер. Ввиду чрезмерного сгибания головки разгибание ее в момент прорезывания происходит более длительно, чем при нормальном механизме родов. Конфигурация головки своеобразна: в результате всестороннего сдавления она вытягивается в направлении большого косога размера. Передняя теменная кость заходит на заднюю и обе теменные на затылочную, а иногда и на лобные кости (рис. 18).

В настоящее время указанные особенности механизма родов для общеравномерносуженного таза являются общепризнанными (Штеккель, М. С. Малиновский, А. П. Белошапко и И. И. Яковлев, И. Ф. Жордания, А. И. Петченко, М. Н. Побединский и др.).

Довольно широкое распространение получил термин «асинклитизм Редерера», под которым следует понимать механизм родов, присущий для общеравномерно-суженного таза. Возникают сомнения, насколько оправданным является употребление такого термина, так как под асинклитизмом следует подразумевать отклонение стреловидного шва от одного из диаметров входа таза вследствие бокового сгибания головки к переднему или заднему плечу, что наблюдается, когда головка встречает одностороннее препятствие со стороны мыса или лона, или боковых стенок таза (передне-теменное, задне-теменное, косое асинклитическое вставление головки).

При механизме родов, характерном для общеравномерно-суженного таза, головка вставляется в состоянии чрезмерного сгибания синклитически в косом размере, обе теменные кости располагаются на одном уровне. Поэтому, по-видимому, более целесообразно применение термина «клиновидное вставление головки» или «механизм Редерера» вместо принятого «асинклитизм Редерера».

Клиновидное вставление головки выявлено нами у 27 рожениц, что составляет 0,1% по отношению к общему числу учтенных нами родов. Первородящих было 20, повторнородящих 7. Анатомически узкий таз обнаружен у 21 роженицы, из них у 13 — общеравномерно-суженный. У 6 рожениц таз был нормальных размеров. У 23 рожениц плод находился в первой позиции, а у 4 — во второй позиции. Большая окружность головки была выявлена у 22 из 27 новорожденных.

В табл. 16 имеются наши данные об исходе родов при клиновидном вставлении головки плода.

В дополнение к табл. 16 следует заметить следующее. При самостоятельном родоразрешении симптомы внутричерепной травмы были отмечены у 10 детей (у одного кефалогематома). Наибольшее число спонтанных родоразрешений произошло при общеравномерно-суженном тазе. У 9 рожениц удалось проследить особенность механизма родов и в нижележащих отделах малого таза. У этих рожениц поворот головки в прямой размер произошел на тазовом дне, в полости таза отмечено дополнительное максимальное сгибание головки. Так, если при стоянии головки в плоскости входа

малый родничок располагался близко к проводной оси таза, то в полости таза у большинства рожениц отмечено стояние малого родничка в самом центре таза.

Таблица 16

Исход родов при клиновидном вставлении головки

Форма таза	Число рожениц	Влагалищное родоразрешение		Кесарево сечение	Исход для детей	
		самостоятельные роды	щипцы		мертво-рожденные	умерло в первые дни жизни
Общеравномерносуженный	13	9	1	3	—	—
Общесуженный плоский	1	—	1	—	—	—
Простой плоский . . . . .	1	1	—	—	—	—
Поперечносуженный . . . . .	6	2	1	3	1	—
Нормальный таз . . . . .	6	3	1	2	—	—
Всего . . . . .	27	15	4	8	1	—

Изучение исходов родов при клиновидном вставлении головки в наших наблюдениях позволяет признать, что образование механизма Редерера способствовало благоприятному исходу родов у 18 рожениц. У 9 рожениц возникновение этого механизма родов не устранило имевшегося несоответствия между тазом и головкой: у 8 было произведено кесарево сечение и у одной применены щипцы, которые оказались чрезвычайно трудными (плод мертвый). Клиновидное вставление головки следует считать наиболее благоприятным для общеравномерносуженного таза.

Отклонения от механизма родов, присущего клинически узкому тазу

Кроме описанных особенностей механизма родов, свойственных клинически узкому тазу, в группе из 55 рожениц роды были осложнены несоответствием между тазом и головкой и при этом не удалось выявить типичные виды вставления головки. Следует подчеркнуть, что у всех этих рожениц резко выраженные признаки несоответствия были выявлены у большинства при головке, прижатой к стенкам входа таза.

Первородящих женщин было 30, повторнородящих 25. У 7 рожениц беременность была переносимой. Отягощенный акушерский анамнез выявлен у 17 повторнородящих рожениц.

Анатомически узкий таз обнаружен у 46 рожениц, из них у 23 — I степени, у 11 — II степени, у одной — III степени сужения, у 5 выявлена значительная деформация таза травматического происхождения, у одной хондрома таза и у 5 таз был поперечносуженным.

У остальных 9 рожениц размеры таза были нормальными, но причинами несоответствия между тазом роженицы и головкой плода в 2 случаях были гигантские размеры плода (в одном случае плод весил 6500 г при росте в 60 см, а в другом случае плод весил 5570 г при росте 57 см) и в 4 случаях были крупные плоды (от 4000 до 4600 г при окружности головки от 38 до 39 см). У одной роженицы функциональная неполноценность таза была обусловлена наличием слоновости нижней конечности с распространением на тазовую клетчатку и у 2 причиной несоответствия послужило ущемление второго рога матки. Краткие данные из истории родов этих 3 рожениц приведены в предыдущей главе.

Исход родов при отклонениях от механизма родов, присущего клинически узкому тазу, представлен в табл. 17.

Как видно из табл. 17, спонтанные роды произошли только у 2 рожениц, у одной из которых ребенок родился с симптомами внутричерепной травмы, у другой ребенок умер в первые дни жизни от внутричерепной травмы. Всего мертворождений 3, умерло в первые дни жизни 2 ребенка.

У одной роженицы в родах произошел разрыв лонного сочленения. Приводим ее историю родов.

Роженица Н. У. К-ва, 29 лет, поступила в Институт 2/III 1949 г. Анамнез благоприятный. Последняя менструация 20/V 1948 г., первое шевеление плода 19/X. Беременность первая, телосложение правильное, рост 157 см, внутренние органы без патологических изменений. Размеры таза: 21, 23, 28, 18 см. Диагональная конъюгата 10,5 см, боковая 14 см. Размеры ромба Михаэлиса: продольный 10 см, поперечный 11 см. Индекс Соловьева 15,5 см. Окружность живота 97 см, высота стояния дна матки над лоном 35 см. Плод в продольном положении, в первой позиции, предлежит головка, подрайна над входом малого таза. Сердцебиение



плода 132 удара, слева ниже пупка. При рентгенографии таза обнаружено: поперечный размер входа 13 см, наибольший размер головки 14 см (без поправки). Диагноз: общеравномерноруженный таз. Головное предлежание. 6/III 1949 г. в 1 час началась регулярная родовая деятельность, которая хорошо развивалась. В 10 часов утра головка малым сегментом во входе. Признак Вастена — вровень. Сердцебиение плода 130 ударов в минуту, ритмичное. Роженица жалуется на боли в области лонного сочленения. Самостоятельно не мочится. Произведена рентгенография таза: поперечный вход 13 см (без поправки), разрыв лонного сочленения, диастаз между лонными костями 4 см, поверхность их неровная; видна конфигурация головки. Диагноз: разрыв лонного сочленения. Продвижения головки не отмечалось. В моче обнаружена кровь. В 15 часов 30 минут произведено кесарево сечение по поводу отсутствия продвижения головки при наличии энергичной родовой деятельности и во избежание нанесения дополнительной травмы лонному сочленению при прохождении головки. Извлечена живая девочка весом 3730 г, ростом 52 см, окружность головки 35 см.

Таблица 17

**Исход родов при отклонениях от механизма родов, присущего клинически узкому тазу**

Форма таза	Число рожениц	Влагалищное родо-разрешение			Кесарево сечение	Исход для детей	
		самостоятельные роды	щипцы или вакуум-экстрактор	краниотомия		мертво-рожденных	умерло в первые дни жизни
Общеравномерноруженный . . . . .	11	—	1	—	10	2	—
Общесуженный плоский . . . . .	10	—	—	—	10	—	—
Простой плоский	8	—	—	—	8	—	—
Плоскорихитический	6	—	—	—	6	—	—
Поперечносуженный	5	2	1	—	2	—	2
Деформированный	5	—	—	—	5	—	—
Хондрома таза . . .	1	—	—	—	1	—	—
Нормальный таз . .	9	—	1	1	7	1	—
<b>Всего . . .</b>	<b>55</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>49</b>	<b>3</b>	<b>2</b>

По исходу родов эта группа рожениц является наиболее неблагоприятной. По-видимому, отсутствие приспособления головки к тазу при неблагоприятных соотношениях свидетельствует о резко выраженном несоответствии между тазом роженицы и головкой плода.

## Признак Вастена

Для выявления несоответствия между тазом роженицы и головкой плода многие акушеры рекомендуют в качестве диагностического признака метод Мюллера (P. Müller, 1885), Керра (J. M. Kerr, 1903) и В. А. Вастена. Метод Мюллера заключается в следующем: одна рука исследующего (или помощника) вдавливают головку в таз через брюшную стенку, пальцы другой руки в это время контролируют через влагалище вставление головки; чем меньше удается вдавить головку в таз, тем больше несоответствие. Керр несколько видоизменил метод Мюллера: правой рукой головку вдавливают в полость таза, 2 пальца левой руки вводят во влагалище для определения характера вставления головки, а большой палец левой руки располагают на передней поверхности симфиза, что дает возможность установить степень выстояния головки над лоном.

Методы Мюллера и Керра получили широкое распространение. На диагностическую ценность этих методов указывали многие видные акушеры, как отечественные, так и зарубежные. Но в высокой оценке методов Мюллера и Керра можно усомниться. Повседневные клинические наблюдения убеждают в том, что даже при значительной степени несоответствия роды нередко заканчиваются влагалищным путем благодаря хорошей конфигурации головки и особенностям механизма родов, способствующим преодолению головкой препятствия со стороны таза. Такое приспособление головки может быть осуществлено лишь при наличии энергичной родовой деятельности в течение более или менее длительного времени.

Поэтому насильственное давление на головку, совершенно не приспособленную к размерам таза; едва ли можно считать целесообразным.

По мнению Г. Г. Гентера, наиболее важным диагностическим признаком несоответствия между тазом роженицы и головкой плода является определение степени нависания головки над лоном (признак Вастена).

В. А. Вастен предложил для выявления несоответствия между тазом и головкой учитывать степень выстояния ее над лоном. Различают три варианта этого признака.

1) положительный признак Вастена — головка значительно выступает (нависает) над симфизом и между головкой и симфизом образуется открытый кпереди угол;

2) признак Вастена вровень — головка находится в одной плоскости с передней поверхностью симфиза;

3) признак Вастена отрицательный — головка находится ниже плоскости симфиза.

Для выявления этого признака роженице необходимо принять горизонтальное положение с вытянутыми ногами. Врач располагает руку на передней поверхности симфиза и постепенно передвигает ее кверху, этот прием дает возможность получить представление об отношении передней поверхности головки к симфизу. Признаком Вастена следует пользоваться лишь при прижатой или фиксированной во входе таза головке. Большую ценность данный признак имеет после излития вод.

Признаком Вастена пользовались многие акушеры и отмечали его ценность (Г. Г. Гентер, М. С. Малиновский, И. Ф. Жордания, А. И. Петченко, Н. М. Побединский, Н. П. Лебедев, Байше, Мартин и др.). Они отмечали, что положительный признак Вастена указывает на значительное несоответствие, а отрицательный — на благоприятные соотношения между тазом и головкой.

Однако Ковач в 1940 г. на основании изучения 89 случаев переднетеменного и 45 случаев заднетеменного вставления указал, что отсутствие нависания головки над лоном («отрицательный признак Вастена») не является доказательством соответствия между тазом и головкой. Поскольку при переднем асинклитизме передняя теменная кость первой внедряется во вход таза, а задняя задерживается над мысом, то понятно, что данный признак не может быть выражен даже при значительном несоответствии между тазом и головкой. Автор приводит несколько случаев родов при переднем асинклитизме с резко выраженной диспропорцией при отсутствии признаков нависания головки над симфизом.

Зейтц (1956) выстояние головки над симфизом считал характерным симптомом несоответствия, а отсутствие этого признака расценивал как благоприятный фак-

тор для прогноза родов. Однако автор отметил, что при заднем асинклитизме головка резко выстоит над симфизом и слегка — при переднетеменном вставлении.

Многочисленные клинические наблюдения при ведении родов с клинически узким тазом убедили нас в том, что варианты признака Вастена зависят от особенностей вставления головки. Поэтому, пользуясь признаком Вастена для выявления несоответствия между тазом и головкой, мы «положительный признак» Вастена и его «признак вровень» расцениваем как симптомы различной степени несоответствия. Но вместе с тем «отрицательный признак» Вастена не являлся для нас доказательством благоприятных соотношений между тазом и головкой.

«Положительный признак» Вастена мы наблюдали у 56 рожениц, «признак вровень» — у 41 и у 148 был «отрицательный признак», несмотря на то, что у большинства из них имелось значительное несоответствие между тазом и головкой.

В табл. 18 представлены данные о вариантах признака Вастена в зависимости от характера вставления головки у 245 рожениц, у которых выявлен клинически узкий таз в родах.

Таблица 18

Данные о вариантах признака Вастена

Особенности вставления головки	Общее число рожениц	Признак Вастена		
		положительный	вровень	отрицательный
Переднетеменное . . . . .	55	2	8	45
Заднетеменное . . . . .	30	22	5	3
Косое асинклитическое . . . . .	29	1	7	21
Клиновидное вставление (механизм Редерера) . . . . .	27	1	4	22
Отклонения от механизма родов, присутствующего клинически узкому тазу . . . . .	55	25	13	17
Высокое прямое стояние головки . . . . .	24	2	1	21
Лобное . . . . .	16	1	1	14
Лицевое . . . . .	9	2	2	5
Всего . . . . .	245	56	41	148

«Положительный признак» Вастена и «вровень» отражали ту или иную степень несоответствия между тазом и головкой и наблюдались почти исключительно при заднетеменном вставлении головки у рожениц с отклонениями от механизма родов, присущего клинически узкому тазу. При переднетеменном и косом асинклитическом вставлении головки и «положительный признак» Вастена и «вровень» выявлен у незначительного числа рожениц при головке, прижатой ко входу малого таза. При клиновидном и лобном вставлении «положительный признак» Вастена и «вровень» проявился в единичных случаях. Из 7 рожениц с лицевым вставлением в переднем виде «положительный признак» Вастена отмечен у 2 рожениц, «вровень» также у 2.

Более частое возникновение признака Вастена при заднем асинклитизме можно объяснить особенностями механизма родов. Так, при заднем асинклитизме первой внедряется задняя теменная кость, в то время как передняя теменная задерживается у лона. Обратные явления наблюдаются при переднем асинклитизме, при котором первой внедряется передняя теменная кость, поэтому признак Вастена «положительный» или «вровень» при таком асинклитизме может выявиться лишь при прижатой головке и чрезмерной величине ее. При клиновидном вставлении головки последняя внедряется во вход таза синклитически в состоянии резкого сгибания, следовательно, в этих случаях признак Вастена «положительный» или «вровень» не может быть выражен. Исход родов в зависимости от того или иного варианта признака Вастена отображен в табл. 19.

Таблица 19

Исход родов в зависимости от наличия или отсутствия признака Вастена

Варианты признака Вастена	Число рожениц	Разрешилось спонтанно или путем наложения щипцов	Краниотомия	Кесарево сечение
«Положительный» . . .	56	1	1	54
«Вровень» . . . . .	41	11	—	30
«Отрицательный» . . .	148	75	8	65
Всего . . .	245	87	9	149

На основании приведенных данных можно отметить, что и при «отрицательном» признаке Вастена у 148 рожениц в родах возникли неблагоприятные соотношения между тазом женщины и головкой плода.

### **Симптомы прижатия мочевого пузыря**

Одним из проявлений неблагоприятных соотношений между тазом роженицы и головкой плода является прижатие мочевого пузыря. При длительном прижатии головкой мочевого пузыря возникает опасность образования мочеполового свища. Симптомы прижатия мочевого пузыря проявляются в виде отсутствия самостоятельного мочеиспускания, что часто сочетается с трудностью катетеризации, затрудненного мочеиспускания (мочеиспускание малыми порциями, при котором мочевой пузырь полностью не опорожняется), появления крови в моче. И. Ф. Жордания и Л. С. Персианинов указывали, что затрудненное мочеиспускание и перерастяжение мочевого пузыря являются симптомами угрожающего разрыва матки.

В наших наблюдениях были выявлены симптомы прижатия мочевого пузыря у 80 рожениц из 245 с клинически узким тазом, выявленным в родах, причем 20 мочились малыми порциями (пузырь полностью не опорожнялся), а 60 самостоятельно не мочились (у 13 катетеризация мочевого пузыря не удавалась). Кровь в моче появлялась у 13 рожениц. У 26 рожениц признаки прижатия мочевого пузыря сочетались с симптомами угрожающего разрыва матки.

Табл. 20 указывает на наличие симптомов прижатия мочевого пузыря в зависимости от особенностей вставления головки.

Наиболее часто симптомы прижатия мочевого пузыря наблюдались при переднетеменном, косом асинклитическом и клиновидном вставлениях головки. Возможно, что внедрение передней теменной кости при переднем асинклитизме и косом асинклитическом вставлении головки способствует более выраженному прижатию мочевого пузыря. Вставление головки в косом размере в состоянии резкого сгибания (механизм Редерера), затылком, обращенным кпереди, по-видимому, также создает условия для прижатия мочевого пузыря.

Образования мочепоолового свища в результате длительного прижатия мочевого пузыря у наблюдаемых рожениц не было.

Таблица 20

**Симптомы прижатия мочевого пузыря в зависимости от особенностей вставления головки**

Особенности вставления головки	Число рожениц	Затрудненное мочеиспускание	Кровь в моче
Переднетеменное . . . . .	55	28	5
Заднетеменное . . . . .	30	7	2
Косое асинклитическое . . . . .	29	13	1
Клиновидное вставление головки . . . . .	27	11	1
Отклонения от механизма родов, присущего клинически узкому тазу . . . . .	55	11	4
Высокое прямое стояние головки . . . . .	24	7	—
Лицевое . . . . .	9	—	—
Лобное . . . . .	16	3	—
Всего . . . . .	245	80	13

При выраженных во время родов симптомах прижатия мочевого пузыря, в первые дни послеродового периода производили опорожнение мочевого пузыря каждые 5 часов.

Таблица 21

**Исход родов при наличии симптомов прижатия мочевого пузыря**

Симптомы прижатия мочевого пузыря	Число рожениц	Разрешилось спонтанно или путем наложения щипцов	Краниотомия	Кесарево сечение
Отсутствие самостоятельного мочеиспускания . . . . .	60	22	3	35
Затрудненное мочеиспускание . . . . .	20	6	2	12
Всего . . . . .	80	28	5	47

Симптомы прижатия мочевого пузыря (табл. 21) проявлялись как при значительном несоответствии, потребовавшем хирургического родоразрешения, так и при относительной диспропорции, при которой роды завершались через естественные родовые пути. Симптомы прижатия мочевого пузыря следует рассматривать как один из характерных признаков несоответствия между тазом и головкой. Нарушение функции мочевого пузыря вследствие прижатия его подлежащей головкой не всегда сочетается с симптомами угрожающего разрыва матки. Из 80 рожениц с признаками прижатия мочевого пузыря только у 26 наблюдались и симптомы угрожающего разрыва матки. При этом признаки нарушения функции мочевого пузыря, как правило, проявлялись значительно раньше (за 6—8—10 часов), чем развивалась картина угрожающего разрыва матки.

### **Отсутствие продвижения головки при полном открытии и энергичной родовой деятельности**

Отсутствие продвижения головки при полном открытии и энергичной родовой деятельности является одним из наиболее достоверных диагностических признаков клинически узкого таза. Однако вопрос о длительности выжидания с целью выявления несоответствия между тазом роженицы и головкой плода нередко представляет большую трудность.

Г. Г. Гентер рекомендовал выжидание в периоде изгнания в течение 10 часов после излития вод при наличии хорошей родовой деятельности. По мнению М. Н. Побединского, для выявления несоответствия выжидание в периоде изгнания является достаточным в течение 2—3 часов. И. Ф. Жордания предлагал выждать 4 часа, И. Д. Арист — 4—5 часов после полного открытия шейки матки. Невставление головки в течение 5 часов после излития вод М. И. Теверовский рассматривал как признак абсолютного несоответствия. По рекомендации М. С. Малиновского и М. Г. Кушнра выжидательное ведение родов должно быть закончено, если не отмечается продвижения подлежащей части после излития вод в течение 50—75 схваток у первородящей и 25—50 схваток у повторнородящей.



В табл. 22 представлены наши наблюдения над исходом родов для детей в зависимости от длительности проведения функциональной оценки таза в периоде изгнания до применения кесарева сечения.

Таблица 22

Исход родов для детей в зависимости от длительности выжидания во втором периоде родов

Длительность выжидания в периоде изгнания	Число роженц	Исход для детей					
		родилось живыми без патологических отклонений	родилось живыми с симптомами внутричерепной травмы			мертворожденных	умерло в первые дни жизни
			легкие	средней тяжести	тяжелые		
Первородящие							
От 1 до 5 часов	36	28	4	4	—	—	—
» 6 » 9 »	5	3	—	2	—	—	—
» 10 » 13 »	3	—	—	1	1	1	1
Повторнородящие							
От 1 до 3 часов	23	19	2	1	1	—	—
» 4 » 7 »	19	8	—	8	3	—	—
» 8 » 10 »	3	—	1	1	—	1	—
Всего . . .	89	58	7	17	5	2	1

Чрезмерно длительное выжидание во втором периоде родов является нежелательным, так как исход для плода ухудшается. Длительность выжидания во втором периоде родов, по-видимому, не должна превышать 2—3 часов для повторнородящих и 3—5 часов для первородящих.

Симптомы угрожающего разрыва матки

По данным многих авторов, узкий таз является одной из основных причин разрыва матки. В. М. Михайлов (1895) обнаружил узкий таз при разрыве матки в 37,3% случаев. И. Н. Александров (1900) на 201 случай разрыва матки узкий таз выявил в 53 случаях. Н. З. Иванов (1904) при изучении 124 случаев разрыва матки установил, что узкий таз явился причиной тяжелого травматизма в 45 случаях, гидроцефалия в 5, лобное

предлежание в 6, крупный плод при нормальных размерах таза в 5. Таким образом, по данным Н. З. Иванова, в 48% случаев причиной разрыва матки послужило несоответствие между тазом и головкой, т. е. клинически узкий таз. По наблюдениям И. Ф. Жордания, узкий таз явился основной причиной разрывов матки в 30%, крупные размеры плода в 36%, неблагоприятное вставление головки в 6%, гидроцефалия в 3% случаев. Л. С. Персианинов установил узкий таз при разрыве матки в 16,4%, лицевое предлежание в 1,5%, лобное в 1,1%, заднетеменное вставление в 0,7%, гидроцефалию в 0,7% случаев. Близкие к этим данным представили многие другие авторы.

И. Ф. Жордания указал на следующие симптомы угрожающего разрыва матки: 1) частые и болезненные, но не судорожные схватки; 2) наличие контракционного кольца, сопровождающееся болезненностью нижнего сегмента; 3) перерастяжение мочевого пузыря, затрудненное мочеиспускание; 4) отек шейки матки, постепенно распространяющийся на влагалище и наружные половые органы, при фиксированной в малом тазу предлежащей части; 5) произвольная и непродуктивная потужная деятельность при подвижной над входом головке.

Угрожающий разрыв матки в наших наблюдениях выявлен у 62 рожениц (25,3%) из 245 с клинически узким тазом.

Диагноз угрожающего разрыва матки в основном выносили при наличии симптомов перерастяжения нижнего сегмента или ущемления шейки и отека наружных половых органов, иногда в сочетании с другими симптомами (затрудненное мочеиспускание, бурная родовая деятельность, непродуктивная потужная деятельность). Наличие только симптомов прижатия мочевого пузыря или бурной родовой деятельности, или произвольной и непродуктивной потужной деятельности мы не рассматривали как признак угрожающего разрыва матки.

Среди 62 рожениц с угрожающим разрывом матки 23 были первородящими и 40 повторнородящими. У одной роженицы симптомы угрожающего разрыва матки возникли при тазовом предлежании (плод-гигант). У 44 рожениц основными симптомами угрожающего разрыва матки явились признаки перерастяжения ниж-

него сегмента, у 18 — отек шейки матки и наружных половых органов. Затрудненное мочеиспускание в сочетании с одним из перечисленных симптомов отмечено у 26 рожениц, произвольная и непродуктивная потужная деятельность у 6, бурная родовая деятельность у 24 и слабость родовой деятельности у 6. У 15 рожениц при угрожающем разрыве матки признак Вастена был «положительным», у 18 женщин — «вровень».

