В эту группу обследованных женщин вошли: 63 с нормально протекающей беременностью в последние 3—4 недели; 77 с нефропатией; 5 с хроническим нефритом; 101 с угрожающим прерыванием беременности; 20 с предлежанием плаценты; 33 с переношенной беременностью. У 20 женщин содержание эстрогенов в моче определялось в родах.

Прежде всего заслуживает внимания установленная рядом автором (G. Smith, O. Smith, 1948; Fen Berge, 1959; М. Т. Шабельская, 1965, и мн. др.) закономерность снижения суммарного содержания эстрогенов у женщин, страдающих поздним токсикозом беременности. По нашим данным это снижение достигает 25—30% по сравнению с уровнем содержания эстрогенов в последние 3—4 недели нормально протекающей беременности (в среднем 33,91 *мг*/24 часа при нормально протекающей беременности и 22,74 *мг*/24 часа при беременности, осложненной нефропатией). При тяжелых формах поздних токсикозов количество эстрогенов в суточной моче снижается в 2—3 раза и более (по-видимому, из-за ухудшения эндокринной функции плаценты).

Снижение уровня эстрогенов на 25—30% далеко не всегда свидетельствует о тяжести патологического процесса и сопряженного с ним ухудшения состояния плода. У ряда больных нефропатией успешное осуществление терапевтических мероприятий приводило к некоторому повышению экскреции эстрогенов и к рождению жизнеспособного ребенка. Если у женщины, страдающей тяжелой формой нефропатии, содержание эстрогенов в моче снижается до 5 *мг* в суточном количестве мочи и ниже и это снижение не устраняется на протяжении значительного отрезка времени (3—7 и более дней), то плод отстает в своем развитии, находится в опасности и может погибнуть, если не будет произведено срочное родоразрешение. При дальнейшем уменьшении содержания эстрогенов (до 3 *мг*/24 часа и ниже) рождаются мертвые или крайне ослабленные дети с проявлениями длительной гипоксии и отставанием во внутриутробном развитии. Особенно значительное падение суммарного содержания эстрогенов (до 1,06 *мг*/24 часа) было у женщин, страдавших гипертензивным синдромом, развившимся на фоне хронического нефрита. При этом заболевании и при столь значительном снижении эстрогенов прогноз для плода безнадежен.

Из других наших наблюдений заслуживает внимания закономерное повышение количества эстрогенов в моче у лиц с угрожающим прерыванием беременности и с предлежанием плаценты, идущее параллельно с успешно проводимыми терапевтическими мероприятиями.

При внутриутробной гибели плода эстрогены в моче отсутствуют, а реакция Галли — Майнини вскоре становится отрицательной.

В единичных наших наблюдениях, свидетельствовавших об ухудшении состояния плода на основании обычных клинических признаков (глухое сердцебиение, ослабление шевеления плода, а также данные фонокардиографии) и одновременного значительного уменьшения количества эстрогенов в моче беременной (до 4—5 *мг*/24 часа и ниже) жизнь детей удавалось сохранить путем экстренного родоразрешения. Было установлено, что причиной внутриутробной асфиксии плода было крайне тугое многократное обвитие его пуповиной.

Таким образом, наши данные свидетельствуют о практическом значении определения уровня выводимых с мочой эстрогенов для контроля за состоянием внутриутробного плода и эффективностью лечебных мер, в частности, в борьбе с поздним токсикозом и угрожающим недонашиванием. Систематическое проведение эндокринных исследований легко осуществимо благодаря технической простоте суммарного определения эстрогенов по методу Иттриха.

ЛИТЕРАТУРА

1. Шабельская М. Т. Вопр. охр. мат. и дет., 1965, 12. — 2. Brown I. B. Bioch. J., 1955, 60, 2. — 3. Ittrich G., Igel H. Zbl. Gynäk., 1959, Bd. 81, H. 7. — 4. Ittrich G. Zbl. Gynäk., 1960, Bd. 82, H. 11. — 5. Green I. W., Duhring I. L., Smith K. J. Obstet. Gynaec., 1965, 92, 7. — 6. Smith G. V., Smith O. W. Physiol. Rev., 1948, 28, 1. — 7. Fen Berge B. S. J. Obstet. Gynaec. Brit. Emp., 1959, 46.

УДК 611.96

РОСТ ЖЕНЩИН И НАРУЖНЫЕ РАЗМЕРЫ ТАЗА

В. В. Давыдов

Свердловский научно-исследовательский институт охраны материнства и младенчества Минздрава РСФСР (научн. руководитель работы — проф. П. В. Маненков)

До сего времени и отечественные, и зарубежные акушеры придерживаются еще единого, но устаревшего понятия о так называемом нормальном тазе женщины, в чем легко убедиться при просмотре основных руководств по акушерству (В. Штекель, 1933; К. К. Скробанский, 1946; И. Ф. Жорданиа, 1955).

При этом следует подчеркнуть, что ни один из авторов этих руководств и учебников не увязывает наружные размеры таза с ростом женщины, и поэтому понятие о нормальных размерах таза становится абстрактным и приводит к путанице в вопросах значения размеров таза в акушерской физиологии и патологии. Все это позволяет уже a priori предположить, что понятие о нормальном и суженном тазе должно находиться в соответствии с ростом женщины. У женщин разного роста должны быть свои, характерные для их роста размеры «нормального» и «суженного» таза.

Мы подвергли изучению наружные размеры таза по определенным нами стандартным ростовым группам у 2255 женщин, родоразрешившихся в институте ОММ в 1959—1964 гг. Полученные данные сведены в следующую таблицу.

Рост женщин и средние наружные размеры их таза

Рост	Число наблюдений	dis. spinarum, *см*	dis. cristarum, *см*	dis. trochanterica, *см*	con. externa, *см*
Низкий (ниже 143,2 *см*)	445	23,17	26,14	28,85	18,1
$\pm\sigma$		$\pm$1,14	$\pm$1,32	$\pm$1,46	$\pm$1,01
Ниже среднего (149,9—143,2 *см*)	296	24,2	26,9	29,1	18,7
$\pm\sigma$		$\pm$1,2	$\pm$1,0	$\pm$1,18	$\pm$0,25
Средний (149,9—163,3 *см*)	1049	24,95	27,8	30,5	19,7
$\pm\sigma$		$\pm$1,4	$\pm$1,12	$\pm$1,2	$\pm$1