О частоте симптомов угрожающего разрыва матки указано в табл. 23.

Таблица 23

**Частота возникновения симптомов угрожающего разрыва матки в зависимости от характера вставления головки**

Характер вставления головки	Число рожениц	Симптомы угрожающего разрыва матки
Переднетеменное . . . . .	55	10
Заднетеменное . . . . .	30	13
Косое асинклитическое . . . . .	29	7
Клиновидное вставление (механизм Редерера) . . . . .	27	3
Отклонения от механизма родов, присущего клинически узкому тазу	55	18
Высокое прямое стояние . . . . .	24	5
Лобное . . . . .	16	3
Лицевое . . . . .	9	3
Всего . . . . .	245	62

Наиболее часто симптомы угрожающего разрыва матки возникали при заднетеменном вставлении головки плода, а также при отклонениях от механизма родов, когда отсутствовали приспособительные механизмы головки.

Мы уже останавливались на том, что лобное и лицевое (в переднем виде) вставление, а также высокое прямое стояние головки являются весьма неблагоприятными для прогноза родов и сопровождаются резко выраженной диспропорцией между тазом и головкой. Отсутствие приспособления головки при диспропорции (синклитическое вставление и др.), а также заднете-

менное вставление свидетельствуют о резко выраженном несоответствии между тазом и головкой у большинства указанных рожениц.

У 60 рожениц роды были закончены кесаревым сечением, у 2 произведена краниотомия мертвого плода. Приведем краткую историю родов одной из последних двух рожениц.

Роженица Е-ва П. Ф., 37 лет, поступила в Институт 27/1 1952 г. в родах. Беременность четвертая. Анамнез благоприятный. Таз нормальный. Плод крупный, предполагаемая длина его 56 см. Окружность живота 112 см, высота дна матки над лоном 41 см. Родовая деятельность энергичная. При полном открытии вскрыт плодный пузырь. Переднемименное вставление. Головка малым сегментом во входе находилась в течение 7 часов. Самостоятельно не мочится, катетеризация затруднена. Несмотря на интенсивные произвольные потуги головка не продвигается. Развилась вторичная слабость родовой деятельности. Пульс 100 ударов в минуту. Появилась рвота, общая вялость; артериальное давление 100/70 мм рт. ст. Сердцебиение плода исчезло. Из половых путей кровянистые выделения, в моче кровь. Роды закончены краниотомией под глубоким эфирным наркозом. Ввиду затрудненного выведения плечиков произведена клейдотомия. Полость матки обследована рукой, нарушений целостности ее нет. Произведено переливание крови. После родоразрешения состояние женщины улучшилось. Послеродовой период без осложнений. Вес плода 4650 г, рост 56 см. Продолжительность первого периода родов 11 часов, второго — 8 часов и третьего — 25 минут. Следует отметить, что при ведении родов был допущен чрезмерный консерватизм (функциональная проба 8 часов), что повлекло за собой возникновение симптомов угрожающего разрыва матки и явлений шока.

Для выявления клинически узкого таза совершенно не обязательно наличие всех перечисленных нами диагностических признаков этой патологии. Клиническая картина тем многообразнее, чем резче выражено несоответствие между тазом женщины и головкой плода. В целом ряде случаев вопрос даже об абсолютном несоответствии может быть решен в периоде раскрытия без проведения функциональной пробы во втором периоде. Что касается симптомов угрожающего разрыва матки, то при правильном ведении родов при клинически узком тазе и своевременном выявлении такой патологии вопрос об абсолютном несоответствии между тазом и головкой должен быть решен до появления признаков угрожающего разрыва матки.

---

## Глава VI

### ВЕДЕНИЕ РОДОВ ПРИ УЗКОМ ТАЗЕ

Вопрос о ведении родов при узком тазе является наиболее сложной проблемой практического акушерства. Если выявление анатомически узкого таза с определенной вероятностью возможно даже при обычных клинических методах обследования, а при рентгенопельвиметрии можно установить истинные размеры, то вопрос о соответствии между тазом роженицы и головкой плода нередко представляет большие трудности как для диагностики, так и для выбора метода терапии. Отсутствие достаточно точных диагностических признаков несоответствия, а также несовершенство применяемых методов терапии влекло за собой высокую материнскую и детскую смертность. Поэтому на протяжении двух с лишним столетий акушеры занимались и продолжают заниматься поисками более совершенных методов родоразрешения при узком тазе.

#### **Некоторые сведения о ранее применявшихся методах ведения родов при узком тазе**

В терапии родов при узком тазе обычно различают три основных направления: профилактическое, выжидательное и направление средней линии.

Принято считать, что профилактическое направление берет свое начало от известного английского акушера Симпсона (J. Simpson, 1811—1870).

Однако необходимо указать, что до Симпсона многие акушеры хотя и придерживались выжидательной тактики ведения родов при узком тазе, но наряду с этим довольно широко применяли и профилактический

поворот [Де-ля-Мотт, Левре, Ляшапель (M. L. Lachapelle) и Озиандер (F. Oslander)]. Эти акушеры, являясь сторонниками оперативного направления, при узком тазе широко пользовались поворотом, причем нередко накладывали щипцы на последующую головку. Смелли и Редерер, наоборот, отвергали профилактический поворот при узком тазе.

Н. М. Амбодик-Максимович был убежденным сторонником выжидательной терапии родов при узком тазе. В случае необходимости применял поворот, прямые щипцы, причем при резко выраженной конфигурации головки он считал более целесообразным в интересах матери не накладывать щипцы, а делать краниотомию.

Во второй половине прошлого столетия профилактическое направление в терапии узкого таза получило широкое распространение. Развитию этого направления способствовали совершенно неудовлетворительные результаты исхода родов при узком тазе, при ведении которых осуществляли строгий консерватизм с применением краниотомии как основной операции. Симпсон в 1847 г. дал теоретическое обоснование профилактическому повороту на ножку. По его мнению, последующая головка, вступая в таз, уподобляется клину, вследствие чего легче проходит через суженное место.

Н. Н. Феноменов выступил против теоретического обоснования Симпсона, считая его неудовлетворительным. По мнению Н. Н. Феноменова, исход родов при узком тазе в значительной степени зависит наряду с другими факторами и от способности головки к конфигурации. При вступлении головки в таз своим основанием и быстрым ее извлечении приспособительная конфигурация головки не используется полностью. При головных предлежаниях, наоборот, благодаря медленному и постепенному вставлению головки под влиянием периодически действующих схваток смещаемость костей черепа происходит в большей степени, что способствует прохождению головки через суженный таз. К. Шредер (K. Schroeder) был сторонником и профилактического поворота, и искусственных преждевременных родов, так как считал, что при узком тазе никогда нельзя заранее предвидеть всех тех затруднений в родах, которые могут оказаться опасными как для матери, так и для плода.

Профилактический поворот в дальнейшем рекомендовали И. П. Лазаревич, В. П. Массен, Литцмани, Е. Мартин и др. И. П. Лазаревич хотя и был сторонником поворота при узком тазе, но считал, что при данной операции благоприятный исход обеспечивается только для матери, а не для плода. Некоторые акушеры (А. А. Китер, А. П. Матвеев, И. И. Федоров, Д. А. Парышев, А. И. Замшин, А. А. Новицкий) ограничивали показания к повороту, другие совсем отвергали эту операцию (А. Я. Крассовский, А. Г. Дмитриев, Г. Л. Давыдов, С. С. Холмогоров, Килиан, Байше и др.). А. П. Матвеев возражал против широкого применения поворота на ножку при узком тазе, указывая, что исход родов при тазовых предлежаниях вообще хуже, чем при головных. Он допускал поворот лишь в тех случаях, когда не было условий для наложения щипцов, а в интересах матери необходимо было закончить роды.

Наряду с профилактическим поворотом широкое распространение получила операция искусственных преждевременных родов. Операция эта применялась издавна, но Денманн (Т. Denmann) в 1816 г. первый детально разработал это вмешательство, установил показания и ввел в число акушерских операций.

Сторонниками этой операции были многие акушеры: А. Я. Крассовский, Н. Н. Феноменов, Д. Д. Попов, Н. И. Побединский, В. В. Строганов, Литцманн, Леопольд (Ch. Leopold), Фелинг (H. Fehling) и др.

Н. Н. Феноменов в отношении этой операции писал, что при правильном и разумном ее применении может быть устранена необходимость применения краниотомии на живом плоде и кесарева сечения по относительным показаниям.

А. Я. Крассовский, Н. Н. Феноменов рекомендовали вызывать искусственные преждевременные роды между 29—36-й неделей беременности в зависимости от степени сужения таза, К. Шредер — после 30 недель беременности, Н. И. Побединский — не позже как за 4 недели до срока родов.

А. Ф. Пальмов (1929), придерживаясь выжидательной тактики ведения родов при узком тазе, во время беременности охотно прибегал к искусственным преждевременным родам. Пинар и Байше категорически возражали против применения этой операции.

Таким образом, сторонники профилактического направления в ведении родов при узком тазе ограничивались установкой диагноза анатомического сужения таза и не проводили функциональной оценки таза в родах.

Между тем исход родов при профилактическом повороте был совершенно неудовлетворительным. Материнская смертность при профилактическом повороте по наблюдениям различных авторов была установлена от 0,8% (Н. И. Побединский) до 2,8% (Д. С. Чапин), а заболеваемость составляла от 6,3% (Н. И. Побединский) до 11,5% [Бюргер (O. Bürger)]. Общая потеря детей также была чрезвычайно высока: от 21% (Бюргер) до 80% (А. Ф. Пальмов).

По материалам большого числа авторов, при искусственных преждевременных родах материнская смертность колебалась от 1 до 5%, заболеваемость — от 5 до 15%, а общая потеря детей — от 31 до 55,5%.

Неблагоприятный исход родов для матери и плода при профилактических вмешательствах (поворот и преждевременные роды), а также большое число самопроизвольных родов при выжидательной тактике ведения родов у рожениц с узким тазом побудили большинство акушеров отказаться от профилактического направления. В качестве оперативного пособия для тех случаев, когда после более или менее длительного выжидания возникала необходимость закончить роды, были рекомендованы высокие щипцы вместо краниотомии (А. Я. Крассовский, Д. О. Отт, Н. В. Ястребов и др.).

Но Н. Н. Феноменов, В. Н. Массен, С. С. Холмогоров, Цвейфель, Леопольд и Байше, придерживаясь выжидательного метода, категорически отвергали и высокие щипцы.

Изучение обширных статистических данных показало, что тактика максимального выжидания с последующим при необходимости применением высоких щипцов как основной операции также себя не оправдала. Материнская смертность при высоких щипцах, по данным авторов, достигала 4,2%; заболеваемость матерей также была чрезмерно высокой — от 8,1 до 26,5%. Общая потеря детей при наложении высоких щипцов колебалась от 16,3 до 42,8%.



Необходимо также отметить, что применением высоких щипцов далеко не всегда удавалось закончить роды. Так, А. Ф. Пальмов указал, что из 81 случая наложения высоких щипцов в 14 пришлось закончить роды краниотомией.

Несмотря на неблагоприятные результаты для матери и плода, полученные при применении высоких щипцов, все же следует признать, что отказ от профилактического направления и установка на максимальное выжидание с применением при необходимости высоких щипцов как основной операции сыграли положительную роль для того времени, так как увеличилось число самопроизвольных родов, что способствовало некоторому снижению материнской и детской смертности, уменьшилось также число краниотомий.

Краниотомия в прошлом столетии являлась одной из основных операций при узком тазе и, по данным некоторых авторов, частота ее достигала 9% (А. А. Муратов, 1879), причем нередко эта операция предпринималась на живом плоде (по А. Ф. Пальмову — в 2,6% родов при узком тазе). В последующие годы частота краниотомии несколько снизилась.

По данным Клинического повивального института, в котором придерживались профилактического направления при ведении родов с узким тазом, за 1883—1893 гг. материнская смертность составила 2,2%, детская — 17,8% (С. Т. Виридарский). За период 1907—1912 гг., когда Институт отказался от профилактического поворота и стал придерживаться выжидательной тактики, материнская смертность снизилась до 0,4%, а детская до 8,9% (А. Ф. Пальмов).

Но и эти результаты безусловно не могли удовлетворить акушеров.

Значительные достижения в области асептики и антисептики и оперативной техники способствовали возникновению хирургического направления в терапии узкого таза. Одни акушеры предлагали шире применять тазорасширяющие операции, другие — кесарево сечение. Одна из тазорасширяющих операций — симфизотомия в 1777 г. была описана и рекомендована французским хирургом Сигольтом (J. Sigault). Есть сведения, что эта операция предпринималась и в древние времена. Наибольшее распространение она получила в Ита-

лии. Моризани (O. Morisani) в 1831 г. сообщил о 50 случаях симфизеотомии с материнской смертностью в 20% случаев. Опубликованные позднее неблагоприятные результаты после симфизеотомии для матери и плода вызывали отрицательное к ней отношение со стороны акушеров.

Однако Пинар в 1893 г. сообщил об исходе родов у 29 рожениц, ранее перенесших симфизеотомию: 16 разрешилось самостоятельно, а у 6 операция была произведена повторно. На основании этого Пинар выступил горячим защитником тазорасширяющих операций, совершенно отвергнув профилактические вмешательства и щипцы при узком тазе. Кесарево сечение Пинар допускал лишь при абсолютном сужении таза.

В 1821 г. Шампион (Champion) предложил рассечение лонной кости — пубиотомию. Однако до конца прошлого столетия эту операцию не применяли. В 1893 г. итальянский акушер Жигли (L. Gigli) изобрел для пубиотомии специальную пилу. А. Дедерлейн (A. Döderlein) в 1904 г. разработал подкожный способ этой операции, после чего она нашла довольно широкое применение. Шлефли (Schläfli, 1909) на основании разбора 700 случаев пубиотомии, опубликованных различными акушерами, нашел, что при этой операции смертность матерей составляла 4,37%, потеря детей 8,18%; в 3% случаев наблюдались сильные кровотечения во время операции, в 12% отмечались повреждения мочевого пузыря и уретры. Кроме того, нередко наступало расстройство походки, несращение распиленной кости и другие осложнения.

По данным Ф. Н. Ильина (1911), в Клиническом повивальном институте с 1904 по 1907 г. пубиотомия произведена 11 раз (1,5% по отношению ко всем родам при узком тазе) с таким исходом: одна роженица умерла, у 2 произошло ранение мочевого пузыря и уретры с образованием мочеполювого свища и у одной обширные гематомы с последующим нагноением. По сборной статистике того же автора, на 278 случаев пубиотомии смертность матерей составила 5,7%. В. А. Столыпинский сообщил о 6 случаях пубиотомии, произведенных в Санкт-Петербургском родовспомогательном заведении с 1907 по 1909 г., причем в 2 случаях образовались мочеполювые свищи. Среди отечественных акушеров про-

тив тазорасширяющих операций выступили Н. И. Побединский, Д. Д. Попов и др., А. Ф. Пальмов допускал пубиотомию лишь у повторнородящих женщин с отягощенным акушерским анамнезом и при отсутствии условий для кесарева сечения. Такого же взгляда на эту операцию придерживались Н. М. Прозоровский, Л. А. Кривский и др.

Л. А. Гусаков (1914) считал, что пубиотомия незаслуженно отвергнута акушерами. Л. Л. Окинчиц (1937) был сторонником пубиотомии и рекомендовал ее как технически несложную операцию.

Из иностранных авторов в последующие годы среди сторонников тазорасширяющих операций следует указать на Керра, Вейбеля (W. Weibel) и некоторых других. Эти авторы, придерживаясь выжидательного направления при родах с узким тазом, рекомендовали при необходимости хирургического вмешательства тазорасширяющие операции и кесарево сечение.

Отрицательное отношение к пубиотомии, а также к симфизеотомии со стороны большинства акушеров объяснялось и тем, что при наблюдении последующих родов у женщин, перенесших одну из этих тазорасширяющих операций, в большинстве случаев не отмечалось увеличения размеров таза. Таким образом, ближайшие и отдаленные результаты после пубиотомии и симфизеотомии оказались неудовлетворительными, вследствие чего применение этих операций не получило широкого распространения.

Решением IX Всесоюзного съезда акушеров и гинекологов (1935) применение тазорасширяющих операций также было резко ограничено.

Значительное снижение материнской смертности при операции кесарева сечения, особенно в начале настоящего столетия, повлекло за собой постепенное расширение показаний к абдоминальному родоразрешению. Материнская смертность при кесаревом сечении в XVIII и середине XIX столетия была чрезвычайно высокой.

В 1841 г. Кайзер (С. Kayser) сообщил о 62% материнской смертности на 338 случаев кесарева сечения, опубликованных в печати с 1750 по 1839 г. По данным А. Ф. Пономарева (1925), в России до 1880 г. материнская смертность при операции кесарева сечения со-

ставляла 81%, с 1881 по 1890 г. — 49,3%. Столь высокая смертность матерей при операции кесарева сечения невольно заставляла акушеров резко ограничивать показания к абдоминальному родоразрешению.

Но в последующие годы с внедрением антисептики и асептики улучшились результаты операции кесарева сечения, что дало возможность акушерам поставить вопрос о расширении показаний к указанному вмешательству. По данным А. Ф. Пономарева, материнская смертность при кесаревом сечении за период с 1890 по 1900 г. снизилась до 17,6%, редуцированная 7,2%), а с 1901 по 1910 г. — до 6,8% (редуцированная 1,7%). По подсчетам Кейтлера (H. Keitler, 1902), материнская смертность при кесаревом сечении составляла 17%, В. В. Строганова (1914) — 10%, А. Ф. Пальмова — 6,6% в 1912 г., 3% в 1921 г. и 1,7% в 1927 г.

На I съезде российских акушеров и гинекологов в 1903 г. Г. Е. Рейн выступил за расширение показаний к кесареву сечению. По его мнению, эта операция является благодетельной для плода и матери, «дающая ныне весьма хорошее предсказание, если сделана вовремя и при благоприятных условиях». В полном согласии с Г. Е. Рейном выступил на этом съезде и Н. В. Ястребов.

Байше в 1907 г. опубликовал сравнительный анализ 2000 случаев родов при узком тазе в клиниках А. Дердлейна, Цвейфеля и Пинара, в которых преимущественно применяли выжидательный метод, а при необходимости чаще прибегали к хирургическим операциям, чем к профилактическим вмешательствам. Результаты по трем указанным клиникам были такими: самопроизвольных родов 80%, профилактических вмешательств и высоких щипцов — 1,7%, кесарева сечения и тазорасширяющих операций — 6,9%, перфораций головки — 0,6%, материнская смертность 0,1%, общая потеря детей 6,7%. На основании полученных данных Байше рекомендовал отказаться от профилактических вмешательств и высоких щипцов, вместо которых предложил кесарево сечение и тазорасширяющие операции.

Таким образом, с улучшением исходов частота кесарева сечения при узком тазе постепенно возрастала. На V съезде российских акушеров и гинекологов в 1913 г. вопрос о терапии родов при узком тазе вновь

был подвергнут обсуждению. Н. И. Побединский, В. Л. Якобсон и А. В. Марковский высказались за дальнейшее расширение показаний к кесареву сечению.

На VI съезде Всесоюзного общества акушеров и гинекологов в 1924 г. А. А. Шевалдышев утверждал, что выжидательная тактика с применением при необходимости кесарева сечения как основной операции является наиболее оправданным методом ведения родов при узком тазе. Перфорацию живого плода докладчик допускал лишь при наличии противопоказаний к кесареву сечению или при категорическом отказе роженицы от абдоминального родоразрешения. А. Ф. Пономарев в своем докладе о кесаревом сечении в России пришел к выводу, что значительное снижение материнской смертности при этой операции может служить поводом к обоснованному расширению показаний к абдоминальному родоразрешению.

На VIII Всесоюзном съезде акушеров и гинекологов в 1928 г. вопрос о кесаревом сечении вновь стоял на повестке дня. В. С. Груздев и А. И. Тимофеев в своих выступлениях отметили необходимость умеренного дальнейшего расширения показаний для кесарева сечения. В. Я. Илькевич, М. Ф. Леви и С. А. Селицкий на 743 случаях кесарева сечения в Москве за 1921—1927 гг. установили материнскую смертность в 4,6% (редуцированная). По данным других авторов того времени, материнская смертность после кесарева сечения тоже была довольно значительной (от 1,6 до 4%). На основании этого указанные докладчики рассматривали кесарево сечение как операцию очень серьезную, дающую еще высокую материнскую смертность и предложили ограничить ее применение при относительных показаниях, особенно у юных первородящих.

На том же съезде А. Ф. Пальмов, считая правильной принятую большинством акушеров тактику средней линии ведения родов при узком тазе (умеренное выжидание, а при необходимости то или иное хирургическое вмешательство), указал, однако, что кесарево сечение «соответствует идеалу новейшего акушерства — не жертвовать ни матерью, ни плодом». Г. Г. Гентер в своем докладе обратил особое внимание на необходимость функциональной оценки таза в родах и высказался про-

тив увлечения кесаревым сечением, предпочитая выжидательное ведение родов.

Решением IX Всесоюзного съезда акушеров и гинекологов в 1935 г. еще раз была подтверждена необходимость соблюдения так называемого среднего направления при ведении родов с узким тазом, кесарево сечение рекомендовано производить при наличии строгих показаний со стороны матери или плода. Кроме того, было предложено отказаться от высоких щипцов и профилактических вмешательств как не оправдавших себя.

Таким образом, в 20-х и 30-х годах отечественные акушеры и большинство зарубежных придерживались среднего направления ведения родов при узком тазе. Основой этого направления является умеренное выжидание с применением в случае необходимости тех или иных хирургических вмешательств. Среди хирургических вмешательств предпочтение отдавали кесареву сечению, но допускали и искусственные преждевременные роды (В. В. Строганов, А. Ф. Пальмов, В. С. Груздев и некоторые английские акушеры). В. В. Строганов считал возможным в некоторых случаях наложение высоких щипцов. К. К. Скробанский из хирургических вмешательств при узком тазе стоял за кесарево сечение и категорически высказывался против высоких щипцов.

### **Современные методы ведения родов при узком тазе**

В течение последних трех десятилетий большинство акушеров, как отечественных, так и зарубежных, продолжает придерживаться среднего направления ведения родов при узком тазе, что означает выжидательную тактику, а при возникновении показаний к хирургическому вмешательству с целью устранения диспропорции между тазом и головкой — абдоминальное родоразрешение. Благодаря усовершенствованию техники операции кесарева сечения, а также широкому применению антибиотиков отмечено дальнейшее снижение материнской смертности при кесаревом сечении по поводу узкого таза до 0,35—0,9% случаев.

Лучший исход для матери при операции кесарева сечения позволил отечественным акушерам несколько расширить показания к операции и совершенно отка-

заться от таких вмешательств, как высокие щипцы и симфизио-пубиотомия, заменив их абдоминальным родоразрешением. Благоприятный исход родов у большинства женщин с анатомически узким тазом (I и II степени сужения) совершенно вытеснил и профилактические операции, как искусственные преждевременные роды и профилактический поворот плода на ножку, при применении которых акушер лишается возможности провести функциональную оценку таза.

Наряду с этим некоторые иностранные акушеры (Менгерт и др.), основываясь на рентгенологических данных о соотношении таза женщины и головки плода, ограничиваются недлительным выжиданием при ведении родов, или производят так называемое профилактическое кесарево сечение с началом родовой деятельности или в конце беременности. Применение кесарева сечения без функциональной оценки таза в родах на основе только рентгенологических данных, по мнению Моргана и Рейса (J. E. Morgan, C. T. Reyes, 1955), получило довольно широкое распространение и повело к необоснованному повышению частоты операций кесарева сечения.

Краатц (H. Kraatz, 1955) также обратил внимание на чрезмерное увлечение кесаревым сечением в некоторых клиниках. По его мнению, акушерство перестает быть врачебным искусством. Он рекомендует применение кесарева сечения только по обоснованным показаниям, а при I и II степени сужения таза придерживаться выжидательной тактики с тщательным учетом особенностей механизма родов. И только при неблагоприятных вставлениях головки (лобное, заднетеменное и др.) Краатц предпочитает кесарево сечение.

Вновь появились предложения вызывать преждевременные роды при относительной степени сужения таза. Так, Бекманн в 1951 г. рекомендовал искусственные преждевременные роды при сроке беременности 36 недель. Макленнан (H. R. McLennan, 1954) для дальнейшего снижения мертворождаемости предложил также и искусственные преждевременные роды. Подобные рекомендации были опубликованы и другими зарубежными акушерами.

В некоторых зарубежных родовспомогательных учреждениях наряду с операцией кесарева сечения при-

меняют и тазорасширяющие операции — симфизео- и пубиотомию. Маквей (1955) предложил в тех случаях, когда в результате пробных родов возникает необходимость срочного родоразрешения, предпринимать кесарево сечение и одновременно делать симфизеотомию с тем, чтобы дать женщине возможность в последующем рожать самостоятельно, так как, по его мнению, наступает стойкое увеличение размеров таза после симфизеотомии. Шмид (H. H. Schmid, 1955) даже считает, что пубиотомия незаслуженно забыта и предлагает пользоваться этой операцией при умеренном сужении таза.

Из ранее применявшихся методов терапии родов при узком тазе необходимо упомянуть также о так называемом вальхеровском положении (G. A. Walcher, 1856—1935). Это пособие заняло определенное место в терапии родов при узком тазе. Некоторые акушеры рекомендуют такой метод как весьма эффективный (М. С. Малиновский, К. К. Скробанский, Краатц, Зейтц и др.).

Немецкий акушер Вальхер в 1889 г. предложил для увеличения истинной конъюгаты придавать роженице положение на спине со свисающими через край гинекологического кресла ногами (без упора для подошв). По наблюдениям Вальхера, происходит увеличение диагональной конъюгаты до 1,3 см. Такое положение роженицы в родах получило в дальнейшем название «вальхеровского», хотя было известно еще в XVI веке. По мнению Ярхо (J. Jarcho, 1929), «вальхеровское положение» способствует увеличению истинной конъюгаты от 0,5 до 1 см. Автор рекомендовал данный метод при ведении родов с узким тазом.

А. Ф. Пальмов (1947) хотя и применял этот метод, но считал, что увеличение истинной конъюгаты при «вальхеровском положении» незначительно. В. Я. Илькевич (1922) на основании анатомических исследований установил, что «вальхеровское положение» на размерах полости таза не отражается, «а для выхода оно вредно и непригодно».

По мнению С. Д. Астринского, «вальхеровское положение» затрудняет вставление головки, так как ось плода при таком положении не совпадает с осью входа в малый таз, а это мешает вставлению и продвижению



головки. Н. А. Цовьянов (1963) считает сомнительным преимущества «вальхеровского положения» и рекомендует полусидячее положение роженицы при родах. На основании рентгенологических исследований было установлено, что при «вальхеровском положении» увеличения истинной конъюгаты не происходит или она увеличивается лишь в пределах нескольких миллиметров. В настоящее время многие акушеры в своей практической работе отказались от применения в родах «вальхеровского положения» роженицы.

В Советском Союзе общепризнанным является выжидательное ведение родов с целью проведения функциональной оценки таза, а при необходимости хирургического вмешательства кесарево сечение является основной операцией. За рубежом наряду с признанием выжидательной тактики ведения родов широко применяют кесарево сечение. Кроме того, практикуется вызывание преждевременных родов и применение тазорасширяющих операций.

Следует отметить, что отказ от профилактических вмешательств и высоких щипцов при родах с узким тазом и переход на выжидательное ведение родов, при котором основной операцией является кесарево сечение, дало свои положительные результаты, так как исход родов при узком тазе значительно улучшился. Поэтому едва ли можно считать целесообразным предложения тех акушеров, которые вновь стараются пропагандировать те операции, которые себя не оправдали (преждевременные роды, тазорасширяющие операции) вследствие неблагоприятного исхода как для матери, так и для плода.

Несмотря на известные успехи в терапии родов при узком тазе, следует отметить, что частота материнской и детской смертности, а также тяжелого травматизма рожениц все еще остается высокой. Поэтому с целью дальнейшего улучшения результатов исхода родов необходимо более тщательное и своевременное выявление признаков несоответствия, что в свою очередь потребует некоторого разумного и обоснованного расширения показаний к кесареву сечению.

При ведении родов у рожениц с узким тазом мы придерживаемся следующих принципиальных установок.

Выжидательная тактика ведения родов при узком тазе должна быть разграничена для анатомически узкого и для клинически узкого таза.

У всех женщин с анатомически узким тазом при I и II степени сужения роды нужно вести выжидательно с тщательным наблюдением для своевременного выявления признаков клинического несоответствия, так как при анатомическом сужении функциональная недостаточность таза встречается в 27% случаев, в то время как при нормальных его размерах — в 0,3% случаев.

При выявлении симптомов несоответствия между головкой плода и тазом роженицы (независимо от его размеров) таз становится клинически узким. Ведение родов при клинически узком тазе также требует в большинстве случаев выжидательной тактики с применением при необходимости кесарева сечения как основной операции. Однако эта выжидательная тактика основана на проведении в родах функциональной оценки с применением соответствующих тестов.

Следовательно, выжидательная тактика при анатомически узком тазе направлена на своевременное выявление признаков клинически узкого таза. Выжидательная тактика при клинически узком тазе проводится с целью выявления степени несоответствия, что и определяет тактику ведения родов.

Что касается применения так называемого «профилактического кесарева сечения» в терапии родов при узком тазе, то следует отметить, что функциональная оценка таза несомненно неразрывно связана с самим процессом родов в большинстве случаев. Вопрос о благоприятных или неблагоприятных соотношениях между тазом женщины и головкой плода можно решить только путем тщательного наблюдения за характером вставления и продвижением головки, степенью конфигурации ее при наличии энергичной родовой деятельности.

В некоторых случаях функциональная неполноценность таза может быть выявлена и во время беременности. Так, например, при наличии резких анатомических изменений таза (III и IV степень сужения, опухоли таза, резкая деформация) функциональная неполноценность его совершенно очевидна. Также не вызывает затруднений решение вопроса о ведении родов у пов-

торнородящих женщин с анатомически узким тазом и с отягощенным акушерским анамнезом. Указание на наличие несоответствия при предыдущих родах даже при небольших степенях сужения таза является доказательством функциональной неполноценности таза. А если учесть, что при каждой последующей беременности прогноз родов ухудшается в связи с наличием большего веса плода, то необходимость применения кесарева сечения без проведения функциональной оценки таза в таких случаях не вызывает сомнений.

А. Я. Крассовский, В. С. Груздев, М. С. Малиновский и М. Г. Кушнир обращали особое внимание на отягощенный акушерский анамнез у женщин с анатомически узким тазом. По мнению К. К. Скробанского, мертворождения в анамнезе при сужении таза I—II степени могут служить основанием для кесарева сечения без проведения функциональной оценки таза в родах.

Из наблюдавшихся нами 306 рожениц с клинически узким тазом у 54 (17,7%) неполноценность таза была выявлена в конце беременности без функциональной пробы в родах. У всех этих рожениц с началом родовой деятельности или в конце беременности было произведено кесарево сечение. Первородящих было 16, повторнородящих 38. Основанием для оценки таза как клинически узкого послужили резкие анатомические изменения таза, отягощенный акушерский анамнез при наличии анатомического сужения таза (перенесенное прежде кесарево сечение, мертворождаемость), опухоли матки и таза, крупные плоды при переносенной беременности. Операция кесарева сечения у этой группы рожениц закончилась вполне благополучно для матерей и детей.

У остальных 252 рожениц с клинически узким тазом функциональная его оценка была проведена в родах, о чем ниже будут представлены соответствующие материалы.

---

## Глава VII

### ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ОЦЕНКА ТАЗА В РОДАХ

При наличии несоответствия между тазом роженицы и головкой плода важно не только своевременное выявление такой патологии, но еще более важным является установление степени несоответствия, так как именно этот фактор предопределяет как исход родов, так и выбор метода их ведения. Функциональная оценка таза является единственным методом, при помощи которого можно выявить соотношение между тазом роженицы и головкой плода. Кроме того, этот метод при наличии клинически узкого таза позволяет определить и степень несоответствия. Диагностические признаки клинически узкого таза следует рассматривать и как тесты функциональной его оценки.

Особенности вставления головки и механизма родов дают основание не только для установления диагноза клинически узкого таза, но и прогноза родов. Учитывая характер вставления головки и форму сужения таза, можно предопределить и исход родов.

Лицевое вставление в переднем виде, лобное, а также высокое прямое стояние головки, которые обычно являются причинами диспропорции, следует рассматривать как неблагоприятные вставления, которые свидетельствуют об абсолютной степени несоответствия в большинстве случаев.

Степень конфигурации головки также позволяет судить и о степени несоответствия. Значительная, а тем более резко выраженная конфигурация головки является одним из признаков диспропорции, причем степень конфигурации головки зависит от степени несоответ-

ствия. Чем резче выражено захождение костей черепа друг на друга, тем больше несоответствие между тазом и головкой. Вместе с тем отсутствие конфигурации головки при диспропорции вследствие чрезмерной плотности костей черепа следует считать неблагоприятным прогностическим признаком, свидетельствующим о значительном или абсолютном несоответствии.

Наличие признака Вастена («положительный», «вровень») безусловно свидетельствует о значительном или абсолютном несоответствии, хотя «отрицательный» признак Вастена не является доказательством благоприятного соотношения между тазом и головкой.

Симптомы прижатия мочевого пузыря (отсутствие самостоятельного мочеиспускания, затрудненное мочеиспускание, кровь в моче) следует рассматривать как один из характерных признаков клинически узкого таза, которые проявляются при значительном и абсолютном несоответствии.

Симптомы угрожающего разрыва матки несомненно свидетельствуют о резко выраженной диспропорции. Однако эти симптомы не следует расценивать как один из методов функциональной оценки таза, так как при более совершенной диагностике выявление несоответствия должно предшествовать появлению симптомов угрожающего разрыва матки.

Проведение функциональной оценки таза в периоде изгнания является наиболее достоверным методом выявления степени диспропорции между тазом и головкой, так как отсутствие поступательных движений головки при полном раскрытии шейки и энергичной родовой деятельности всегда свидетельствует об абсолютном несоответствии. Для ориентации в поступательном движении головки следует пользоваться четвертым приемом Леопольда, а при необходимости и влагалищным исследованием. Влагалищное исследование дает возможность определить не только высоту стояния головки, но и судить об особенностях механизма родов, что является чрезвычайно важным для ведения родов.

При ведении родов с клинически узким тазом не всегда возникает необходимость применить функциональную оценку таза и в периоде изгнания, так как признаки абсолютного несоответствия могут быть выявлены в периоде раскрытия при помощи указанных выше



Рис. 12. Рентгенограмма таза с костной опухолью. На рентгенограмме видна тень костной опухоли в области правого крестцово-подздошного сочленения, выступающая в полость малого таза. Контуры опухоли бугристы.



Рис. 19. Рентгенограмма общеравномерно-суженного таза (прямой снимок).

Поперечный размер входа 11,2 см. Головка в косом размере. Выраженная конфигурация головки.



Рис. 20. Рентгенограмма общеравномерносуженного таза (боковой снимок).

Прямой размер входа 9,7 см. Крестцовая впадина хорошо выражена.



Рис. 21. Рентгенограмма поперечносуженного таза (прямой снимок).

Форма входа таза округлая. Поперечный размер входа 11,2 см. Видна конфигурация головки.

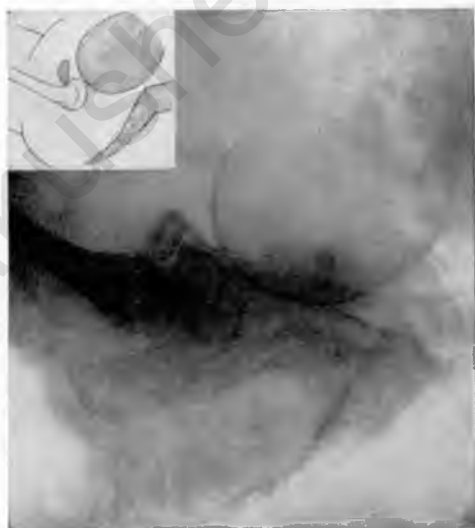


Рис. 22. Рентгенограмма поперечносуженного таза (боковой снимок).

Прямой размер входа 11,2 см. Крестец уплощен.



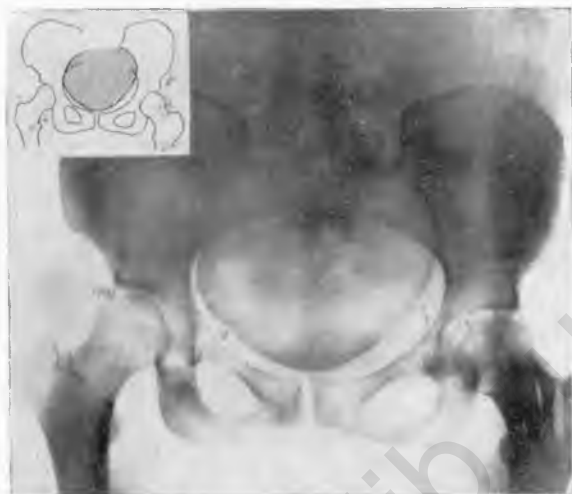


Рис. 23. Рентгенограмма общесуженного плоского таза (прямой снимок).

Поперечный размер входа 12,4 см. Лобно-затылочный размер головки 12,5 см.

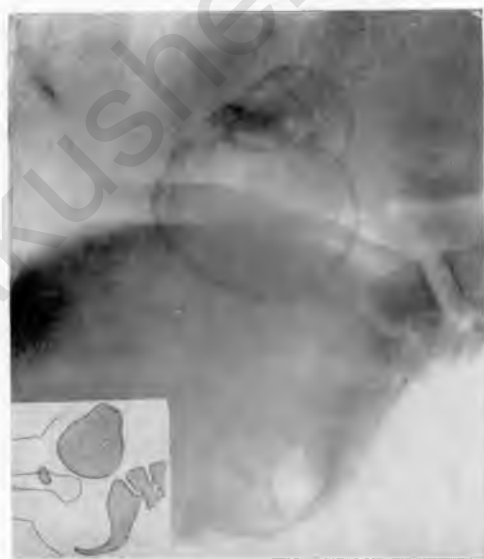


Рис. 24. Рентгенограмма общесуженного плоского таза (боковой снимок).

Прямой размер входа 8,5 см. Большой поперечный размер головки 9,5 см. Копчик резко отогнут кпереди.

методов функциональной диагностики (особенность вставления головки, «положительный» признак Вастена, симптомы прижатия мочевого пузыря и т. д.).

### Классификация клинически узкого таза

Указанные выше методы функциональной оценки таза роженицы позволяют нам выделить три степени (I, II, III) несоответствия при клинически узком тазе.

Для I степени несоответствия (относительное несоответствие) является характерным образование благоприятных форм вставления головки и механизма родов, свойственных той или иной форме таза, хорошая конфигурация головки. Эти моменты при наличии энергичной родовой деятельности способствуют преодолению головкой препятствия и благополучному исходу родов. Длительность родов больше обычной.

Из 252 наблюдавшихся нами рожениц с несоответствием между тазом и головкой у 25 имелось несоответствие I степени. Первородящих было 16, повторнородящих 9. Бурная родовая деятельность отмечена у 4 рожениц, первичная слабость родовой деятельности у 2 и вторичная у 8 рожениц. Средний вес детей составлял 3525 г, окружность головки не превышала 36,1 см.

Примером I степени несоответствия между тазом и головкой может служить следующая история родов.

Роженица Ш-ва А. П., 37 лет, поступила в Институт 14/XII 1952 г. в 14 часов 30 минут с нерегулярной родовой деятельностью при доношенной беременности. Анамнез благоприятный. Менструации с 14 лет, установились сразу, по 7 дней через 30 дней, обильные, болезненные. Последняя менструация 1/III, первое движение плода 16/VII. Беременность четвертая. Первая и вторая беременности закончились срочными нормальными родами, а при третьей беременности в 1950 г. было произведено ручное отделение последа. Внутренние органы без патологических изменений. Пульс 76 ударов в минуту. Артериальное давление 120/80 мм рт. ст. Телосложение правильное. Рост 144 см, вес 53 г. Размеры таза: 22,5, 24,5, 27 см, наружная конъюгата 18 см, диагональная 12 см, боковая 15 см. Размеры ромба Михаэлиса: продольный 9 см, поперечный 9 см. Индекс Соловьева 14 см. Окружность живота 94 см, высота стояния дна матки над лоном 31 см. Первое продольное положение плода. Головка над входом малого таза. Предполагаемые длина плода 49—50 см и лобно-затылочный размер головки 12 см. Сердцебиение плода 130 ударов, ритмичное. С 16 часов установилась регулярная родовая

деятельность. При влагалищном исследовании установлено укорочение шейки и открытие на два пальца, головка прижата ко входу таза. Диагноз: срочные роды, общеравномерносуженный таз (I степень сужения).

Родовая деятельность развивалась удовлетворительно, 15/XII в 7 часов 15 минут головка малым сегментом находится во входе таза. С целью обезболивания введен промедол. В 11 часов 20 минут при почти полном открытии вскрыт плодный пузырь, головка малым сегментом находится во входе таза. Стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок почти у проводной оси таза (рис. 19 и 20).

Несмотря на интенсивную родовую деятельность, головка оставалась на том же уровне. Признак Вастена «отрицательный». Мочится самостоятельно. Влагалищное исследование (13 часов): открытие полное, головка малым сегментом во входе таза, стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок у проводной оси таза, выраженная конфигурация головки, родовая опухоль в области малого родничка. В 16 часов 30 минут головка большим сегментом во входе малого таза. Сердцебиение плода 128 ударов. В 17 часов 15 минут потуги, головка опустилась на тазовое дно. В 17 часов 30 минут родился мальчик с однократным обвитием пуповины вокруг шеи (длина пуповины 52 см). Вес новорожденного 3420 г, рост 51 см, окружность головки 36 см; большая родовая опухоль в области малого родничка, выраженная конфигурация головки (захождение правой теменной кости на левую и обеих на затылочную и лобные). Продолжительность родов: первый период — 19 часов 20 минут, второй период — 6 часов 10 минут, третий период — 15 минут. Исход родов благоприятный.

Из приведенной истории родов видно, что у роженицы с общеравномерносуженным тазом и благоприятным акушерским анамнезом в родах возникли признаки относительного несоответствия: клиновидное вставление головки, выраженная конфигурация головки, несколько замедленное продвижение головки при наличии энергичной родовой деятельности.

II степень несоответствия или значительное несоответствие между тазом роженицы и головкой плода характеризуется следующими признаками:

- 1) особенности вставления головки и механизма родов, свойственные различным формам таза;
- 2) резко выраженная конфигурация головки;
- 3) длительное стояние головки в одной плоскости малого таза;
- 4) аномалия родовой деятельности (вторичная слабость родовой деятельности, бурные схватки, преждевременные потуги);
- 5) симптомы прижатия мочевого пузыря;
- 6) наличие признака Вастена «вровень».

Первые два фактора при наличии энергичной родовой деятельности также способствуют влагалищному родоразрешению, но с определенной угрозой жизни и здоровью ребенка. Длительное стояние головки в одной плоскости и большая продолжительность родов создают несомненную угрозу и здоровью женщины (возможность образования мочеполового свища, инфицирование и др.).

II степень несоответствия из 252 рожениц была выявлена в родах у 55 рожениц. Первородящих было 41, повторнородящих 14. Длительное стояние головки в одной плоскости таза наблюдалось у 28 рожениц, симптомы прижатия мочевого пузыря у 22, признак Вастена «вровень» у 12 рожениц. Резко выраженная конфигурация головки отмечена у 37 новорожденных. У 4 рожениц была отмечена бурная родовая деятельность и у 7 появление преждевременных потуг. Первичная слабость родовой деятельности была у 7 рожениц и вторичная у 18 рожениц.

Средний вес детей составляет 3670 г, окружность головки не превышала 36,7 см. Кефалогематома обнаружена у 4 детей, пролежень мягких тканей головки у 3, вдавление на теменной кости обнаружено у одного.

В качестве примера II степени несоответствия приведем кратко историю родов.

Роженица З-ва Е. С., 23 лет, поступила в Институт 25/1 1953 г. в 10 часов в родах. Анамнез благоприятный. Последняя менструация 21/III 1952 г. Беременность первая. Телосложение правильное. Рост 144 см, вес 57 кг. Размеры таза: 23, 25, 27 см, наружная конъюгата 19 см, боковая 15 см. Индекс Соловьева 14 см. Размеры ромба Михаэлиса: продольный 10 см, поперечный 9 см. Крутое стояние крыльев подвздошных костей. Поперечный размер выхода таза 9 см, прямой 11 см. Окружность живота 97 см, высота стояния дна матки над лоном 32 см. Первое продольное положение плода. Головка над входом. Предполагаемые длина плода 49 см и лобно-затылочный размер головки 10,5 см. Сердцебиение плода 130 ударов. Родовая деятельность интенсивная. Влагалищное исследование: шейка сглажена, открытие на один палец, плодный пузырь цел, головка над входом, мыс не достигается.

Высказано предположение о наличии поперечносуженного таза. Сделана рентгенография таза (рис. 21 и 22). Родовая деятельность развивалась интенсивно. С 18 часов головка малым сегментом во входе малого таза, в 22 часа излились воды. Головка на том же уровне. Мочиспускание затрудненное. Введен промедол. Периодически проводится профилактика асфиксии плода. 26/1 в 3 часа 30 минут: головка малым сегментом во входе, признак

Вастена «отрицательный». Самостоятельно не мочится. Произведена катетеризация мочевого пузыря. С 10 часов головка большим сегментом во входе. Родовая деятельность интенсивная. При влагалищном исследовании установлено полное открытие и косое асинклитическое вставление головки.

В 12 часов 40 минут начались потуги. Головка в полости малого таза. В 13 часов 40 минут родилась живая девочка в переднем виде затылочного предлежания, вес 2980 г, рост 48 см, окружность головки 35 см, резко выраженная конфигурация головки и большая родовая опухоль на правой теменной кости. Продолжительность родов 32 часа 20 минут. Исход благоприятный.

У этой роженицы таз оказался поперечносуженным со значительным уменьшением поперечного размера. Благоприятному исходу родов способствовали сравнительно небольшие размеры головки, механизм родов, свойственный для данной формы таза, хорошая конфигурация головки.

Признаки несоответствия II степени: характерные особенности механизма родов, длительное стояние головки в одной плоскости таза, симптомы прижатия мочевого пузыря, резко выраженная конфигурация головки.

При III степени несоответствия (абсолютное несоответствие) между тазом и головкой роды через родовые пути живым плодом невозможны.

III степень несоответствия характеризуется следующими признаками:

1) особенности вставления головки, присущие определенной форме сужения таза, однако часто возникает механизм родов, не свойственный для данной формы таза;

2) отсутствие вставления головки;

3) отсутствие продвижения головки;

4) выраженная конфигурация головки или отсутствие способности головки к конфигурации;

5) «положительный» признак Вастена;

6) симптомы прижатия мочевого пузыря;

7) наличие бурной родовой деятельности, преждевременное появление произвольных безрезультатных потуг;

8) симптомы угрожающего разрыва матки (ущемление шейки, отек ее с распространением на наружные половые органы, высокое стояние пограничного кольца).

III степень несоответствия наблюдалась у остальных 172 рожениц. Первородящих было 93, повторнородящих 79.

«Положительный» признак Вастена отмечен у 56 рожениц, «вровень» у 29 рожениц. Отсутствие продвижения головки при полном открытии и энергичной родовой деятельности установлено у 110 рожениц, симптомы прижатия мочевого пузыря — у 58, симптомы угрожающего разрыва матки — у 63 рожениц. Бурная родовая деятельность наблюдалась у 35 рожениц, первичная слабость родовой деятельности — у 37, вторичная — у 23 женщин и появление преждевременных потуг — у 22.

Различные методы функциональной оценки таза дали возможность установить абсолютную степень несоответствия у 62 рожениц в периоде раскрытия, а у остальных 110 — в периоде изгнания.

Среди 172 рожениц с III степенью несоответствия у 7 имелось тазовое предлежание. Выявление несоответствия между тазом роженицы и последующей головкой плода несомненно представляет большие трудности. Из 7 рожениц с тазовым предлежанием у 3 была обнаружена гидроцефалия плода, у 2 крупные размеры головки плода при сужении таза I степени. У 4 из указанных рожениц произведена краниотомия последующей головки на мертвом плоде, у одной — экстракция (плод извлечен с большими трудностями и со значительным вдавлением от мыса на теменной кости). У одной роженицы из 7 с тазовым предлежанием поперечные размеры таза были значительно сужены, у другой при отягощенном акушерском анамнезе (при предыдущих родах — кесарево сечение) размеры плода были гигантскими (5570 г, рост 57 см); у обеих роды были закончены кесаревым сечением с благоприятным исходом.

Средний вес детей при III степени несоответствия составлял 3770 г, окружность головки в среднем 37 см. Вдавление на теменной кости обнаружено у одного новорожденного, у другого — кефалогематома.

Для иллюстрации III степени несоответствия приведем краткую историю родов.

Роженица И-ва Г. С., 27 лет, поступила в отделение патологии беременности Института 10/II 1958 г. по поводу беременности при общеравномерносуженном тазе. В детстве в развитии не отставала. Последняя менструация 11/IV 1957 г. Беременность первая. Внутренние органы без патологических изменений. Телосложение правильное. Рост 152 см, вес 59,9 кг. Размеры таза: 23, 26, 30 см, наружная конъюгата 19 см, диагональная 10,5 см, боковая 16 см. Размеры ромба Михаэлиса: продольный 10 см,

поперечный 11 см, ромб несколько уплощен. Индекс Соловьева 15,5 см, окружность живота 93 см, высота стояния дна матки над лоном 40 см. Живот остроконечный. Плод во втором продольном положении. Головка над входом малого таза. Предполагаемые длина плода 50 см и лобно-затылочный размер головки 11,5 см. Сердцебиение плода 132 удара, ритмичное. Диагноз: доношенная беременность, головное предлежание, общесуженный плоский таз (II степень сужения). Произведена рентгенография таза (рис. 23 и 24).

Учитывая средние размеры плода при сужении таза II степени, роды решено вести выжидательно с функциональной оценкой таза. 19/II в 6 часов началась регулярная и интенсивная родовая деятельность. В 17 часов при полном открытии вскрыт плодный пузырь. Головка прижата ко входу малого таза, стреловидный шов в левом косом размере, располагается синклитически. Несмотря на энергичную родовую деятельность, головка остается плотно прижатой ко входу малого таза. Признак Вастена «положительный». Самостоятельно не мочится, моча с трудом выпущена катетером.

При влагалищном исследовании в 22 часа обнаружено полное открытие, головка прижата ко входу таза, стреловидный шов в левом косом размере, малый родничок справа кпереди, большой не достигается; умеренная родовая опухоль и выраженная конфигурация головки; мыс легко достигается; подтекают воды с примесью мекония. Принимая во внимание отсутствие поступательных движений головки при полном открытии и энергичной родовой деятельности в течение 5 часов, роды закончены кесаревым сечением. Извлечена живая девочка весом 3350 г, ростом 50 см. Окружность головки 35 см, выраженное захождение левой теменной кости на правую и обеих на лобные. Исход операции благоприятный.

Абсолютное несоответствие между тазом и головкой у этой роженицы было обусловлено анатомическим сужением таза при средних размерах головки плода. У роженицы были такие признаки абсолютного несоответствия: «положительный» признак Вастена, затрудненное мочеиспускание, отсутствие поступательных движений головки при полном открытии и энергичной родовой деятельности в течение 5 часов.

В табл. 24 представлены данные о частоте той или иной степени несоответствия между тазом роженицы и головкой плода в зависимости от формы таза.

Абсолютная степень несоответствия наблюдалась при различных формах сужения таза, а также при нормальных его размерах, особенно когда причиной несоответствия явились переносная беременность, крупный плод и неблагоприятное вставление головки.

Что касается зависимости возникновения III степени несоответствия от особенностей вставления головки,

то можно отметить, что наиболее часто абсолютная степень несоответствия наблюдалась при заднетеменном вставлении головки (27 из 30); при переднетеменном вставлении III степени несоответствия выявлена у 26 рожениц из 55, при клиновидном — у 8 из 27, а при косом асинклитическом — у 6 из 29 рожениц.

Таблица 24

Степень несоответствия в зависимости от формы таза

Форма таза	Число рожениц	Степень несоответствия		
		I	II	III
Общеравномерносуженный	44	4	12	28
Общесуженный плоский .	34	1	8	25
Простой плоский . . .	42	7	11	24
Плоскорихитический . . .	22	3	—	19
Поперечносуженный . . .	31	6	9	16
Деформированный таз . .	7	—	1	6
Хондрома таза . . . . .	1	—	—	1
Нормальный таз . . . . .	71	4	14	53
Всего . . . . .	252	25	55	172

При отсутствии приспособительных механизмов головки из 55 рожениц у 51 была обнаружена III степень несоответствия.

При высоком прямом стоянии головки III степень несоответствия выявлена во всех 24 случаях. При лобном вставлении в одном случае имела II степень несоответствия, а в 15 — III степень несоответствия. При лицевом вставлении головки в переднем виде во всех 9 случаях была III степень несоответствия.



## Глава VIII

### **ВЕДЕНИЕ И ИСХОД РОДОВ ПРИ КЛИНИЧЕСКИ УЗКОМ ТАЗЕ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНИ НЕСООТВЕТСТВИЯ МЕЖДУ ТАЗОМ РОЖЕНИЦЫ И ГОЛОВКОЙ ПЛОДА**

Несмотря на большие успехи в акушерстве за последнее время, ведение родов при клинически узком тазе считается одной из труднейших проблем практического акушерства.

Роды при клинически узком тазе сопровождаются целым рядом характерных особенностей. Те или иные отклонения в родовом процессе при клинически узком тазе в основном зависят от степени несоответствия между тазом роженицы и головкой плода. Если такое несоответствие слишком велико, то роды приостанавливаются, так как головка не может преодолеть препятствие со стороны родового канала. Создается угроза разрыва матки, образования пузырно-влагалищного свища и прочих осложнений. При менее выраженном несоответствии и сопутствующих благоприятных факторах (способствующий механизм родов, хорошая конфигурация головки при наличии энергичной родовой деятельности) роды могут завершиться через естественные родовые пути. Но исход родов может быть двояким: роды заканчиваются либо без особого затруднения и без ущерба для здоровья матери и новорожденного, либо родоразрешение хотя и завершается влагалищным путем, но с большими трудностями. В последнем случае страдают в той или иной степени и мать, и плод.

Абсолютная степень сужения таза, а также анатомически узкий таз с менее выраженным сужением, но в

сочетании с отягощенным акушерским анамнезом не представляют затруднений для решения вопроса о выборе метода родоразрешения.

При относительном сужении таза, а тем более при его нормальных размерах, нередко возникают чрезвычайные трудности при ведении родов вследствие того, что очень часто в периоде раскрытия не представляется возможным решить вопрос, закончатся ли роды самопроизвольно с благоприятным исходом для матери и плода или же потребуются хирургическое вмешательство ввиду несоответствия между тазом и головкой.

Правильный выбор терапии родов при клинически узком тазе всецело зависит от своевременного выявления такой патологии, а также от точности определения степени несоответствия. В зависимости от степени диспропорции терапия родов различна. При ведении родов с клинически узким тазом единственным методом для выявления несоответствия между тазом и головкой является функциональная оценка его в родах. Функциональной оценке таза должна предшествовать анатомическая оценка его и определение величины плода.

Функциональная оценка таза основана на выжидательном ведении родов. Поэтому основным принципом ведения родов при клинически узком тазе и при отсутствии явных признаков диспропорции к началу родов является более или менее длительное выжидание.

Тщательное наблюдение за соотношением таза и головки и продвижением ее, а также учет особенностей вставления головки, механизма родов, состояния матки, мочевого пузыря, мягких родовых путей — все это дает возможность решить вопрос о наличии несоответствия и степени диспропорции между тазом и головкой. Для выявления особенностей течения родов, характерных для клинически узкого таза, кроме наружных методов исследования следует проводить тщательное влагалищное исследование, которое дает возможность определить не только степень раскрытия шейки, высоту стояния головки, но и все тонкости вставления головки, механизма родов и особенности конфигурации головки.

При выявлении I степени несоответствия, а также при II степени несоответствия и отсутствии других отягощающих моментов (пожилой возраст первородящих, отягощенный акушерский анамнез) роды в наших на-

блюдениях проводили консервативно. Необходимость применения тех или иных хирургических вмешательств обуславливалась не наличием несоответствия, а другими показаниями: асфиксия плода, вторичная слабость родовой деятельности, заболевание роженицы и т. п.

При III степени несоответствия роды заканчивали кесаревым сечением, а при наличии мертвого плода — краниотомией.

С целью обезболивания в родах, кроме психопрофилактического метода, в основном применяли медикаментозные средства, обладающие и спазмолитическими свойствами (промедол, изопромедол, анадол и др.)

В данной главе представлен анализ особенностей течения и исхода родов у 306 рожениц с клинически узким тазом.

Первородящих женщин было 166 (54,2%), повторнородящих 140 (45,8%). Из 166 первородящих женщин 36 были повторнобеременными. Из 140 повторнородящих второй раз рожали 79 женщин, третий — 37, четвертый — 15, пятый — 5, шестой — 3 и седьмой раз рожала одна женщина.

Отягощенный акушерский анамнез выявлен у 85 женщин, у 50 из них предыдущие роды сопровождались мертворождением, причем 8 женщин имели в анамнезе по два мертворождения. Мертворождение при первых родах отмечено у 39 женщин, при вторых у 12 и при третьих и четвертых родах у 7 женщин. У 10 женщин дети умерли в первые дни жизни от внутричерепной травмы. У 25 повторнородящих женщин предыдущие роды были закончены кесаревым сечением или вследствие мертворождения в анамнезе (15 случаев) или вследствие возникшего в родах несоответствия. Образование мочепоолового свища с последующим ушиванием отмечено у одной женщины. Две женщины после родов страдали симфизитом. Длительное течение предыдущих родов, закончившихся рождением живых детей, отмечено у 17 женщин. Вполне понятно, что у повторнородящих с нормальными размерами таза осложнения при предыдущих родах встречались значительно реже, чем у женщин с анатомически узким тазом.

Данные о возрасте рожениц с клинически узким тазом представлены в табл. 25.

## Возраст рожениц с клинически узким тазом

Возраст, годы	До 20	21—25	26—30	31—35	35—40	Свыше 40	Всего
Первородящие . . .	7	57	67	26	5	4	166
Повторнородящие . .	—	14	39	50	34	3	140
Всего . . .	7	71	106	76	39	7	306

Как видно из табл. 25, большинство первородящих было в возрасте старше 25 лет (102 из 166), а пожилых первородящих старше 30 лет было 35 (21% по отношению ко всем первородящим). Среди повторнородящих преобладали в возрасте старше 30 лет (87 из 140).

Данные о начале менструальной функции у рожениц с клинически узким тазом приведены в табл. 26 в зависимости от анатомической характеристики таза.

Таблица 26

## Данные о начале менструальной функции рожениц с клинически узким тазом

Анатомическая характеристика таза	Общее число рожениц	Время наступления менструаций				
		до 13 лет	14—15 лет	16—17 лет	18—19 лет	20 лет и старше
Анатомически узкий таз .	234	33	91	69	35	6
Нормальный таз . . . . .	72	15	32	22	3	—
Всего . . .	306	48	123	91	38	6

Начало первых менструаций у большинства женщин было довольно поздним. У 135 женщин менструация наступила в возрасте 16 лет и старше. При этом более позднее наступление менструации отмечено у женщин с анатомически узким тазом, что можно объяснить наличием инфантилизма у многих из них.

Представляют значение данные о росте наблюдавшихся рожениц с клинически узким тазом (табл. 27).

Данные о росте рожениц с клинически узким тазом

Анатомическая характеристика таза	Общее число женщин	Рост, см						
		до 135	136—140	141—145	146—150	—155	156—160	свыше 160
Анатомически узкий таз . . . . .	234	5	3	22	75	83	40	6
Нормальные . . . . .	72	—	—	2	4	26	26	14
Всего . . . . .	306	5	3	24	79	109	66	20

Из 234 рожениц с анатомически узким тазом у 105 (44,8%) рост оказался в пределах 135—150 см, т. е. ниже среднего роста, причем у 30 женщин (12,8%) рост был не выше 145 см. Эти показатели подтверждают существующее среди большинства акушеров мнение, что маленький рост свидетельствует о сужении таза.

И. П. Лазаревич, не отрицая связи между ростом, телосложением и анатомическими особенностями таза, вместе с тем утверждал, что и женщины маленького роста могут иметь нормальные размеры таза.

У 2 наблюдаемых нами рожениц при росте 143 и 145 см размеры таза оказались нормальными, причем у одной это было подтверждено рентгенологически. У одной из указанных рожениц клинически узкий таз был обусловлен наличием гидроцефалии плода, у другой — большим объемом головки новорожденного.

Из особенностей скелета следует отметить укорочение одной из нижних конечностей у 3 рожениц (врожденный вывих тазобедренного сустава у 2, туберкулезный коксит у одной), признаки рахита в строении скелета у 18, кифосколиоз у одной и хондродистрофию у одной роженицы.

Из 306 рожениц с клинически узким тазом у 263 роды были срочными, у одной преждевременными (при III степени сужения таза) и 42 (13,7%) разрешились переношенным плодом. Диагноз переношенной беременности выносили при сроке беременности не менее 42 недель на основании анамнестических данных (дата

последней менструации, первое шевеление плода, первая явка в консультацию, время выдачи дородового отпуска) в сочетании с данными объективного исследования беременной (величина плода, плотность костей черепа, маловодие) и с учетом признаков перенашивания у новорожденного.

Из сопутствующих заболеваний у 306 рожениц были следующие: заболевания сердечно-сосудистой системы — у 6, хронический нефрит — у одной, гипертоническая болезнь — у одной, сахарный диабет — у одной, слоновость левой нижней конечности — у одной, гипохромная анемия — у 2, язвенная болезнь желудка у одной роженицы.

Кроме того, у 17 рожениц беременность осложнилась поздним токсикозом: водянка беременных была у 9, нефропатия у 7, эклампсия у одной.

Как мы указывали ранее, у 54 рожениц функциональная неполноценность таза была выявлена в конце беременности с началом родовой деятельности. Все эти роженицы были подвергнуты абдоминальному родоразрешению.

У 252 рожениц диагноз клинически узкого таза выявлен в родах, первородящих среди них было 150 и повторнородящих 102 роженицы.

### **Особенности течения родов при клинически узком тазе**

Из 252 рожениц роды в головном предлежании произошли у 245, в тазовом — у 7 рожениц. Из 144 первородящих женщин, у которых плод находился в головном предлежании, у 107 (74,3%) к началу родов головка находилась высоко над входом малого таза, у 36 была прижатой ко входу таза и у одной — малым сегментом во входе малого таза. Высокое стояние головки наблюдалось не только при анатомически узком тазе, но и при нормальных размерах его. Из 40 первородящих женщин с нормальными размерами таза и головным предлежанием плода у 27 женщин к началу родов головка располагалась высоко над входом малого таза и у 13 была прижата ко входу таза.

По мнению М. А. Колосова (1931) и Б. А. Архангельского (1937), при нормальных соотношениях таза

и головки последняя у первородящих в конце беременности должна быть фиксирована во входе таза.

Отсутствие вставления головки у первородящих как характерную особенность для анатомически узкого таза отмечали А. Я. Крассовский, Г. Г. Гентер, К. К. Скробанский, Бумм и др. Многие акушеры невставление головки к концу беременности у первородящих расценивают как признак несоответствия между тазом роженицы и головкой плода. Е. И. Кватер и И. И. Каганович (1933), изучив особенности течения родов при подвижной головке у 895 первородящих, предложили все случаи с подвижной головкой у первородящих рассматривать как акушерскую патологию.

Представленные нами данные подтверждают высказывания указанных выше авторов. Вместе с тем из практических наблюдений известно, что невставление головки к концу беременности у первородящих наблюдается нередко и при благоприятных соотношениях между тазом и головкой и при отсутствии многоводия.

Поэтому отсутствие вставления головки у первородящих к началу родов хотя и является одной из особенностей родов при клинически узком тазе, но едва ли это можно расценивать как один из признаков несомненного несоответствия между тазом женщины и головкой плода. По-видимому, этот признак следует рассматривать как фактор, предупреждающий о возможном возникновении в родах функциональной недостаточности таза.

Несвоевременное излитие вод было у 163 рожениц (64,6%): преждевременное — у 44 (17,4%), раннее — у 119 (47,2%). Длительность безводного периода колебалась в пределах от 1 до 58 часов. Большое количество случаев несвоевременного излития вод становится совершенно понятным, если учесть, что у большинства женщин к началу родов отсутствовало вставление головки, а следовательно, не было и пояса соприкосновения, который способствует делению околоплодных вод на передние и задние.

Еще А. Я. Крассовский наблюдал несвоевременное излитие вод в 23,8% случаев родов при анатомически узком тазе, а С. Г. Навротский (1936) — в 60% по отношению ко всем случаям осложненного течения родов при анатомически узком тазе. В последнее время

А. В. Рахманова (1957) сообщила о преждевременном излитии вод в 33,5% случаев родов при узком тазе. По-видимому, несвоевременное излитие вод является одной из особенностей течения родов при клинически узком тазе.

• В наших наблюдениях выпадение пуповины произошло у 2 рожениц на 252 родов при клинически узком тазе.

А. Я. Крассовский наблюдал выпадение пуповины 11 раз на 361 случай родов при анатомически узком тазе. А. В. Ланковиц отметил выпадение пуповины в 4% случаев по отношению ко всем оперативным родам при анатомически узком тазе.

Характер родовой деятельности является одним из важных факторов, предопределяющих исход родов при клинически узком тазе, так как для прохождения головки через родовые пути даже при небольших степенях несоответствия, кроме достаточной конфигурации головки и благоприятного механизма родов, необходима энергичная сократительная деятельность матки. А. Я. Крассовский, И. П. Лазаревич, М. С. Малиновский и М. Г. Кушнир, А. Б. Архангельский, К. К. Скробанский, Михаэлис, Литцманн указывали, что при узком тазе исход родов зависит не только от степени сужения таза, но главным образом от величины головки, способности ее к конфигурации, особенностей механизма родов и характера родовой деятельности. Вместе с тем многие акушеры среди различных осложнений родового процесса при узком тазе указывают на первичную слабость родовой деятельности.

А. Я. Крассовский считал, что первичная слабость родовой деятельности при узком тазе более свойственна повторнородящим.

Среди причин, способствующих возникновению первичной слабости родовой деятельности при узком тазе, Г. Г. Гентер, М. С. Малиновский, И. Ф. Жордания указывали на инфантилизм, нередко встречающийся при анатомически узком тазе, дегенеративные изменения мускулатуры матки у повторнородящих как следствие осложненного течения предыдущих родов и послеродового периода. Г. Г. Гентер и А. И. Петченко придавали известное значение высокому стоянию подлежащей части в возникновении слабости родовой деятельности.



Если учесть, что среди многочисленных причин наступления родов определенную роль играет и механическое раздражение рецепторов нижнего сегмента матки предлежащей частью, то понятно, что высокое стояние головки над входом малого таза может также способствовать возникновению слабости родовых сил, а длительное стояние головки во входе малого таза при неблагоприятных соотношениях, наоборот, может явиться причиной чрезмерно сильных схваток.

Нарастание силы схваток в периоде изгнания, иногда судорожного характера, отмечали А. Я. Крассовский, Г. Г. Гентер, А. И. Петченко.

А. Я. Крассовский по этому поводу писал: «Известно, что родовые боли находятся в тесной связи с раздражением нижнего сегмента матки; на этом основаны даже некоторые из способов искусственного возбуждения преждевременных родов... Следовательно, чем сильнее будет прижат или растянут нижний отрезок матки, тем сильнее должны быть маточные сокращения... чем больше препятствий для прохождения головки, тем сильнее бывают родовые боли».

Из 252 рожениц с клинически узким тазом у 46 (18,2%) наблюдалась первичная слабость родовой деятельности, у 49 (19,4%) вторичная и у 43 (17%) бурная родовая деятельность (табл. 28).

Таблица 28

Родовая деятельность при клинически узком тазе

Роженицы	Всего рожениц	Первичная слабость родовой деятельности	Вторичная слабость родовой деятельности	Бурная родовая деятельность
Первородящие . . .	150	35 (23,3%)	38 (25,3%)	20 (13,3%)
Повторнородящие .	102	11 (10,7%)	11 (10,7%)	23 (22,5%)
Всего . . .	252	46 (18,2%)	49 (19,4%)	43 (17%)

Из табл. 28 видно, что как первичная, так и вторичная слабость родовой деятельности значительно чаще наблюдалась у первородящих. А у повторнородящих, наоборот, бурная родовая деятельность встретилась в 22,5% случаев по сравнению с 13,3% у первородящих.

Кроме того, у 29 рожениц (11,5%) наблюдалось преждевременное появление потуг или при неполном открытии, или при полном открытии и прижатой ко входу таза головке. Такие потуги, как правило, оставались безрезультатными.

Изложенные выше данные позволяют прийти к заключению, что при клинически узком тазе родовая деятельность отличается некоторыми особенностями; нередко возникает вторичная слабость родовой деятельности или, наоборот, бурная родовая деятельность. Довольно характерным для клинически узкого таза также можно считать появление преждевременных безрезультатных потуг. Возникновение вторичной слабости родовой деятельности следует рассматривать, по-видимому, как следствие истощения матки в результате предшествовавшей длительной энергичной родовой деятельности. Бурная родовая деятельность и преждевременные потуги, наоборот, являются результатом чрезмерного раздражения рецепторов матки подлежащей частью.

Что касается первичной слабости родовой деятельности, то едва ли таковую можно считать характерной особенностью для клинически узкого таза, поскольку причины возникновения такого патологического состояния (общий инфантилизм, позднее наступление менструаций и др.) встречаются не только при клинически узком тазе.

Для определения несоответствия между тазом и головкой, а также для прогноза родов одним из непременных условий является наличие энергичной родовой деятельности (А. Я. Крассовский, Г. Г. Гентер, М. С. Малиновский, А. И. Петченко, Зейтц, Байше). Поэтому при слабости родовых схваток необходимо применять медикаментозные стимулирующие средства с учетом, конечно, возможных противопоказаний. До установления степени несоответствия безусловно противопоказано применение окситоцина, питуитрина как веществ, сильнодействующих на сократительную деятельность матки.

При наличии чрезмерно бурной родовой деятельности следует применять спазмолитические и наркотические средства для урегулирования схваток (эфир, апрофен и др.).

Из 95 рожениц (см. табл. 28) с первичной и вторичной слабостью родовой деятельности у 76 была проведена медикаментозная стимуляция, 20 из них предварительно для отдыха был дан акушерский наркоз или применены другие наркотические средства. У 11 рожениц после предоставленного отдыха установилась энергичная родовая деятельность. У 8 рожениц по поводу слабости родовой деятельности наложены кожно-головные щипцы; 14 роженицам при чрезмерно бурной родовой деятельности применены наркотические или спазмолитические средства (эфир, промедол, апрофен).

### **Исход родов для матерей при клинически узком тазе в зависимости от степени несоответствия**

При наблюдении 306 рожениц с клинически узким тазом, пользуясь диагностическими признаками клинически узкого таза, этот вид патологии был установлен у 252 рожениц в родах, а у 54 во время беременности. Однако в первом периоде родов разграничить несоответствие между I и II, а также между II и III степенью не всегда представлялось возможным. Поэтому различные методы функциональной оценки таза в родах позволили установить I степень несоответствия у 16 рожениц в периоде раскрытия, а у 9 в периоде изгнания; II степень несоответствия выявлена у 32 рожениц в первом периоде родов и у 23 во втором периоде родов; III степень несоответствия установлена у 62 рожениц в периоде раскрытия и у 110 окончательно решена в периоде изгнания.

Характер хирургических вмешательств в зависимости от степени несоответствия между тазом матери и головкой плода представлен в табл. 29. Согласно данным табл. 29, 54 роженицы, у которых функциональная неполноценность таза была выявлена во время беременности, выделены в отдельную группу, так как все они были родоразрешены с началом или до начала родовой деятельности.

Из табл. 29 следует, что с нарастанием степени несоответствия увеличивалось число хирургических вмешательств, причем кесарево сечение являлось основной операцией в терапии родов при клинически узком тазе с резко выраженной диспропорцией.

## Хирургические вмешательства при клинически узком тазе

Степень несоответствия между тазом роженицы и головкой плода	Число рожениц	Самостоятельно разрешилось	ручное пособие	Хирургические вмешательства			
				щипцы	вакуум-экстрактор	краниотомия	кесарево сечение
I степень несоответствия . . . . .	25	22	—	3	—	—	—
II степень несоответствия . . . . .	55	37	1	14	2	—	1
III степень несоответствия . . . . .	172	6	—	2	1	13	150
Родоразрешено с началом или до начала родовой деятельности	54	—	—	—	—	—	54
Всего . . . . .	306 (100 %)	65 (21,2 %)	1 (0,3 %)	19 (6,2 %)	3 (1,0 %)	13 (4,3 %)	205 (67 %)

Из 25 рожениц с I степенью несоответствия 22 разрешились самостоятельно, а 3 наложены щипцы (асфиксия плода — 2, нефропатия — 1).

При II степени несоответствия 37 рожениц разрешились самостоятельно, у 3 из них по поводу начавшейся асфиксии плода для ускорения родов применены кожно-головные щипцы. Кроме того, кожно-головные щипцы наложены у одной роженицы по поводу слабости родовой деятельности. У 14 женщин роды закончены наложением акушерских щипцов (у 10 по поводу начавшейся асфиксии плода и у 4 в результате затянувшегося периода изгнания). У 2 рожениц применен вакуум-экстрактор ввиду начавшейся асфиксии плода. Кесарево сечение произведено одной роженице по поводу значительных признаков несоответствия и настойчивого желания женщины сохранить жизнь ребенку.

При III степени несоответствия у 9 рожениц удалось устранить причину, вызвавшую диспропорцию, соответ-

ствующими вмешательствами. Так, у 8 рожениц при высоком прямом стоянии головки произведен ручной поворот головки в косой или поперечный размер таза, что способствовало самостоятельному родоразрешению у 6, а 2 наложены щипцы ввиду асфиксии плода; у одной роженицы с двурогой маткой причиной абсолютного несоответствия явилось ущемление в малом тазу второго рога матки, под эфирным наркозом удалось вправить ущемившийся рог за пределы малого таза и родоразрешить женщину через естественные родовые пути при п акуум-экстрактора.

Из остальных 163 рожениц с III степенью несоответствия у 13 роды были завершены краниотомией на мертвом плоде, у 150 предпринято кесарево сечение.

Таким образом, при клинически узком тазе самостоятельное родоразрешение произошло у 65 рожениц из 306 (21,2%); хирургические вмешательства применены у 218 (71,3%), из них краниотомия у 13 (4,3%), кесарево сечение у 205 (67%). У остальных 23 рожениц (7,5%) хирургические вмешательства и пособия предприняты по другим показаниям.

Ретровезикальное кесарево сечение с продольным разрезом матки произведено у 65 рожениц, в нижнем сегменте по модификации Л. А. Гусакова у 116, корпоральное у 24. Повторное кесарево сечение было предпринято у 25 рожениц, из них у 20 произведена стерилизация. Корпоральное кесарево сечение было применено почти исключительно при повторной операции и когда возникала необходимость стерилизации. Эфирный наркоз при операции кесарева сечения применен у 100 рожениц, проводниковая анестезия по методу В. С. Фриновского у 36, инфильтрационная у 65 и спинномозговая анестезия у 4 рожениц.

Частота кесарева сечения при клинически узком тазе по наблюдениям Б. А. Архангельского (1939) составляла 46%, а по данным Р. И. Калгановой (1952) 57,2%.

В табл. 30 приведены сводные данные об исходе родов для матери при клинически узком тазе в зависимости от степени несоответствия.

В дополнение к табл. 30 необходимо указать на следующее. Травма мягких родовых путей отмечена у 67 рожениц: разрыв промежности у 16, рассечение про-

межности у 23, разрыв шейки матки I степени у 12, II степени у 14, III степени у 2 рожениц. Таким образом, нарушение целостности промежности составило 38,6%, а разрывы шейки матки 27,7% по отношению ко всем женщинам, разрешенным через естественные родовые пути.

Таблица 30

Исход родов при клинически узком тазе

Степень несоответствия между тазом роженицы и головкой плода	Число рожениц	Травма промежности	Травма шейки матки	Неполный разрыв шейки матки	Осложнения в послеродовом периоде	Послеродовые заболевания	Умерло
степень несоответствия . . .	25	8	7	—	3	1	—
II степень несоответствия . . .	55	22	14	—	5	19	—
III степень несоответствия . . .	172	9	7	1	1	50	2
Родоразрешено с началом или до начала родовой деятельности (кесарево сечение) . . . . .	54	—	—	—	—	8	—
Всего . . .	306	39 (12,7 %)	28 (9,1 %)	1 (0,3 %)	9 (2,9 %)	78 (25,4 %)	2 (0,6 %)

Неполный разрыв матки произошел у одной роженицы из 306 с клинически узким тазом. Приводим кратко историю родов этой роженицы.

Роженица И-на З. М., 27 лет, поступила в Институт 17/II 1955 г. в 11 часов с нерегулярной родовой деятельностью при доношенной беременности. Анамнез благополучный. Последняя менструация 13/V 1954 г., времени первого движения плода не помнит. Беременность первая. Пульс 74 удара в минуту. Артериальное давление 110/75 мм рт. ст. Внутренние органы без патологических изменений. Телосложение правильное. Рост 153 см, вес 63,5 кг. Размеры таза: 25, 27, 30 см, наружная конъюгата 19 см, боковая 17 см. Индекс Соловьева 15,5 см. Окружность живота 100 см, высота стояния дна матки над лоном 38 см.

Брюшная стенка упругая. Первое продольное положение плода. Головка над входом таза. Сердцебиение плода 132 удара.

В 16 часов началась регулярная родовая деятельность. 18/II в 0 часов 30 минут излились воды при сглаженной шейке, открытии на два пальца и головке, прижатой ко входу малого таза. В 4 часа 30 минут появились потуги. Головка большим сегментом во входе малого таза. В 7 часов потуги несколько ослабли, жалуется на боли в правой подвздошной области. Дежурные врачи связывали эти боли с имеющимся хроническим аппендицитом. Мочеиспускание затрудненное. Признак Вастена «отрицательный». В 8 часов 50 минут пульс 76 ударов в минуту, ритмичный. При пальпации отмечается болезненность по правому ребру матки и в правой подвздошной области. Сердцебиение плода аритмичное — от 78 до 108 ударов. В моче 100—150 эритроцитов в поле зрения.

При влагалищном исследовании обнаружено полное открытие; головка большим сегментом во входе таза; стреловидный шов в поперечном размере, резко отклонен к крестцу; малый родничок слева, большой справа и располагается несколько выше малого; передняя теменная кость ниже задней; выраженная конфигурация головки, передняя теменная кость заходит на заднюю; значительная родовая опухоль располагается на передней теменной кости. Сердцебиение плода к этому моменту исчезло. Роды закончены краниотомией. Извлечен плод весом 3500 г, ростом 55 см. Послед отделился самостоятельно через 10 минут. Кровопотеря 350 г. Болезненность в правой подвздошной области. Матка хорошо сократилась, отклонена влево, дно ее на три пальца выше пупка. Пульс 96 ударов в минуту, ритмичный. Артериальное давление 90/60 мм рт. ст.

Ввиду необычно высокого стояния дна матки и ее отклонения влево, стойкой болезненности в правой подвздошной области и снижения артериального давления сделано контрольное обследование матки: справа на три пальца выше внутреннего зева обнаружен неполный разрыв матки, идущий вверх по правому ребру матки, длина раны 8 см. Произведено чревосечение, при котором найдено: по правому ребру матки и несколько кзади серозный покров ее несколько отслоен подлежащей небольшой гематомой; целостность серозного покрова не нарушена: под серозным покровом определен разрыв матки указанных выше размеров. Произведено ушивание разрыва. Состояние родильницы после операции удовлетворительное. В послеродовом периоде отмечался метроэндометрит.

В этом случае родов выявились признаки несоответствия III степени: отсутствие продвижения головки в течение 5 часов 45 минут при выраженном переднем асинклитизме, затрудненное мочеиспускание, наличие крови в моче, но эти симптомы не были правильно расценены. Неполный разрыв матки, по-видимому, произошел в периоде изгнания, когда женщина стала жаловаться на упорные боли в правой подвздошной области, одновременно с этим появились признаки внутриутробной асфиксии плода.

Осложненное течение послеродового периода отмечено у 9 рожениц, у 5 из них по поводу кровотечения сделано ручное отделение последа, у 2 — ручное обследование матки, у 2 — произведено инструментальное обследование матки ввиду дефекта плаценты. Осложнения в послеродовом периоде составляют 9% по отношению ко всем роженицам (101), разрешенным через естественные родовые пути. Кровопотеря в послеродовом периоде в среднем составляла 300 мл.

Продолжительность родового акта при родоразрешении через естественные родовые пути была следующей: первородящие до 18 часов у 8 рожениц, 19—24 часа — у 16, 25—30 часов — у 17, 31—40 часов — у 20, 41—50 часов — у 6 и свыше 50 часов — у 4; повторнородящие — 9—16 часов у 13 рожениц, 17—24 часа — у 10, 25—30 часов — у 3, 31—40 часов — у 2 и свыше 40 часов — у 2.

Продолжительность родов нарастала в зависимости от степени несоответствия.

Осложненное течение послеродового периода наблюдалось у 78 рожениц (25,4%) на 306 с клинически узким тазом.

Наибольшее число осложнений в послеродовом периоде отмечено при II (у 19 из 55) и III степени несоответствия (у 50 из 172). Более длительное течение родов при II степени несоответствия, а также большое количество родоразрешающих хирургических вмешательств и осложнений в послеродовом периоде способствовали неблагоприятному течению послеродового периода у этой группы рожениц. При III степени несоответствия осложненное течение послеродового периода наблюдалось преимущественно у рожениц, разрешенных абдоминальным путем. После кесарева сечения осложнения в послеродовом периоде, непосредственно связанные с хирургическим вмешательством, отмечены у 50 родильниц, что составляет 24,3% по отношению ко всем женщинам, подвергшимся кесареву сечению при клинически узком тазе.

Б. А. Архангельский отметил общую послеоперационную заболеваемость после кесарева сечения при клинически узком тазе в 42% случаев. Подобные данные приводят другие авторы.



Наиболее осложненное течение послеоперационного периода наблюдалось при применении кесарева сечения в конце периода раскрытия, а тем более в период изгнания.

Большое число осложнений после кесарева сечения при узком тазе можно объяснить тем, что вопрос о степени несоответствия между тазом и головкой может быть решен лишь после более или менее длительного наблюдения в родах, что обычно связано с отсутствием вод и неоднократным влагалищным исследованием.

Пробывание в послеродовом отделении для родильниц в среднем составляло 17—18 койко-дней.

Умерло 2 роженицы после кесарева сечения, что составляет 0,6% по отношению ко всем случаям родов при клинически узком тазе и 0,9% по отношению ко всем операциям кесарева сечения при узком тазе. Я. Н. Полонский (1939) установил материнскую смертность после кесарева сечения по поводу узкого таза в 3,9% случаев. К. Н. Жмакин, Я. Н. Волков и М. И. Репина (1952) и в 1,5% случаев.

Приведем краткие данные о двух роженицах, умерших при операции кесарева сечения.

1. Роженица Ф-ва С. А., 39 лет, общеравномерносуженный таз, первые двое родов закончились благополучно. Третьи и четвертые роды протекали длительно и закончились мертворождениями. Настоящие роды пятые. В родах установлена III степень несоответствия (лобное вставление) и угрожающие симптомы разрыва матки, по поводу чего произведено кесарево сечение. Вес новорожденного 3800 г, окружность головки 37 см. Женщина умерла в конце операции от шока при наличии тимолимфатического состояния и дистрофических изменений сердца и печени.

2. Роженица Л-ва Н. М., 27 лет, беременность третья. Первые роды в тазовом предлежании закончились мертворождением. Вторые роды длительные, тоже закончились мертворождением. В моче следы белка, лейкоциты покрывают все поле зрения. Телосложение правильное, рост 154 см, вес 65,5 кг. Размеры таза: 24, 27, 30 см. Наружная конъюгата 20 см, боковая 15 см, диагональная 12 см, размеры ромба Михаэлиса: продольный 12, поперечный 10 см. Индекс Соловьева 16,5 см. Роды было решено вести с функциональной оценкой таза. В родах установлено несоответствие между тазом и головкой III степени. Роды закончены кесаревым сечением, извлечен живой мальчик. К концу операции отмечено падение сердечной деятельности, женщина умерла. Анатомический диагноз: хронический пиелонефрит с исходом в сморщивание, двустороннее расширение лоханок и мочеточников, хронический цистит; резкая дистрофия внутренних органов, недоразвитие восходящей части аорты; узкий таз: истинная конъюгата 10 см, поперечный размер входа 11,5 см.

При ведении родов у этой роженицы не были установлены патологические изменения внутренних органов, допущена ошибка в анатомической оценке таза и недооценке анамнеза (первые двое родов закончились мертворождением). У роженицы предполагали плоский таз с первой степенью сужения, на аутопсии установлен поперечнообшесуженный таз. При наличии такой формы таза и отягощенного акушерского анамнеза следовало бы кесарево сечение предпринять с началом родовой деятельности под местной анестезией. Применение эфирного наркоза при резких дистрофических изменениях внутренних органов и врожденное недоразвитие восходящей части аорты, по-видимому, привели к смерти роженицы на операционном столе.

Наблюдения за ближайшим исходом родов для матери при клинически узком тазе свидетельствуют о наиболее неблагоприятных результатах при III степени несоответствия (2 матери умерли, 50 случаев послеродовых осложнений, 15 мертворожденных). Несомненно, что в ряде случаев более своевременное выявление III степени несоответствия способствовало бы лучшему исходу для матери.

У 116 женщин из 306 с клинически узким тазом удалось проследить отдаленные результаты этих патологических родов, которые кратко можно изложить следующим образом.

1. У 6 женщин при предыдущих родах было установлено несоответствие между тазом и головкой I степени, у 17 — II степени и у 93 — III степени. При предыдущих родах самостоятельно разрешилось 20 женщин, применены полостные щипцы у 6 и вакуум-экстрактор — у одной, кесарево сечение — у 87 и ручные пособия — у 2 женщин.

2. У 10 женщин обнаружены различные гинекологические заболевания: расстройство менструальной функции — у 3, хроническое воспаление придатков — у 3 (после кесарева сечения), смещение матки кзади — у 3 (после влагалищного родоразрешения) и одна женщина жаловалась на боли в области послеоперационного рубца (кесарево сечение).

3. Послеоперационный рубец на брюшной стенке у всех оперированных женщин был в хорошем состоянии, послеоперационных грыж обнаружено не было.

4. Беременность наступила у 51 женщины, систематически предохранялись от беременности 45, не жили половой жизнью 7, подверглись стерилизации при кесаревом сечении 6, находились в климактерическом периоде 2 женщины. Таким образом, забеременели почти все женщины, у которых можно было предположить возможность зачатия.

5. Из 51 забеременевшей женщины у 15 произошли роды, причем 7 самостоятельно разрешились живыми детьми (3 из них перед этим перенесли кесарево сечение).

6. Трудоспособность у всех 116 женщин была полностью сохранена.

На основании представленной сводки можно признать вполне удовлетворительными результаты родов для матерей при клинически узком тазе в наших наблюдениях. Нужно заметить, что некоторые авторы отмечали после перенесенной операции кесарева сечения наступление расстройства менструального цикла в большинстве случаев и в небольшом числе случаев — частичную утрату трудоспособности.

#### **Исход родов для детей при клинически узком тазе рожениц в зависимости от степени несоответствия**

Каждая из 306 рожениц с клинически узким тазом была беременна одним плодом. Живыми родилось 286 детей и мертворожденными — 20 (из них 13 краниотомированных). Мальчиков родилось 189, девочек — 117.

Все новорожденные отличались крупными размерами и большим объемом головки.

Средний вес мальчиков составлял 3700 г, а девочек — 3430 г. В частности, новорожденных весом от 4000 до 4500 г было 63 и до 6000 г — 16.

Средняя окружность головки по прямому размеру у мальчиков была определена в 37,1 см, у девочек — в 36,8 см. Исключая краниотомированных, окружность головки новорожденных была такой: 34—35 см — у 75, до 37 см — у 154, до 39 — у 58 и до 41 см — у 6 новорожденных. В литературе имеются указания на то, что роды мальчиками проходят труднее, так как мальчики отличаются более крупной и плотной голов-

кой, чем девочки. Можно отметить, по нашим наблюдениям, что чем больше была степень несоответствия между тазом роженицы и головкой плода, тем больше была окружность головки (табл. 31). Конечно, твердого правила из этого нельзя установить ввиду сравнительно небольшого количества наблюдений.

Таблица 31

**Величина окружности головки и вес новорожденных в зависимости от степени несоответствия**

Степень несоответствия между тазом роженицы и головкой плода	Средняя окружность головки, см	Средний вес новорожденных, г
I степень . . . . .	36	3 525
II степень . . . . .	36,7	3 670
III степень . . . . .	37,3	3 610
Родоразрешение с началом или до начала родовой деятельности (кесарево сечение) . . . . .	36,1	3 540

Из 286 новорожденных 59 родились в асфиксии, все они были оживлены. У 99 (34,6%) детей при рождении были констатированы симптомы внутричерепной травмы различной тяжести. Наибольшее число детей с явлениями внутричерепной травмы родилось от матерей при II степени несоответствия между тазом и головкой, когда роды, как правило, заканчивались через естественные родовые пути. После операции кесарева сечения внутричерепная травма детей (20 случаев) была отмечена преимущественно при затянувшихся родах, особенно при длительном проведении функциональной оценки таза роженицы в периоде изгнания.

Кефалогематома была обнаружена у 5 новорожденных (в 3 случаях накладывали щипцы).

Вдавление костей черепа имелось у 2 новорожденных (у одного — ягодичное предлежание, у одного — кесарево сечение).

Парез плечевого сплетения произошел у 2 новорожденных (1 самостоятельные роды при II степени несоответствия и I абдоминальное родоразрешение). Парез лицевого нерва также был установлен у

2 новорожденных (1 самостоятельные роды и 1 наложение щипцов).

Пролежень мягких тканей головки был отмечен у 4 новорожденных (3 родились самостоятельно и в одном случае было абдоминальное родоразрешение).

С резко выраженной конфигурацией головки родилось 147 детей.

Краниотомия мертвого плода была произведена в 13 случаях: 9 — в головном предлежании и 4 — последующей головки (3 из них при наличии гидроцефалии).

Как было указано, мертворождений было 20 (табл. 32): у 14 первородящих рожениц и у 6 повторнородящих, причем роды в различных вставлениях головки плода были в 15 случаях и тазовом предлежании — в 5 случаях. У 9 рожениц таз был нормальных размеров, а у остальных — различных степеней сужения (см. табл. 32). Мертворождение при самостоятельных родах произошло у одной роженицы, при кесаревом сечении — у 2 рожениц.

Таблица 32

**Мертворождаемость и ранняя детская смертность при различных степенях несоответствия между тазом роженицы и головкой плода**

Степень несоответствия между тазом роженицы и головкой плода	Число рожениц	Мертворожденных	Умерло в первые дни жизни
I степень . . . . .	25	—	—
II степень . . . . .	55	5	7
III степень . . . . .	172	15	2
Разрешено с началом или до начала родовой деятельности (кесарево сечение) . .	54	—	—
Всего . . .	306 (100 %)	20 (6,5 %)	9 (2,9 %)

Умерло в первые дни жизни 9 детей (см. табл. 32): 6 у первородящих женщин и 3 у повторнородящих. Все эти дети родились в головном предлежании: 6 самостоятельно, 2 при помощи полостных щипцов и один извлечен абдоминальным путем.

При произведенной аутопсии у всех умерших детей обнаружена внутричерепная травма с кровоизлияниями в различные отделы головного мозга и мозговые оболочки.

Более благоприятный исход родов для детей при клинически узком тазе рожениц наблюдался при первой степени несоответствия, а также при значительной диспропорции между тазом и головкой, когда функциональная неполноценность таза была очевидной до родов и абдоминальное родоразрешение было предпринято с началом родовой деятельности.

Как было указано выше, мертворождаемость при кесаревом сечении наблюдалась в 2 случаях на 205 операций (0,97%), ранняя детская смертность в одном случае (0,47%), общая потеря детей при кесаревом сечении составляла 1,4%.

В. Я. Илькевич, М. Ф. Леви и С. А. Селицкий (1930) мертворождаемость при кесаревом сечении по поводу узкого таза наблюдали в 3,8% случаев, Б. А. Архангельский (1937) — в 6%, а по данным К. Н. Жмакина, Я. Н. Волкова, М. М. Репиной (1952) — в 1,5%.

В наших наблюдениях мертворождаемость ко всей группе рожениц с клинически узким тазом составляла 6,5%, ранняя детская смертность — 2,9%, общая потеря детей — 9,4%.

Анализ случаев мертворождений дает основание считать, что в ряде случаев плохой исход для плода мог быть предотвращен при более раннем применении кесарева сечения.

Для выяснения отдаленных результатов исхода родов для детей при клинически узком тазе рожениц было обследовано 112 детей в разные сроки их жизни: от 7 до 12 месяцев — 2, от 1 года до 3 лет — 39, от 3 до 5 лет — 39 и от 5 до 9 лет — 32 ребенка.

Из этих детей 5 родились при I степени несоответствия между тазом роженицы и головкой плода, 16 — при II степени и 91 — при III степени несоответствия. 19 детей родились самостоятельно, при помощи акушерских щипцов — 5 детей, при помощи вакуум-экстрактора — один ребенок. Остальные 87 детей рождены путем кесарева сечения. У 6 детей после рождения имелись симптомы тяжелой внутричерепной травмы, у 14 средней тяжести и у 17 — легкие. У одного ребенка после

рождения был отмечен пролежень мягких тканей головки.

У 105 детей было установлено нормальное физическое развитие. 6 детей отставали в развитии: у 2 из них после родов были выявлены симптомы тяжелой внутричерепной травмы, у 2 — средней тяжести. Двое детей стали ходить около 2 лет, один около 3 лет. Один ребенок умер в возрасте 11 месяцев от менингита.

Нормальное психическое развитие выявлено у 111 детей, но необходимо отметить, что 5 детей стали поздно говорить (около 2 лет), из них 2 родились с внутричерепной травмой. Один ребенок психически достаточно развит, говорит хорошо, но очень тихо, резко возбудим: он родился с тяжелой внутричерепной травмой. Косоглазие выявлено у одного ребенка, которое появилось в возрасте 11 месяцев: после родов имелись легкие симптомы внутричерепной травмы. И один ребенок в возрасте 3 лет, страдавший тяжелой внутричерепной травмой после рождения, резко возбудим, говорит плохо, но сообразителен.

Большинство обследованных детей перенесло различные инфекционные заболевания, свойственные детскому возрасту. Рахит в раннем возрасте перенесли 2 ребенка.

На искусственном вскармливании находилось 35 детей.

Приведенные данные хотя и немногочисленны, однако позволяют предполагать, что роды, связанные с наличием несоответствия между тазом роженицы и головкой плода, в некоторых случаях могут оказывать отрицательное влияние на дальнейшее физическое и психическое развитие детей.

---

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Анализ течения и исхода родов при клинически узком тазе позволил выявить целый ряд особенностей, присущих такой акушерской патологии, а также установить причины, способствующие возникновению несоответствия между тазом роженицы и головкой плода. К клинически узкому тазу отнесены все случаи несоответствия между головкой и тазом независимо от размеров последнего. Необходимо подчеркнуть, что в группу родов при клинически узком тазе включены не только роды, закончившиеся хирургическим путем, но и самопроизвольные роды, если их течение, особенности вставления головки и механизма родов указывали на наличие диспропорции между тазом роженицы и головкой плода.

Только такое понимание клинически узкого таза дает возможность получить правильное представление о частоте данной патологии, особенностях течения родов и их исходе.

Совершенно непонятно, почему до последнего времени акушеры упорно продолжают объединять в одну группу анатомически и клинически узкий таз и совершенно игнорируют четкое разграничение этих двух понятий, данное Б. А. Архангельским, Мартином и др. более 30 лет назад. Исчисление всех осложнений и хирургических вмешательств по отношению ко всем анатомически узким и клинически узким тазам, несмотря на то что в 73%<sup>1</sup> суженный таз оказывается функционально полноценным, дезориентирует акушеров. Этим обстоятельством, по-видимому, можно объяснить неудовлетворительный исход родов для женщины и плода при клинически узком тазе.

Частота клинически узкого таза, по нашим данным, составляет 1,3% по отношению ко всем родам. При ана-



томически узком тазе несоответствие между тазом роженицы и головкой плода встречается в 27% случаев, при нормальных его размерах — в 0,3% случаев.

Среди причин, способствующих возникновению несоответствия между тазом роженицы и головкой плода, резкие анатомические изменения таза как основная причина диспропорции в наших наблюдениях имели место в 11,7% случаев; большой объем головки плода как при относительном сужении таза, так и при нормальных его размерах — в 70% случаев; неблагоприятное вставление головки как причина диспропорции наблюдалось в 16%, прочие причины — в 2,3% случаев.

Таким образом, у большинства женщин с анатомически узким тазом причиной несоответствия послужило сочетание таких факторов, как относительная степень сужения таза и наличие крупной плотной головки или неправильное вставление ее. При нормальных размерах таза большой объем головки или неблагоприятное вставление ее были основными причинами диспропорции.

Совершенно очевидно, что к клинически узкому тазу следует относить и те случаи, когда емкость полости малого таза резко уменьшена вследствие наличия большого миоматозного узла или других опухолей таза, в результате ущемления второго рога матки и т. п. Эти неблагоприятные факторы создают непреодолимое препятствие для прохождения головки и, следовательно, являются причиной диспропорции между тазом женщины и головкой плода.

Анатомическое сужение таза (кроме III и IV степени сужения) следует рассматривать обстоятельством, предупреждающим о возможности возникновения несоответствия в родах. Поэтому функциональной оценке таза в родах должна предшествовать анатомическая его оценка, которая является обязательной при обследовании каждой роженицы. Выявление характера сужения таза помогает акушеру правильно оценить особенности вставления головки и механизма родов, свойственные той или иной форме таза.

В последние десятилетия благодаря широким профилактическим и оздоровительным мероприятиям в Советском Союзе частота анатомически узкого таза значительно снизилась, особенно таких патологических форм, как рахитический, кифотический и кососуженный

таз. Абсолютное сужение таза (III и IV степень) в настоящее время встречается крайне редко. Так, по нашим данным, анатомически узкий таз выявлен за последние 10 лет у 851 женщины на 23 538 родов, что составляет 3,6%. При этом первая степень сужения обнаружена в 91,2%, вторая — в 8,6%, третья — в 0,2% случаев.

Из различных клинических методов анатомической оценки таза наибольшего внимания заслуживает определение величины истинной конъюгаты по диагональной. Однако для уточнения истинных размеров таза наибольшего внимания заслуживает рентгенологический метод.

Рентгенологическое обследование таза дает возможность установить также те формы сужения, которые при обычном акушерском исследовании часто не распознают, например поперечносуженный таз.

Совершенно очевидно, что строгое обоснование показаний должно являться одним из неперенных условий для применения рентгенографии таза с целью определения формы сужения и истинных размеров. Во избежание вредности облучения число снимков не должно превышать двух.

Что касается прогноза родов на основании рентгенологической картины, то следует отметить, что существующие методы рентгенографии не дают возможности установить точные соотношения между тазом и головкой и диагностировать все тонкости механизма родов. Поэтому выявление несоответствия между тазом и головкой может быть осуществлено лишь при тщательном клиническом наблюдении и обследовании с учетом имеющихся рентгенологических данных о размерах и форме сужения таза.

Несомненными диагностическими признаками клинически узкого таза в родах являются следующие: особенности вставления головки и механизма родов, особенности конфигурации головки, наличие признака Вастена, симптомы прижатия мочевого пузыря, отсутствие поступательных движений головки при полном открытии и энергичной родовой деятельности, симптомы угрожающего разрыва матки.

При ведении родов с клинически узким тазом важно не только своевременное диагностирование такого па-

тологического состояния, но еще более важным является установление степени несоответствия, так как именно этот фактор предопределяет исход родов и выбор метода их ведения.

Перечисленные выше диагностические признаки клинически узкого таза следует рассматривать и как тесты функциональной оценки его.

Анализ особенностей течения и исхода родов на основании указанных тестов функциональной диагностики позволил нам предложить в 1960 г. классификацию клинически узкого таза по трем степеням несоответствия между тазом матери и головкой плода. Это предложение продиктовано необходимостью помочь практическому врачу правильно ориентироваться в выборе более целесообразных методов терапии родов при клинически узком тазе.

Ведение родов при клинически узком тазе зависит от степени несоответствия между тазом роженицы и головкой плода. При I степени несоответствия ведение родов должно быть строго выжидательным. При II степени несоответствия роды в большинстве случаев следует проводить также выжидательно. Однако длительное стояние головки в одной плоскости, что характерно для II степени несоответствия, ведет к высокой детской смертности. По-видимому, выжидательное ведение родов при II степени несоответствия не всегда можно считать целесообразным. Так, например, сочетание II степени несоответствия с выраженным анатомическим сужением таза (II степень сужения), пожилым возрастом первородящей, отягощенным акушерским анамнезом (мртворождения в анамнезе, длительное бесплодие) и другими осложнениями в родах должны послужить основанием для абдоминального родоразрешения.

При III степени несоответствия и при отсутствии условий для устранения причины диспропорции единственным целесообразным методом терапии следует считать кесарево сечение, так как при абсолютном несоответствии роды через естественные родовые пути невозможны без уменьшения объема головки плода.

В наших наблюдениях самостоятельные роды при клинически узком тазе произошли в 21,2% случаев, а хирургические вмешательства, направленные на устранение диспропорции, были предприняты в 71,3% (кранио-

томия в 4,3%, кесарево сечение — в 67% случаев). В остальных случаях (7,5%) хирургические вмешательства были продиктованы другими показаниями.

Полученные нами данные об исходе родов как для матери, так и для плода по всей группе рожениц с клинически узким тазом — 0,6% материнская смертность и 9,4% общая потеря детей — еще раз подтверждают, что клинически узкий таз является одним из тяжелейших разделов патологического акушерства, требующим самого тщательного изучения.

Анализ исхода родов для матери и плода показал, что основная причина тяжелых осложнений — это чрезмерное выжидание. Своевременное выявление III степени несоответствия, а следовательно, и более раннее применение кесарева сечения безусловно способствовало бы более благоприятному исходу родов. Чрезмерное выжидание при ведении родов с клинически узким тазом отчасти можно объяснить теми затруднениями в прогнозе родов, с которыми акушер сталкивается у постели роженицы. Действительно, в начале родов и даже в конце периода раскрытия нередко трудно предугадать, преодолимо ли имеющееся препятствие или нет. Однако несомненно, что при тщательном учете всех тех особенностей течения родов, которые присущи клинически узкому тазу, возможно более своевременное диагностирование такой патологии, а также установление степени несоответствия.

Значительное число краниотомий (4,3%) в наших наблюдениях можно объяснить чрезмерным консерватизмом при ведении родов с клинически узким тазом. При своевременном выявлении клинически узкого таза и степени диспропорции единственным методом родоразрешения при III степени несоответствия, а в некоторых случаях и при II степени несоответствия должно быть кесарево сечение.

По нашему мнению, краниотомия при клинически узком тазе может иметь место только в случаях уродства плода (гидроцефалия и др.). Внутриутробная смерть плода в родах при клинически узком тазе и при отсутствии каких-либо патологических изменений в организме плода всегда возникает в результате или чрезмерного консерватизма при ведении родов, или диагностической ошибки.

Необходимо также отметить, что применение щипцов, особенно при II степени несоответствия, нередко вызывает большие, а иногда и непреодолимые затруднения, особенно при поперечносуженном тазе.

Наиболее благоприятный исход родов для плода после наложения щипцов мы отметили в случаях несоответствия при простом плоском тазе.

На значительные затруднения при наложении полостных щипцов при диспропорции, особенно при поперечносуженном тазе, а также на тяжелые последствия при этом для матери и плода указывают многие акушеры, и с этим нельзя не согласиться.

Учитывая неблагоприятный исход для плода после затрудненного наложения щипцов, следует ограничить применение этой операции при клинически узком тазе с несоответствием II степени, особенно в тех случаях, когда одной из причин несоответствия является поперечное сужение таза. При такой ситуации все преимущества имеет вакуум-экстрактор.

Клиническая картина несоответствия между тазом роженицы и головкой плода является весьма характерной и своеобразной независимо от причины, обусловившей диспропорцию. С нарастанием степени несоответствия течение родов отличается многообразием различных признаков клинически узкого таза.

Прогноз родов при клинически узком тазе определяется не степенью анатомического сужения таза (за исключением III и IV степени сужения), а степенью несоответствия между тазом и головкой. Абсолютное несоответствие может возникнуть как при анатомически узком тазе, так и при его нормальных размерах, если головка чрезмерно велика для данного таза или вставление ее неблагоприятно.

Уделяя особое внимание ведению родов при клинически узком тазе и изучению особенностей течения и исхода родов при этой патологии, нам удалось несколько снизить за последние годы как материнскую, так и детскую смертность.

По опубликованным ранее данным мертворождаемость при клинически узком тазе в Институте акушерства и гинекологии СССР составляла 11,5%, материнская смертность — 0,9%. За 1948—1958 гг. мертворождаемость снизилась до 6,5%, материнская смертность — до 0,6%.

За последние 4 года мертворождаемость при клинически узком тазе не превышает 4,6%, а случаев материнской смертности не было в течение последних 8 лет.

Неуклонный рост общего благосостояния трудящихся в нашей стране в сочетании с лечебно-профилактическими мероприятиями и широким охватом населения физкультурой несомненно обеспечит дальнейшее снижение частоты анатомически узкого таза, что в свою очередь еще понизит частоту клинически узкого таза.

Одним из серьезных факторов, способствующих возникновению несоответствия между тазом и головкой, является переносенная беременность, которая, по нашим данным, наблюдалась в 13,7% по отношению ко всей группе клинически узкого таза. Поэтому следует обратить особое внимание на борьбу с перенашиванием.

Профилактика клинически узкого таза, совершенствование методов установления этой патологии и ее терапии безусловно помогут выполнению основной и благородной цели акушера — сохранить жизнь и здоровье матери и ребенка.

---

## ЛИТЕРАТУРА

### а) Отечественная

- Алабовская В. А. Роды при узком тазе. В кн.: Вопросы акушерства и гинекологии. Воронеж, 1959.
- Александров И. Н. Материалы к вопросу о разрывах матки во время родов. Дисс. М., 1900.
- Амбодик-Максимович Н. М. Искусство повивания или наука о бабичьем деле. СПб, 1784—1786.
- Арешев Г. Я. Искусственные преждевременные роды (по способу Собестианского) как более естественный противовес кесаревому сечению. Труды VIII Всесоюзного съезда акушеров-гинекологов. Киев, 1930, стр. 220—224.
- Арешев Г. Я. Таз армянки. Труды I Закавказского съезда акушеров-гинекологов. Тифлис, 1930, стр. 86—95.
- Арист И. Д. Об операции кесарского сечения. Материалы трудов II съезда акушеров-гинекологов. Челябинск, 1952, стр. 119—123.
- Арист И. Д. К проблеме узкого таза. Материалы трудов II съезда акушеров-гинекологов. Челябинск, 1952, стр. 104—106.
- Архангельский Б. А. Новые пути в области акушерского тазоизмерения и определения размеров плода. Гинекология и акушерство, 1924, 2—3, 119—136.
- Архангельский Б. А. Новый метод прогноза родов. М., 1926.
- Архангельский Б. А. Узкий таз. Журнал акушерства и женских болезней, 1935, 46, 1, 23—32.
- Архангельский Б. А. Узкий таз. Труды IX Всесоюзного съезда акушеров-гинекологов. М.—Л., 1937, стр. 28—29.
- Архангельский Б. А. Клиника узкого таза. Акушерство и гинекология, 1939, 2—3, 98—114.
- Астринский С. Д. Клиническое значение угла наклона таза во время беременности и родов. Акушерство и гинекология, 1939, 6—7, 77—79, 95—97.
- Астринский С. Д. Вальхеровское положение. Большая медицинская энциклопедия. Изд. 2-е. Т. 4. М., 1958, стр. 920—921.
- Багирбекова К. Высокое прямое стояние головки. Азербайджанский медицинский журнал, 1941, 4, 54—57.
- Бартельс А. В. Роды крупным плодом. Труды VI съезда Всесоюзного общества акушеров и гинекологов. М., 1925, стр. 418.

- Белошакко П. А., Яковлев И. И. Руководство по оперативной помощи при родах. М., 1930.
- Белошакко П. А., Шахтмейстер С. Я. Простой способ рентгенологического измерения. Акушерство и гинекология, 1952, 2, 35—38.
- Белошакко П. А., Шахтмейстер С. Я. Клиническая оценка рентгенологической пельвиметрии. Акушерство и гинекология, 1953, 2, 26—33.
- Белошакко П. А. Рентгенологический метод измерения головки внутриутробного плода. В кн.: Тезисы докладов VIII научно-отчетной конференции. Института акушерства и гинекологии Министерства здравоохранения СССР. М., 1954, стр. 46.
- Белуцкий В. П. К вопросу о родах в лобном предлежании. Труды Курского государственного медицинского института. Курск, 1946, 2, 1, стр. 121—126.
- Беляев И. Т., Тимонина Т. К. Терапия родов при узком тазе. Материалы трудов II съезда акушеров-гинекологов. Челябинск, 1952, стр. 107—111.
- Бокштейн М. Е. Определение размеров таза при помощи рентгеновских лучей (рентгеновская пельвиметрия). Автореферат канд. дисс. Л., 1949.
- Бондарь-Трофимова В. А. Ведение родов при узком тазе. Сборник научных работ Днепропетровского государственного медицинского института. Днепропетровск, 1956, стр. 189—190.
- Бредов Р. К. Материалы для более точного установления показаний к кесарскому сечению и операциям уменьшающим объем плода при высших степенях сужения таза. Дисс. СПб, 1866.
- Бурдэ Б. И. Роды при узком тазе за 35 лет (1922—1956). Акушерство и гинекология, 1958, 5, 41—44.
- Бурлаков В. М. Цель, условия и показания к операции так называемых «высоких щипцов». Журнал акушерства и женских болезней, 1895, 9, 41—63.
- Вейс В. П. Ближайшие и отдаленные результаты операции кесарского сечения. Акушерство и гинекология, 1952, 3, 41—44.
- Виккер Б. З., Образова Ю. К. К вопросу о течении родов при узком тазе по материалам акушерской клиники. Труды Томского государственного медицинского института. Томск, 1937, 1(4), стр. 205—211.
- Виридарский С. Т. Отчет по акушерскому отделению Императорского клинического повивально-гинекологического института за время с 1883—1893 гг. Дисс. СПб, 1893.
- Вофф И. А. Медицинский отчет акушерского отделения клиники акушерства и женских болезней при императорской военно-медицинской академии с 1 января 1884 г. по 1 января 1891 г. Дисс. СПб, 1891.
- Выдрин М. Л. Учебник акушерства. Минск, 1947.
- Гарфункель Я. Об измерении выхода таза в акушерском отношении. Дисс. СПб, 1876.
- Гельстром И. Акушерское тазоизмерение и тазомеры с точки зрения практической и критической. Дисс. М., 1873.
- Гентер Г. Г. Пробные роды или кесарское сечение. Труды VIII Всесоюзного съезда акушеров-гинекологов. Киев, 1930, стр. 201—205.



- Гентер Г. Г. Узкий таз. Акушерский семинар. Т. III. Л., 1933.
- Гентер Г. Г. Учебник акушерства. Л., 1937.
- Грамматикати И. Н. Некоторые клинические данные об узких тазах. Врач, 1886, 7, 573—597.
- Груздев В. С. Курс акушерства и женских болезней. Берлин, 1922.
- Груздев В. С., Тимофеев А. И. К современному положению вопроса об абдоминальном кесарском сечении. Труды VIII Всесоюзного съезда акушеров-гинекологов. Киев, 1930, стр. 142—152.
- Губарев А. П. Механизм родов и акушерский фантом. М.—Л., 1925.
- Гугенбергер Ф. К. К вопросу о показаниях к кесарскому сечению. Московский врачебный вестник, 1879, 13, 14.
- Гусаков Л. А. К вопросу об оценке геботомии в терапии узкого таза. Журнал акушерства и женских болезней, 1914, 29, 508—511.
- Гусаков Л. А. Пубиотомия как один из методов лечения узкого таза. Труды IX Всесоюзного съезда акушеров-гинекологов. М.—Л., 1937, стр. 35—37.
- Гусаков Л. А. О видоизмененной операции Дэрфлера. Акушерство и гинекология, 1939, 11, 64—66.
- Давыдов Г. Л. Сравнительная оценка способов родоразрешения при средних степенях сужения таза. Русский врач, 1907, 37, 1273—1277.
- Дмитриев А. Г. Материалы к вопросу о высоких акушерских щипцах. Дисс. СПб, 1898.
- Добрынин П. И. Полное руководство к изучению повивального искусства с изложением кратких правил ухода и пособий при женских болезнях. СПб, 1894.
- Елкин М. В. Экстраперитонеальное кесарево сечение в терапии узкого таза. Труды IX Всесоюзного съезда акушеров-гинекологов. М.—Л., 1937, стр. 32—35.
- Елкин М. В. Кесарское сечение при узком тазе. Советская медицина, 1940, 19, 27—29.
- Ермаков В. В. Роды в лобном предлежании. Дисс. М., 1953.
- Ермаков В. В. К вопросу об этиологии лобных предлежаний в родах. Советская медицина, 1955, 8, 45—51.
- Ермаков В. В. К вопросу о биомеханизме родов при лобном предлежании. Акушерство и гинекология, 1955, 4, 32—35.
- Жарковская А. С. Ведение родов при узком тазе. В кн. Вопросы акушерства и гинекологии. Курск, 1952, в. 3, стр. 36—41.
- Жаров П. В. К вопросу о течении родов при узком тазе: осложнения и терапия их по данным Роддома им. Грауэрмана. Журнал акушерства и женских болезней, 1931, 42, 5/6, 515—525.
- Жмакин К. Н. Хирургическое направление в акушерстве. В кн.: Оперативное акушерство. Под ред. А. И. Крупского. Киев, 1934, стр. 60—70.
- Жмакин К. Н. и Крупский А. И. Акушерские щипцы. В кн.: Оперативное акушерство. Под ред. А. И. Крупского. Киев, 1934, стр. 158—204.

- Жмакин К. Н., Волков Я. Н., Репина М. М. Кесаревое сечение в современном акушерстве. Акушерство и гинекология, 1952, 3, 30—40.
- Жорданиа И. Ф. Объективные признаки 35-недельной беременности. Акушерство и гинекология, 1940, 12, 40—43.
- Жорданиа И. Ф. Травматизм женщины в родах и меры его предупреждения. Акушерство и гинекология, 1950, 4, 3—11.
- Жорданиа И. Ф. Учебник акушерства. М., 1955.
- Замшин А. И. К вопросу о кесарском сечении при относительном показании. Дисс. СПб, 1888.
- Заславская П. С. Самопроизвольные роды при узком тазе. Сборник научных трудов Киргизского государственного медицинского института. Т. 5. Фрунзе, 1950, стр. 203—209.
- Захарова З. М. К клинике высокого прямого стояния головки. Акушерство и гинекология, 1949, 1, 14—18.
- Зеленцова М. К. Кесарское сечение. Материалы трудов II съезда акушеров и гинекологов. Челябинск, 1952, стр. 124—126.
- Иванов Н. З. К вопросу об этиологии, профилактике и лечении разрывов матки во время родов. Труды Московского акушерско-гинекологического общества. М., 1904, т. XVII, стр. 1—47.
- Иванов Н. З. Особенности родов при уродливостях плода. Журнал акушерства и женских болезней, 1912, 27, 715—722.
- Иловайская К. С. Течение, осложнения и ведение родов при крупном плоде. Автореферат канд. дисс. Саратов, 1955.
- Ильин Ф. Н. К вопросу о пубитомии. Дисс. СПб, 1907.
- Илькевич В. Я. Влияние положения роженицы и ее нижних конечностей на размеры и вместимость костного таза. Практическое значение этого. Гинекология и акушерство, 1922, 6, 3—38.
- Илькевич В. Я., Леви М. Ф., Селицкий С. А. Кесарское сечение в Москве за 7 лет (1921—1927 гг.). Труды VIII Всесоюзного съезда акушеров-гинекологов. М., 1930, стр. 153—198.
- Казаросян Р. Н. Некоторые данные рентгенометрии таза женщины. Акушерство и гинекология, 1956, 4, 13—17.
- Калганова Р. И. Клинически узкий таз. Акушерство и гинекология, 1953, 3, 33—37.
- Калганова Р. И. О высоком прямом стоянии головки. Акушерство и гинекология, 1958, 3, 8—10.
- Калганова Р. И. О поперечносуженном тазе. Советская медицина, 1960, 3, 81—84.
- Калганова Р. И. О родах при клинически узком тазе. Вопросы охраны материнства и детства, 1960, 4, 72—76.
- Калганова Р. И. О признаке Вастена. Педиатрия, акушерство и гинекология, 1960, 3, 58—60.
- Калганова Р. И. К вопросу об асинклитическом вставлении головки. Сборник научных трудов Института акушерства и гинекологии РСФСР. М., 1961.
- Калинников Я. И. и Ржехина А. О. Терапия узкого таза за 10 лет (1925—1934 гг.). Труды IX съезда акушеров и гинекологов. М.—Л., 1937, стр. 61.
- Каплан А. Л. Рентгенография в акушерстве. Гинекология и акушерство, 1932, 5—6, 30—34.

- Ка я л о в а Е. Я. Осложнение родов узким тазом по материалам Родильного дома имени В. Ф. Снегирева (1936—1945 гг.). Сборник, посвященный 175-летию Родильного дома имени В. Ф. Снегирева. Л., 1949, стр. 437—444.
- К в а т е р Н. И., К а г а н о в и ч И. И. Клиническое течение родового акта при подвижной головке у первородящих. Гинекология и акушерство, 1933, 6, 26—30.
- К и р е е в с к и й М. Н. Терапия узкого таза. Труды IX Всесоюзного съезда акушеров-гинекологов. М.—Л., 1937, стр. 62—63.
- К и р е е в с к и й М. Н. Терапия узкого таза. Труды Кубанского медицинского института. Краснодар, 1947, стр. 233—246.
- К и с е л е в Н. С. Краткий курс акушерства. Пг., 1915.
- К и с с и н С. В. К вопросу о высоком прямом стоянии головки плода. Гинекология и акушерство, 1926, 1, 50—53.
- К и т е р А. А. Руководство к изучению акушерской науки. СПб., 1857, 1858.
- К о л о с о в М. А. Оперативное акушерство. М., 1931.
- К о р а б л е в Г. Учение о жизни женской касательно половых отправления, изложенное в физиологическом, диетическом, патологическом, терапевтическом и оперативном отношениях. Часть 3. М., 1843.
- К о р о б и ц ы н К. Я. Кесарское сечение по данным акушерско-гинекологической клиники Днепропетровского медицинского института. Труды VIII Всесоюзного съезда акушеров-гинекологов. Киев, 1930, стр. 226—234.
- К р а с с о в с к и й А. Я. Курс практического акушерства. СПб, в. 1—3, 1865—1879.
- К р а с с о в с к и й А. Я. Оперативное акушерство со включением учения о неправильностях женского таза. СПб, 1879, 1885, 1889.
- К р и в с к и й Л. А. К вопросу о задне-теменном вставлении головки по материалам Императорского Санкт-Петербургского родовспомогательного заведения. Дисс. СПб, 1905.
- К р и в с к и й Л. А. Современное положение гебостеотомии. Врачебная газета, 1912, 35, 1201—1237.
- Л а з а р е в и ч И. П. Исследование живота беременных. Харьков, 1865.
- Л а з а р е в и ч И. П. Курс акушерства. СПб, т. 1—2, 1892.
- Л а н к о в и ц А. В. 4549 родов при анатомически узких тазах. Акушерство и гинекология, 1936, 2, 176—187.
- Л а н к о в и ц А. В. К вопросу о несоответствии таза роженицы и головки плода. Акушерство и гинекология, 1948, 3, 42.
- Л а н к о в и ц А. В. Операция наложения акушерских щипцов. М., 1956.
- Л а н к о в и ц А. В. К вопросу об определении величины плода в родах и о некоторых факторах его развития. Вопросы охраны материнства и детства, 1961, 10, 44—49.
- Л е в и т И. Б. Терапия узкого таза. Труды IX Всесоюзного съезда акушеров-гинекологов. М., 1937, стр. 61—62.
- Л е в и т с к и й Д. И. Руководство к повивальной науке. М., 1821.
- Л е д о м с к и й В. И. К вопросу о патологии и терапии разрывов матки. Журнал акушерства и женских болезней, 1909, 1, 21—41; 2, 151—175.

- Лепилина М. И. Роды крупным плодом. Автореферат канд. дисс. Л., 1949.
- Либов Б. А. Об объективных признаках диагностики восьмимесячной беременности. Журнал акушерства и женских болезней, 1928, 39, 2, 332—333.
- Лившина Р. Л. Терапия родов при узком тазе. Сборник трудов госпитальной акушерско-гинекологической клиники Харьковского медицинского института. Харьков, 1936, стр. 65—78.
- Линник С. А. Эффективность работы женских консультаций в профилактике родов при узком тазе. Акушерство и гинекология, 1938, 4, 63—66.
- Липский К. А. К вопросу о редкой аномалии вставления головки плода во входе в таз при затылочных положениях. Журнал акушерства и женских болезней, 1911, 26, 1333—1348.
- Липский К. А. Сравнение профилактического поворота с высокими щипцами и самопроизвольными родами при узком тазе по материалу Московской акушерской клиники за период с 1 января 1899 г. по 1 января 1912 г. Сборник работ, посвященный научно-клинической деятельности проф. Н. И. Побединского. М., 1914, стр. 83—106.
- Лялин Н. Д. Терапия родов при узком тазе. Журнал акушерства и женских болезней, 1934, 45, 4, 237—244.
- Малиновская В. К. Рентгенологическое исследование форм малого таза в акушерстве. Акушерство и гинекология, 1957, 2, 16—21.
- Малиновская В. К. Анатомические изменения задней стенки малого таза в рентгенологическом изображении. Акушерство и гинекология, 1958, 1, 52—55.
- Малиновская С. Я. Роды при передне-теменном вставлении головки (асинклитизм). Автореферат канд. дисс. М., 1957.
- Малиновский М. С. и Кушнир М. Г. Руководство по оперативному акушерству. М., 1931.
- Малиновский М. С. Оперативное акушерство. М., 1955.
- Малявинский В. М. О высоком прямом стоянии головки. Гинекология и акушерство, 1930, 2, 249—257.
- Малявинский В. М. О физиологическом положении головки плода во входе малого таза. Акушерство и гинекология, 1957, 3, 50—55.
- Мандельштам А. Э. К вопросу о высоком прямом стоянии головки. Журнал акушерства и женских болезней, 1927, 38, 541—552.
- Марковский А. В. Прободение головки. В кн.: Четыре года клинической жизни Императорского клинического повивально-гинекологического института (1904—1907 гг.). СПб, 1911, стр. 52—72.
- Марковский А. В. Профилактические операции в терапии узкого таза. Труды V съезда Общества российских акушеров и гинекологов. Харьков, 1915, стр. 29—42.
- Массен В. Н. Наблюдения над течением родов при узком тазе. Перфорация и профилактический поворот. Сборник работ по акушерству и женским болезням, посвященный проф. К. Ф. Славянскому. СПб, 1894, стр. 437—459.

- Массен В. Н. К вопросу о предохранительном и лечебном повороте при узком тазе. Врач, 1898, 19, 1, 6.
- Матвеев А. П. Курс акушерства для учащихся. Киев, 1856.
- Мельников Н. А., Флоров М. В. Течение и терапия родов при узком тазе. Журнал акушерства и женских болезней, 1928, 39, 6, 706—715.
- Минин Н. С., Шипунъ Л. Н., Исакова И. К. Ведение родов при узком тазе. Труды IX Всесоюзного съезда акушеров-гинекологов. М.—Л., 1937, стр. 38—42.
- Миронова С. М. Разрывы матки во время родов по материалам Родильного дома им. проф. В. Ф. Снегирева в Ленинграде за 25 лет (1898—1923 гг.). Журнал акушерства и женских болезней, 1925, 36, 1, 29—34.
- Михайлов В. М. Средние русские акушерские итоги за 50 лет. Дисс. СПб, 1895.
- Михайлов Н. Н. О кесарском сечении с хирургической точки зрения. Журнал акушерства и женских болезней, 1916, 30, 12, 983—990.
- Молчанова Г. Я. Роды в лицевом предлежании. Автореферат канд. дисс. М., 1953.
- Морозова В. В. Значение индекса Соловьева в акушерстве. Сборник трудов кафедры акушерства и гинекологии Архангельского медицинского института. Архангельск, 1957, 151—154.
- Мошков Б. Н. Диагностическая ценность боковой конъюгаты в акушерстве. Акушерство и гинекология, 1936, 8, 950—953.
- Мурадян А. О. Произвольные роды при узком тазе. Труды I Закавказского съезда акушеров-гинекологов. Тифлис, 1931, 136—145.
- Муратов А. А. Материалы для акушерской статистики г. Москвы. Дисс. М., 1879.
- Навротский С. Г. Узкий таз. Труды Крымского государственного медицинского института. Симферополь, 1936, 151—156.
- Нестерова А. А. Высокое прямое стояние головки. Гинекология и акушерство, 1928, 3, 337—342.
- Новицкий А. А. Способы родоразрешения при узком тазе. Дисс. СПб, 1892.
- Окинчиц Л. Л. Современное состояние вопроса об узком тазе. Акушерство и гинекология, 1937, 11, 43—48.
- Опалева Е. Ф. К вопросу ведения родов при узких тазах. Труды Ижевского медицинского института. Ижевск, 1951, т. XIII, 236—243.
- Пальмов А. Ф. О высоких акушерских щипцах по материалам С.-Петербургского клинического повивального института за 1904—1911 гг. Дисс. СПб, 1914.
- Пальмов А. Ф. Результаты операции высоких щипцов. Труды V съезда Общества российских акушеров и гинекологов. Харьков, 1915, стр. 63—82.
- Пальмов А. Ф. Терапия родов при узком тазе. Пермь, 1929.
- Пальмов А. Ф. Кесарское сечение при узком тазе. Труды VIII Всесоюзного съезда акушеров-гинекологов. Киев, 1930, стр. 234—242.

- Пальмов А. Ф. Учение об узком тазе и о терапии родов при нем в Центральном институте акушерства и гинекологии за 150 лет его деятельности. В кн.: 150 лет деятельности Центрального института акушерства и гинекологии. Л., 1947, т. II, стр. 58—69.
- Папел Л. Ф. Ручное исправление неправильных вставлений головки с немедленным последующим извлечением плода. Советская врачебная газета, 1935, 24, 1918—1923.
- Парышев Д. А. Ответ доктору Федорову по вопросу о лечении родов при узком тазе. Врач, 1891, 44, 1006—1007.
- Перадзе А. Г. Определение величины плода у рожениц методами наружного исследования. Автореферат канд. дисс. М., 1954.
- Перлис В. С. Наблюдение над конфигурацией детской головки во время родов. Дисс. СПб, 1879.
- Персианинов Л. С. Разрывы матки. М., 1952.
- Петченко А. И. Акушерство. Киев, 1954.
- Побединский М. Н. Рентгенодиагностика в акушерстве и гинекологии. Акушерство и гинекология, 1941, 5, 23—25.
- Побединский М. Н. Узкий таз. В кн.: Очерки акушерской патологии и оперативное акушерство. Под ред. К. Н. Жмакина и Л. Г. Степанова. М., 1954, стр. 172—204.
- Побединский Н. И. К терапии родов при узком тазе. Журнал акушерства и женских болезней, 1903, 17, 31—46.
- Побединский Н. И. Краткий учебник акушерства. М., 1905.
- Побединский Н. И. Обзор способов лечения узкого таза. Труды V съезда Общества российских акушеров и гинекологов. Харьков, 1915, стр. 63—84.
- Покровский И. А. Клинико-рентгенологические параллели в родах при узком тазе. Акушерство и гинекология, 1958, 3, 11—14.
- Полонский Я. Н. Непосредственные и отдаленные результаты кесарского сечения. М., 1939.
- Полонский Я. Н. Современные показания к операции кесарского сечения. Советская медицина, 1952, 3, 29—32.
- Пономарев А. Ф. Кесарское сечение в России. Труды VI Всесоюзного съезда акушеров-гинекологов. М., 1925, 319—324.
- Попов Д. Д. Терапия родов при узком тазе. СПб, 1912.
- Прозоровский Н. М. К вопросу о пубитомии. Русский врач, 1907, 41, 1415—1419.
- Рахманова А. В. Патология узкого таза. Материалы трудов IV съезда акушеров-гинекологов. Челябинск, 1957, стр. 68—72.
- Рейн Г. Е. О расширении показаний с кесарскому сечению. Труды I съезда Общества российских акушеров и гинекологов. СПб, 1904, стр. 49—55.
- Рейнберг С. А. Проблема безопасности рентгенологических исследований. Клиническая медицина, 1958, 4, 3—14.
- Рихтер В. М. Руководство к повивальному искусству, основанное на новейших опытах. М., 1801, 1840.
- Розенфельд Д. И. О недостаточности обычных измерений таза. Акушерство и гинекология, 1936, 2, 160—163.
- Розенфельд Д. И. Акушерское значение формы таза. Акушерство и гинекология, 1937, 2, 17—22.

- Романов М. А. Течение и терапия родов при узком тазе по материалу акушерско-гинекологической клиники Казанского государственного медицинского института за 20 лет (1915—1935 гг.). Труды Казанского государственного медицинского института. Казань, 1935, т. 1—2, 150—159.
- Рузи Д. А. Медицинский отчет акушерского отделения клиники проф. К. Ф. Славянского за 1891 и 1892 гг. Сборник работ по акушерству и женским болезням, посвященный проф. К. Ф. Славянскому. СПб, 1894, 1—78.
- Рудаков А. В. Определение веса плода у рожениц. В кн.: Вопросы физиологии и патологии родового акта. Л., 1958, 1, 58—65.
- Рунге Г. К. К учению о форме таза взрослой женщины. Таз русской женщины. Дисс. СПб, 1888.
- Рымша А. К. К учению о нормальном и узком тазе русской женщины. Дисс. СПб, 1892.
- Сазонов С. В. К статистике родов при узком тазе. Сборник работ, посвященных научно-клинической деятельности проф. Н. И. Побединского. М., 1914, стр. 113—125.
- Сазонова М. Г. Медицинский отчет Спасского городского родильного приюта с 1 января 1890 г. по 1 января 1893 г. Сборник работ по акушерству и женским болезням, посвященный проф. К. Ф. Славянскому. СПб, 1894, стр. 137—195.
- Сахаров Л. С. Кесарское сечение по материалам Одесского второго родильного дома. Труды VIII Всесоюзного съезда акушеров-гинекологов. Киев, 1930, стр. 225—226.
- Сеньковская В. А. Операция краниотомии в терапии родов при узком тазе. Сборник работ Витебского медицинского института. Витебск, 1959, стр. 336—343.
- Сердюков М. Г. О показаниях и методике современного кесарского сечения. Московский медицинский журнал, 1927, 8, 37—53.
- Сидоров П. П. Роды при узком тазе. Труды Ивановского государственного медицинского института. Иваново, 1935, стр. 61—73.
- Скробанский К. К. Кесарское сечение в современном акушерстве. Журнал акушерства и женских болезней, 1928, 39, 4, 401—411.
- Скробанский К. К. Учебник акушерства. М.—Л., 1936.
- Скробанский К. К. Узкий таз. Труды IX Всесоюзного съезда акушеров-гинекологов. М.—Л., 1937, стр. 16—22.
- Соболев П. А. К вопросу о применении рентгеновского исследования женского таза в акушерской практике. Автореферат дисс. канд. Ярославль, 1953.
- Соболев П. А. Приспособление для правильной укладки женщины при выполнении рентгенометрических исследований таза. Акушерство и гинекология, 1957, 6, 81—83.
- Соловьев А. Н. К учению о лобных положениях. Протоколы физико-медицинского общества в Москве за 1879 г. М., 1880.
- Соловьев Г. А. К терапии лобных положений. Журнал акушерства и женских болезней, 1902, 16, 5, 540—545.
- Соловьев Г. А. К вопросу о выяснении емкости женского таза. Журнал акушерства и женских болезней, 1917, 31, 3—4, 161—163.

- Ставская Е. Я. Перенашивание беременности. М., 1949.
- Столыпинский В. А. Медицинский отчет акушерской клиники проф. Н. Н. Феноменова при Императорском Казанском университете за 1876—1887 гг. Казань, 1888.
- Столыпинский В. А. Медицинский отчет по Императорскому С.-Петербургскому родовспомогательному заведению за 1907—1909 гг. Журнал акушерства и женских болезней, 1911, 26, 3—4, стр. 107—156, 294—340, 474—518, 659—686.
- Столыпинский В. А. Медицинский отчет по Императорскому С.-Петербургскому родовспомогательному заведению за 1910—1912 гг., 1914, 29, 3, 1—32.
- Строганов В. В. К вопросу о родовспоможении при узком тазе. Русский врач, 1914, 18, 633—636.
- Строганов В. В. Выступления в прениях по узкому тазу. Труды V съезда Общества российских акушеров и гинекологов. Харьков, 1915, стр. 85—91.
- Сутугин В. В. Определение сроков беременности по величине утробного плода. М., 1874.
- Сутугин В. В. Видоизменение тазомера Боделока. СПб, 1877.
- Сыроватко Ф. А. (ред.). Многотомное руководство по акушерству и гинекологии. Т. I. М., 1961.
- Теверовский М. И. О высоком прямом стоянии головки. Акушерство и гинекология, 1940, 6, 52—55.
- Теверовский М. И. К вопросу о ведении родов при узком тазе. Акушерство и гинекология, 1951, 5, 49—55.
- Толочников Н. Ф. Механизм прохождения головки через канал таза. Медицинский вестник, 1869, 31, 275—278; 32, 279—286.
- Толочников Н. Ф. Учебник повивального искусства. Харьков, 1898.
- Уткин В. М. Роль операции «кесарское сечение» в терапии узкого таза. Тезисы докладов на научной конференции Рязанского медицинского института имени акад. И. П. Павлова. Рязань, 1953, стр. 110—115.
- Федоров И. И. Материалы к вопросу о терапии родов при узком тазе. Дисс. Варшава, 1891.
- Феноменов Н. Н. К учению о кифотическом тазе и разрыве симфиз во время родов. Дисс. СПб, 1880.
- Феноменов Н. Н. Оперативное акушерство. Казань, 1892.
- Феокистов В. И. Воспроизведение пространственных размеров объекта по его рентгеновскому изображению. Автореферат дисс. канд. Самарканд, 1943.
- Фигурнов К. М. Диагностика 32-недельной беременности. Медицинский работник, 1956, 54, 6/VII.
- Филатов А. Ф. Материалы для определения формы и средней величины русского женского таза. Дисс. М., 1877.
- Финкель М. А. К прогнозу родов в связи с учением о костном тазе. Журнал акушерства и женских болезней, 1929, 40, 633—636.
- Фихтер С. Х. К вопросу о терапии родов при узком тазе. Дисс. СПб, 1910.
- Флоринский В. М. Курс акушерства. Казань, 1883.
- Фриновский В. С. Проводниковая анестезия при гинекологических чревосечениях. Акушерство и гинекология, 1950, 2, 3—6.



- Хажинский П. Х., Турецкая Р. Б. Узкий таз. Труды IX Всесоюзного съезда акушеров-гинекологов. М.—Л., 1937, стр. 29—32.
- Холмогоров С. С. Современный взгляд на теорию лицевых положений. Журнал акушерства и женских болезней, 1902, 16, 131—160.
- Холмогоров С. С. Терапия при узком тазе. Журнал акушерства и женских болезней, 1908, 22, 381—412.
- Холмогоров С. С. Лобные положения. Журнал акушерства и женских болезней, 1909, 23, 601—657.
- Ципес Я. Л. К механизму асинклитического вставления головки при плоскорахитических тазах. Акушерство и гинекология, 1938, 6, 33—34.
- Цовьянов Н. А. К технике наложения акушерских щипцов. Изд. 2-е. М., 1963.
- Чеботарева О. М. Искусственные преждевременные роды. В кн.: Четыре года клинической жизни Императорского клинического повивально-гинекологического института. СПб, 1911, стр. 142—188.
- Червакова Т. В. Роды при высоком прямом стоянии головки. Автореферат дисс. канд. М., 1954.
- Шевалдышев А. А. К терапии родов при узком тазе. Труды VI Всесоюзного общества акушеров и гинекологов. М., 1925, стр. 347—348.
- Шипунова М. И. К вопросу об узком тазе. Сборник трудов Архангельского государственного медицинского института. Архангельск, 1937, т. III, стр. 174—182.
- Шполянский Г. М. Высокое прямое стояние стреловидного шва. Журнал акушерства и женских болезней, 1926, 37, 3, 237—245.
- Шполянский Г. М. Щипцы Килланда в качестве высоких щипцов при узком тазе. Труды IX Всесоюзного съезда акушеров-гинекологов. М.—Л., 1937, стр. 42—47.
- Штольц В. П. С.-Петербургские городские родильные приюты. Дисс. СПб, 1876.
- Штольц В. П. О ведении родов при наиболее часто встречающихся формах сужения таза. Журнал акушерства и женских болезней, 1892, 6, 6—39.
- Юрьев Л. В. Кесарское сечение при узком тазе по материалам акушерской клиники Хабаровского медицинского института за 10 лет. Автореферат дисс. Хабаровск, 1951.
- Якобсон В. Л. Классическое кесарское сечение. В кн.: Четыре года клинической жизни Импер. клинического повивально-гинекологического института (1904—1907). СПб, 1911, стр. 82—129.
- Якобсон В. Л. Выжидательная терапия узкого таза. Труды V съезда Общества российских акушеров-гинекологов. Харьков, 1915, стр. 11—29.
- Яковлев И. И., Шевелева О. Роды при разогнутых предлежаниях. Журнал акушерства и женских болезней, 1928, 39, 7—8, 878—891.
- Яковлев И. И. Неотложная помощь при акушерской патологии. М., 1953.
- Ясинский П. А. Курс акушерства. Харьков, 1887.

Ястребов Н. В. Курс акушерства. Варшава, 1896.

Ястребов Н. В. Консервативная терапия родов при часто встречающихся формах узкого таза — ее положение в настоящем и роль в будущем. Труды I съезда Общества российских акушеров и гинекологов. СПб, 1904, стр. 540—547.

#### б) Иностранная

Abramowitz J. L. The management of brow presentation. South. Afr. med. J., 1952, 26, 39, 782—786.

Ahlfield F. Bestimmung der Grosse und des Alters des Fruchtes. Arch. Gynäk., 1871, 1, 11, 352.

Ahlfield F. Ein Beitrag zur Therapie bei engem Becken. Arch. Gynäk., 1874, 6, 488—493.

Ahlfield F. Lehrbuch der Geburtshilfe. Leipzig, 1894.

Arantius G. C. Anatomical observations. Venetia, 1587.

Baeckmann C. Das enge Becken. Ztschr. arztl. Fortbild., 1951, 15—16, 426—427.

Bailey H. a. Williamson H. Trial labour as a procedure in treatment of patients with contracted pelvis. J. A. M. A., 1927, 89, 25, 2085—2088.

Baische K. Refomen in der Therapie des engen Beckens. Leipzig, 1907.

Baische K. Lehrbuch der Geburtshilfe. Stuttgart, 1926.

Bansillon E., Notter A. et Reboul P. Considerations anatomo-cliniques sur les bassins transversalement retrecis. Gynec. et Obstét., 1955, 52, 5, 479—481.

Baudelocque J. Principes sur l'art des accouchemens. Paris, 1775.

Baudelocque J. Compas d'épaisseur. Paris, 1789.

Baumm H. Die Diagnose des verengten Beckens ohne Me instrument. Med. Klin., 1928, 24, 26, 1001—1002.

Black M. D. Surgical induction of labour in the management of contracted pelvis. Brit. J. Obst. a. gynec., 1960, 67, 2, 234—237.

Bollenhagen H. Zur Frage der Hinterscheitelbeineinstellung. Ztschr. Geburtsh. Gynäk., 1900, 42, 2.

Borell U. a. Fernstrom J. The movements at the sacroiliac joints and their importance to changes in the pelvic dimensions during parturition. Acta obstet. gynec. scand., 1957, 36, 1, 42—57.

Bourg R. La radiographie de profil au cours de l'épreuve du travail. Bull. Acad. med. Belge, 1952, 17, 3.

Bourne A. The treatment of contracted pelvis when first seen during labour. Lancet, 1926, 211, 20, 1001—1003.

Breisky A. Beitrag zur geburtshilflichen Beurteilung der Verengerungen des Beckenausganges. Med. Jahrbucher, 1870, 19, 1.

Breus C. u. Kolisko A. Die pathologischen Beckenformen. Leipzig, 1900.

Brochier A., Lafon H. et Gabriel H. Frequence et pronostic des bassins transversalement retrecis. Rev. Franc. gyn. obst., 1949, 44, 4, 109—112.

- Bumm E. Grundriss zum Studium der Geburtshilfe. Wiesbaden, 1909.
- Bunim L. A. Pelvic distocia. A correlation of pelvic type, method of delivery and end results in a pelvic abnormality clinic *Obstet. and Gynec.*, 1957, 10, 5, 487—492.
- Bürger O. Die Geburtsleitung bei engem Becken. Wien, 1908.
- Burgess H. A clinical consideration of the contracted pelvis. *Am. J. Obstet. Gynec.*, 1924, 8, 6, 739—747; 787—789.
- Caldwell W. E. a. Moloy H. C. Anatomical variations in the female pelvis and their effect in labor with a suggested classification. *Am. J. Obstet. Gynec.*, 1933, 26, 4, 479—505.
- Calkins L. A., Pearce E. W. J. Bregma presentation. *Am. J. Obstet. Gynec.*, 1957, 73, 2, 288—295.
- Claye A. M. The indication for caesarian section. *New Zeal. med. J.*, 1955, 54, 301, 284—298.
- Danforth D. N. The conduct of abnormal labor. *Surg. clin. North. Am.*, 1953, 33, 1, 125—140.
- Davidson A. Study of disproportion in Rotunda Hospital during past 40 years. *Irish. j. med. sc.*, 1945, 90—98.
- Davis M. E. The modern role of cesarian section. *Surg. clin. North. Am.*, 1953, 33, 1, 101—123.
- De-la-Motte G. Traite complet des accouchements naturels, non naturels et contre nature. Paris, 1721.
- Denmann T. An introduction to the practice of midwifery. New York, 1816.
- Deventer H. van. Operationes chirurgicae novam lumen exhibentium obstetricantibus. Lugdani, 1701.
- Dierks K. 1400 Klinische Geburten bei engem Becken *Arch. Gynakol.*, 1933, 156, 229—232.
- Döderlein A. Weitere Erfahrungen und Verbesserungen der subkutanen Hebotomie. *Zbl. Gynäkol.*, 1904, 42, 1240.
- Döderlein G. u. Mestwerdt G. Geburtshilflich-gynakologische Propädeutik und Untersuchungslehre. Leipzig, 1958.
- Dorr H. u. Ocana A. Über die in unserer Klinik beobachteten Fälle vom hohen Gradstand. *Zbl. Gynakol.*, 1957, 51, 1982—1985.
- Donald J. Practical obstetric problems. London, 1955.
- Dorfler H. Über den Kaiserschnitt zur aseptischen Geburt. München, 1929.
- Dorfler H. Um die Erhaltung von Mutter und Kind. *Zbl. Gynakol.*, 1930, 33.
- Dührssen A. Die Therapie des Beckens. Berlin, 1889.
- Duncan M. Contribut to the mechanism of natural and morbid parturition. Edinburgh, 1875.
- Enrile R. R., Arellan O., Tamago J. G., Coronel D. C. Clinical correlation of X-ray interpretation in obstetrics. *J. Philipp. med. Ass.*, 1957, 33, 5.
- Erskine Y. P., Kelham G. a. Wium P. P. An assessment of the value of the Chasardu'or graphs in the radiological investigation of cephalo-pelvic disproportion. *J. Obstet. Gynec. Brit. Emp.*, 1953, 60.

- Ezes H., Bourdon R. et Wahl P. Le depistage clinique des retrecissements transversaux du bassin. Bull. Fed. Soc. gyn. et obst., 1956, 8, 4, 439—442.
- Fabre W. De la radiographie metrique du detroit superieur dans le bassin, non dystocique. Trevoux, 1913.
- Farabeuf L. et Varnier H. Introduction a l'etude clinique et a la pratique des accouchements. Paris, 1891.
- Fehling H. Die operative Geburtshilfe des Praxis und der Klinik. Berlin, 1908.
- Fitsgibbon G. Three lectures on contracted pelvis. I. Brit. med. J., 1924, 3292, 179—183; 3293, 226—230; 3294, 272—275.
- Fitsgibbon G. Diagnosis and treatment of disproportion. J. Obstet. gynec. Brit. Emp., 1929, 36, 756—777.
- Fritz M. Ursachen und Erkennung von Missverhältnissen zwischen mütterlichen Geburtswegen und der auszutreibenden Frucht. Diss. Jena, 1940, 23 Ref.: Berg., ges. gynakol., 1942, 44, 273.
- Gigli L. Della serione della sinfisi conea sega in filo metallico. Ann. d. ostet., 1893, 15, 557—560.
- Giugni A. M. Gesichtslagen in der Endbindungsabteilung des Hospitals Central in Valencia Ref.: Ber. ges. Gynakol., 1957, 63, 2, 173.
- Goenner A. Zur Hinterscheitelbeineinstellung. Ztschr. Geburtsh. u. Gynakol., 1895, 31, 2.
- Goerz H. Grossenverhältnisse des Neugeborenen schadels in Beziehung zur Länge. Wurtzburg, 1938.
- Greenhill J. P. Present day evaluation of caesarean section. Surg. clin. North. Am., 1953, 33, 1, 87—100.
- Greenhill J. P. Obstetrics. Philadelphia—London, 1955.
- Groskloss H. H., Robbins O. F. a. Moehn J. T. A critical survey of questionable pelvis. Am. J. Obstet. Gynec., 1948, 55, 6, 1090—1103.
- Gustafson G. W. Treatment of prolonged labor. J. A. M. A., 1954, 155, 6, 535—538.
- Hanson S. Disproportion at the pelvic outlet incident of to forceps delivery. Am. J. Obstet. Gynec., 1935, 29, 571—575.
- Hanson S. Midplane biischial diameter. Am. J. Obstet. Gynec., 1952, 64, 6, 1374—1375.
- Hanson S. Measurement of the midpelvis with the rectovaginal pelvimeter to minimize exposure to radiation. Am. J. Obstet. Gynec., 1957, 74, 3, 494—497.
- Hartley J. B. Role of radiology on obstetrics. Brit. J. clin. pract., 1957, II, 24—34.
- Haupt W. Zur Ursachenlehre des hohen Gradstandes. Ztschr. Geburtsh. Gynäk., 1923, 86, 3.
- Henkel M. Über die Geburtshilfe bei engem Becken für den Praktischen Arzt. Ther. Gegenw., 1935, 76, 193—198.
- Hillis D. S. Diagnosis of contracted pelvis by impression method. Surg. gyn. obst., 1930, 51, 852—854.
- (Hippocrates) Гиппократ. Избранные книги. Пер. с греч. М., 1936.
- Hirsch M. Die operative Geburtshilfe vor der Frage vaginal oder abdominal. Arch. Gynäk., 1927, 132.

- Hirsch M. Die Arbeitsteilung der B Geburtshilfe in hauslich—normale und klinisch—operative. Zbl. Gynäk., 1928, 1434.
- Hunter W. Management of trial labour and selection of cases. Brit. med. J., 1938, 4065, 1134—1137.
- Ingerslev M. Brow presentation. I. A series from three obstetric units. Acta obst. gyn. scandinav., 1951, 30, 278—307.
- Jamasaki M. Über geburt bei engem Becken. Arch. Gynäk., 1910, 91, 2, 288—386.
- Jarcho J. The value of Walcher position in contracted pelvis; with special reference to its effect on the true conjugate diameter. Surg. Gynec. Obstet., 1929, 49, 6, 854—858.
- Jaschke R. Geburtsmechanismus. Berlin, 1926.
- Johanson-Unnerus C. E. A radiological and obstetrical survey of the female pelvis. Acta obst. gyn. scandinav., 1957, Suppl. 8. to v. XXXVI, 1—87.
- Jo ung J. The factors underlying maternal mortality in the operative treatment of obstructed labour. J. Obstet. Gynec. Brit. Emp., 1929, 36, 278—286.
- Kaltreider D. F. Pelvic shape and its relation to midplane prognosis. Am. J. Obstet. Gynec., 1952, 63, 1, 116—121.
- Kaltreider D. F. Criteria of midplane contraction. Am. J. Obstet. Gynec., 1952, 63, 2, 392—399.
- Kaufman S. A consideration of the midpelvis among the factors which influence the course and outcome of labor. West. J. Surg., obst. gynec., 1950, 58, 1, 14—19.
- Kaufmann P. u. Bosch K. Zur Methodik der röntgenologischen Beckenmessung. Surg. gyn. obst., 1958, 106, 2, 177—178.
- Kayser C. De eventu sectionis caesareae. Havniae, 1841.
- Keittler H. Über die an der Klinik ausgeführten Kaiserschnitte der Jahre 1889—1900 Ber. a. d. 2. geburtsh.—gynakol. Klin. in Wien. Wien, 1902, 143—225.
- Kerr J. M. The management of cases of pelvis disproportion. J. Obstet. Gynec. Brit. Emp., 1929, 36, 265—269.
- Kerr J. M. Pelvic disproportion treatment. Brit. med. J., 1939, 4087, 912—915.
- Kerr J. M. M. a. Moir J. C. Operative obstetrics. London, 1949.
- Kilian H. Schilderungen neuer Beckenformen und ihres Verhaltens im Leben. Mannheim, 1854.
- Kirchhoff H. Das Röntgenbild des Assimilationsbeckens zur Klärung geburtshilflicher Regelwiedrigkeiten (langes Becken) Zbl. Gynakol., 1951, 4, 1242—1243.
- Kirchhoff H. a. Kraubig H. The obstetric importance of the «ling pelvis». J. Intern. Coll. surg., 1957, 27, 607—612.
- Klingensmith P. O. The clinical management of dystocia. Surg. clin. North. Am., 1954, 346, 1579—1589.
- Knebel R. Grundelemente des Geburtsmechanismus bei engem Becken. Eine Programmstudie. Zbl. Gynakol., 1942, 1778—1789.
- Koerner J. Zur Erkennung des engen Beckens. Zbl. Gynäk., 1927, 39.
- Kovacz F. Beitrag zur geburtshilflichen Bedeutung der Vorderscheitelbein-Einstellung. Zbl. Gynakol., 1940, 960—971.
- Kraatz H. Kritische Stellungnahme zu den Indikationen und der Methodik der vaginalen geburtshilflichen Operationen. Arch. Gynäk., 1955, 186, 14—40.

- Kronig B. Die Therapie bei engem Becken. Leipzig, 1901.
- Kustner O. Perforation des lebenden Kindes oder extraperitonealer Kaiserschnitt. Zbl. Gynäk., 1922, 2.
- Lachapelle M. L. Practique des accouchements. Paris, 1821.
- Lacomme M. Les insuffisances des moyens classiques d'exploration du bassin. Intraduction a l'étude de la radiologie pelvienne. Maternité, 1957, 64, 123—129.
- Lehmacher K. Das lange Becken im Rahmen der Operationsindikationen. Arch. Gynäk., 1955, 186, 65—67.
- Leopold Ch. Beitrag zur Therapie beim enge Becken. Berlin, 1907.
- Lepage F., Lemerre L., Vert S. Les anomalies transitionnelles de la charniere lombo—sacree. Element de pronostic de l'épreuve du travail dans certains bassins limites. Gynéc. et Obstét., 1955, 54, 4, 431—440.
- Levret A. Suite des observations sur les causes et acciden de plusieurs accouchements laborieux. Paris, 1747.
- Levret A. L'art des accouchements demontre par des principes de physique et de mecanique pour servir de base et de fondement a des lecons particulieres. Paris, 1753.
- Liebmann H. Über seltener mechanische Geburtshindernisse. Wien. klin. Wschr., 1935, 1, 330—335.
- Liepmann W. Der hohe Gradstand. Ztschr. Geburtsh. Gynäk., 1910, 65.
- Litzmann C. Die Formen des Beckens. Berlin, 1861.
- Litzmann C. Über die hintere Scheitelbeinstellung, eine nicht seltene Art von fehlerhaften Einstellung des Kopfes unter der Geburt. Arch. Gynakol., 1871, II, 3.
- Louw J. T. The indications for caesarian section. South. afr. med. J., 1955, 29, 7, 160—163.
- McBride W. Prolonged labour. Med. J. Austral., 1957, 1, 6, 169—174.
- McGoogan L. Contracted pelvis and disproportion. A report of four hundred and seventy one cases. Am. J. Obstet. Gynec., 1930, 20, 386—396; 431—433.
- McLane C. M. Obstetric significance of the narrow transverse diameter of the pelvi inlet. Am. J. Obstet. Gynec., 1962, 84, 12.
- McLennan H. Contracted pelvis in childbirth: study of its morbid effects on mother and child. J. Obstet. Gynaec. Brit. Emp., 1944, 51, 293—317.
- McLennan H. R. Management of labour in contracted pelvis. Brit. med. J., 1954, October 9, 837—840.
- McVey H. The treatment of disproportion by combined lower segment section with symphysiotomy. Irish. J. med. Ass., 1955, 6-th ser., 355, 299—307.
- Madden L. H. Brow presentation. Am. J. Obstet. Gynec., 1956, 72, 1, 31—33.
- Magid B., Gillespil C. F. Face and brow presentations. Obst. a Gyn., 1957, 9, 4, 450—457.
- Magnin P. Note sur les bassins transversalement retrecis. Gynéc. et Obstét., 1953, 52, 5, 482—486.
- Magnin P. Comment classer les bassins retrecis? Valeur pronostique de l'indice duetroit superieur. Gynéc. et Obstét., 1955, 54, 1, 76—86.

- Magnin P. L'avenir des enfants irradiés «in utero» Resultats preliminaires d'une enquete effectuee a partir de 7.625 radiographies obstetricales dans les Hopitiaux de Lyon, entre le 1er janvier 1948, et le 31 decembre 1956. Bull. Fed. Soc. gyn. obst., 1961, 13, 4, 568—572.
- Mangione P. Sille presentazioni di faccia e di fronte. Riv. ostetr., 1957, 12, 557—571.
- Martin E. Das enge Becken. J. Halban u. L. Seitz. Biologie u. Pathologie des Weibes. Berlin—Wien, 1928, 7, 2, 39—141.
- Martius H. Die geburtshilflichen Operationen. Leipzig, 1943.
- Martius H. Geburtshilfliche Ratschlage. I. Zur Leirung der Geburt beim eingem Becken. Dtsch. med. Wschr., 1947, 21—22, 298—299.
- Martin A. Face presentation. Med. J. Austral., 1956, 11, 25, 921—923.
- Maxwell A. A study of labor in contracted pelvis. J. A. M. A., 1927, 89, 25, 2088—2093.
- Mayer M., Chalut J. et Morin F. La contribution de la radiopelvimetrie et de la radiotypologie a l'etabilissement du pronostic obstetrical des bassins, etude sur 1200 bassins. Bull. Fed. Soc. gyn. obst., 1954, 6, 3, 260—268.
- Mayer M., Herve R., Morin F., Chalut J. Etude de 281 epreuves du travail apres controle radiologique (Radiopelvimetrie et radiotypologie). Gyn. et obst., 1956, 55, 460—471.
- Mengert W. F. Estimation of pelvic capacity. J. A. M. A., 1948, 138, 3, 169—174.
- Mengert W. F. Delivery of patients with pelvic contraction. Am. J. Obstet. Gynec., 1954, 68, 1, 250—261.
- Mengert W. F. a. Korkmas M. V. 3772 labors following radiographic men uration. Am. J. Obstet. Gynec., 1957, 74, 1, 151—158.
- Meyer M. L'interet clinique de la radiopelvimetrie en pratique hospitaliere. Sem. hopit., 1957, 33, 28.
- Michaelis G. A. Von der Schwangerschaft und Geburt beim engen Becken. Vierteljahrshr. f. d. pract. Heilkunde, 1852, 9, 2.
- Michaelis G. A. Das enge Becken. Leipzig, 1865.
- Möbius W. Geburtshilfliche Rontgendiagnostik. Arch. Gynäk., 1955, 186, 93—97.
- Möbius W. u. Hilmerth H. Der hohe Gradstand. Leipzig, 1957.
- Moir J. C. Detecting pelvic contractions. Edinburgh med. J., 1941, 48, 361—378.
- Moore E. J. T. a. Dennen E. H. Management of persistent brow presentation. Obstet. and Gynec., 1955, 6, 2, 186—189.
- Morgan J. E. a. Reyes C. T. The case for midforceps. Am. J. Obstet. Gynec., 1955, 69, 6, 1193—1202.
- Morisani O. De la symphyseotomie. Ann. de gynecol., 1881, 16, 440—443.
- Motte A. Zur Lehre der Hinterscheitelbeineinstellung aus Frauenklinik in Dresden. Arch. Gynäk., 1897, 54, 506—569.
- Muller P. Über die Prognose der Geburt bei engem Becken. Arch. Gynäk., 1885, 27, 3—11.
- Naegele H. F. Die Lehre vom Mechanismus der Geburt nebst Beitragen zur Geschichte derselben. Mainz, 1838.

- Naegele F. C. Das Schraegverengte Becken. Mainz, 1839.
- Newton R. Indications for caesarian section. Med. Press., 1955, 234, 21, 495—498.
- Osiander F. Neue Denkwürdigkeiten für Ärzte und Geburtshelfer. Göttingen, 1799.
- Patel D. N. a. Watsa M. C. Trial labour. J. obst. gyn. India, 1954, 5, 2, 133—140.
- Peel J. Obstructed labour. Brit. med. J., 1955, 4914, 657—659.
- Peham. Das enge Becken. Wien—Leipzig, 1908.
- Philipp E. Die Geburt bei regelwidriger Einsyellung, Haltung und Lage des Kindes. W. Stoeckel. Lehrbuch der Geburtshilfe. Jena, 1956, S. 362—418.
- Pinard A. Symphyseotomie et embryotomie dans les cas ou le foetus est mort. Ann. gynec. et d'obstetricale normale et pathologique. Paris, 1892.
- Pinard A. Symphyseotomie et embryotomie dans les cas ou le foetus est mort. Ann. gynec. et d'obst., 1893, 39, 81—89.
- Pinard A. Rapport de la symphyseotomie le Congres Internat. des Sciences medicales a Rome. Paris, 1894.
- Pinard A. Clinique obstetricale. Paris, 1899.
- Ramirez Olivella J., Ortiz Perez J. Treatment of pelvic dystocia in Cuba, summary of results in Municipal Maternity in last 4 years (1934—1937). J. Internat. Coll. Surg., 1943, 6, 13—22.
- Reinke T. Face presentation. A review of 94 cases. Am. J. obst. gyn., 1953, 66, 6, 1185—1190.
- Roederer J. G. Elementa artis obstetricae. Göttingen, 1753.
- Rokitansky C. Handbuch der pathologische Anatomie. Wien, 1842—1846.
- Roungel M. Lehrbuch der Geburtshilfe. Berlin, 1896.
- Rummel A. Beitrag zum Problem der genetischen Starhlengefahrung in Geburtshilfe und Gynakologie. Ztschr. Geburtsh. Gynäk., 1960, 154, 2, 194—200.
- Schatz. Über die Hinterscheitelbeinlagen. Zbl. Gynäk., 1901, 40, 1097—1100.
- Schlafli. 700 Hebestotomien. Ztschr. Geburtsh. Gynäk., 1909, 64, 85—135.
- Schmid H. H. Zur Ehrenrettung der Beckenspaltung. Arch. Gynäk., 1955, 186, 68—70.
- Schneider G. H. Die Bedeutung des Vorragens des kindlichen Kopfes über die Symphyse (Ein Beitrag zur Lehre des engen Beckens). Ztschr. Geburtsh. Gynäk., 1926, 90, 2, 363—369.
- Schou P. The position of Caesarean section in Denmark. Danish med. bull., 1954, 1, 2, 29—37.
- Schroeder K. Zur Wendung auf die Fusse bei engem Becken. Mtschr. Geburtsk. u. Frauenkr., 1868, 32, 161—184.
- Schroeder K. Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. Klinische Untersuchungen und Beobachtungen. Bonn, 1867.
- Schultze B. Untersuchungen über den Wechsel der Lage und Stellung des Kinds in den letzten Wochen der Schwangerschaft. Leipzig, 1868.
- Schwarz G. S., Kirkpatrick R. H. a. Tovell H. M. M. Correlation of cephalopelvimetry to obstetrical outcome with



- special reference to radiologic disproportion. *Radiology*, 1956, 67, 6, 854—862.
- Scipiades E. Über die Behandlung der Geburt bei engem Becken. Berlin, 1909.
- Seigneux R. de. De la presentations de la tete et du mecanisme de son engagement. Geneve, 1896.
- Seitz L. Geburtsstorungen durch Anomalien des Beckens. W. Stoeckel. Lehrbuch der Geburtshilfe. Jena, 1956, 417—458.
- Sellheim H. Über Geburtsvorgang und Geburtsleitung beim engen Becken. Leipzig, 1912.
- Shaw W. F. The immediate results to mother and child of labour with contracted pelvis. *J. Obstet. Gynec. Brit. Emp.*, 1929, 36, 270—277.
- Siebold A. E. Lehrbuch der Be Geburtshilfe. Wurzburg, 1854.
- Sigault J. An in partu contra naturam sectio symphyseos osium pubis sectione caesarea promptior et tutior. Andegor, 1777.
- Simpson J. The obstetric memoirs and contributions. Edinburgh, 1855, v. 1—11.
- Smelli W. A treatise of the theory and practice of midwifery. London, 1752.
- Stein G. W. Theoretische Anleitung zur Geburtshilfe. Marburg, 1770.
- Stein G. W. Practische Anleitung zur Geburtshilfe. I. Aufl. Marburg, 1772.
- Stein G. W. Kurze Beschreibung eines Pelvimeters. Cassel, 1775.
- Stoeckel W. Lehrbuch der Geburtshilfe. Jena, 1956.
- Tarnier S. et Chan Treuil G. Traite de l'art des accouchements. Paris, 1888.
- Tennent R. A. a. Black M. D. Surgical induction of labour in modern obstetric practice. *Brit. med. J.*, 1954, 4892, 833—837.
- Thoms H. X-rays pelvimetry, simplified technique. *Surg. gyn. obst.*, 1927, 45, 827—828.
- Thoms H. External and internal pelvimetry in diagnosis of disproportion. *Surg. gyn. obst.*, 1931, 52, 964—966.
- Thoms H. Occipitoposterior position and the transversely contracted pelvis. A preliminary report. *Am. J. Obstet. Gynec.*, 1932, 1, 50—56.
- Thoms H. a. Schumacher P. Clinical significance of midplane pelvic contraction. *Am. J. Obstet. Gynec.*, 1944, 48, 52—57.
- Tomkinson J. S. The diagnosis and management of disproportion. *Med. Press.*, 1956, 236, 14, 313—317.
- Torre Blanco J. Zuwarten und Eingreifen bei relativer Beckenenge. Ref.: *Ber. ges. Gynakol.*, 1927, 12, 3, 193—194.
- Townsend L. Caesarean section: indications. *Med. J. Australia*, 1955, II, 7, 256—259.
- Valle P. a. Sardinias Ramirez A. Cuban concep of the cephalopelvic disproportion syndrome and its treatment. *South. med. J.*, 1947, 40, II, 914—919.
- Varnier H. Pelvigraphie et Pelvimetrie par les rayons. X. *Compt. rend. des XII Congres Internat. de med. Moscou*, 1898, Sect. XII, 173—178.
- Veit J. Die Anatomie des Beckens im Hindblick auf den Mechanismus der Geburt. Stuttgart, 1887.

- Velpeau A. Traite complet de l'art des accouchemens ou tecologie theorique et pratique, avec un abrege des maladies que compliquent la grossesse, le travail et les couches et de celles qui affectent les enfans nouveau-nes. Paris, 1835, 1—2.
- (Vesalius A.) Везалий А. О строении человеческого тела. Пер. с лат. М., 1950.
- Walcher G. A. Die Conjugata eines engen Beckens ist keine Konstante Crosse, sondern lasst sich durch die Korperhaltung der Tragerin verander. Zbl. Gynäk., 1889, 51, 892—893.
- Weibel W. Beckenpathologie und Geburt. Wien. k'lin. Wschr., 1934, 1, 625—628.
- Wiessmann A. Die Geburt beim engem Becken. Ztschr. Geburtsh. Gynäk., 1940, 121, 331—384.
- Williams E. a. Arthure H. Further radiological studies in the investigation of obstetric disproportion with especial reference to the contracted pelvic outlet. J. Obstet. Gynec. Brit. Emp., 1949, 56, 4, 553—575.
- Winckel F. Klinische Beobachtungen zur Dystokie durch Beckenenge. Leipzig, 1882.
- Winckel F. Handbuch der Geburtshilfe. Wiesbaden, 1904.
- Winter G. Die Indikationen zum abdominalen Kaiserschnitt für alle Kaiserschnittoperateure. Stuttgart, 1931.
- Winter H. Über das «lange Becken» und seine geburtshilfliche Bedeutung. Dtsch. med. Wschr., 1953, 2, 68—71.
- Yamasaki M. Über Geburt bei engem Becken. Arch. Gynakol., 1910, 91, 2, 288—386.
- Zacherl H. Kritische Stellungnahme zur den Indikationen zur Sectio. Arch. Gynakol., 1955, 186, 41—52.
- Zanela S. Uterus bicornis in der geburtshilfe. Zbl. Gynakol., 1935, 30, 1879—1889.
- Zangemeister W. Über Hinterscheitelbeineinstellung. Beitr. f. gebürtsh. u. gynako., 1902, 6, 365—380.
- Zweifel P. Lehrbuch der Geburtshilfe. Stuttgart, 1895.
-

## ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие . . . . .	3
<b>Глава I. Некоторые сведения о возникновении и развитии учения об узком тазе . . . . .</b>	<b>7</b>
Анатомически узкий таз . . . . .	7
Клинически узкий таз . . . . .	19
<b>Глава II. Анатомическая оценка таза . . . . .</b>	<b>27</b>
Клиническая оценка емкости таза по данным наружного и внутреннего измерения . . . . .	27
Сопоставление клинических и рентгенологических данных о форме и емкости малого таза . . . . .	32
<b>Глава III. Клинические и рентгенологические методы опре- деления величины плода . . . . .</b>	<b>40</b>
Клиническая оценка различных методов определения ве- личины плода . . . . .	40
Сопоставление клинических и рентгенологических данных о величине головки внутриутробного плода и ново- рожденного . . . . .	43
<b>Глава IV. Причины возникновения несоответствия между тазом женщины и головкой плода . . . . .</b>	<b>46</b>
Анатомическое сужение таза как основная причина воз- никновения несоответствия . . . . .	46
Большой объем головки плода при относительном суже- нии таза или нормальных его размерах . . . . .	50
Неблагоприятные вставления головки плода при отно- сительном сужении таза и нормальных его размерах . . . . .	51
Высокое прямое стояние головки плода . . . . .	52
Лобное вставление головки плода . . . . .	58
Лицевое вставление в переднем виде (по спинке) Другие причины . . . . .	62
	65
<b>Глава V. Диагностические признаки клинически узкого таза . . . . .</b>	<b>71</b>
Особенности вставления головки и механизма родов . . . . .	71
Переднетеменное вставление . . . . .	72
Заднетеменное вставление . . . . .	80

Косое асинклитическое вставление головки . . . . .	85
Клиновидное вставление головки (механизм Редерера)	87
Отклонения от механизма родов, присущего клиниче- ски узкому тазу . . . . .	90
Признак Вастена . . . . .	93
Симптомы прижатия мочевого пузыря . . . . .	97
Отсутствие продвижения головки при полном открытии и энергичной родовой деятельности . . . . .	99
Симптомы угрожающего разрыва матки . . . . .	100
<b>Глава VI. Ведение родов при узком тазе . . . . .</b>	<b>104</b>
Некоторые сведения о ранее применявшихся методах ведения родов при узком тазе . . . . .	104
Современные методы ведения родов при узком тазе . . . . .	113
<b>Глава VII. Функциональная оценка таза в родах . . . . .</b>	<b>119</b>
Классификация клинически узкого таза . . . . .	121
<b>Глава VIII. Ведение и исход родов при клинически уз- ком тазе в зависимости от степени несоответствия между тазом роженицы и головкой плода . . . . .</b>	<b>128</b>
Особенности течения родов при клинически узком тазе	133
Исход родов для матерей при клинически узком тазе в зависимости от степени несоответствия . . . . .	138
Исход родов для детей при клинически узком тазе ро- жениц в зависимости от степени несоответствия . . . . .	146
Заключение . . . . .	151
Литература . . . . .	158

**Калганова Раиса Ивановна**  
**УЗКИЙ ТАЗ В СОВРЕМЕННОМ**  
**АКУШЕРСТВЕ**

Редактор *Г. З. Рябов*  
Техн. редактор *А. М. Миронова*  
Корректор *М. П. Молокова*  
Переплет художника *В. С. Сергеевой*

---

Сдано в набор 16/VI 1964 г.  
Подписано к печати 30/X 1964 г.  
Формат бумаги  $84 \times 108^{1/32} = 5,63$  печ. л. +  
+0,25 печ. л. вкл. (условных 9,64 л.)  
9,85 уч.-изд. л. Тираж 11.000 экз. МН-76

---

Издательство «Медицина». Москва,  
Петроверигский пер., 6/8  
Заказ 5436.

Типография им. Смирнова Смоленского  
облуправления по печати, г. Смоленск,  
пр. им. Ю. Гагарина, 2.

Цена 60 коп.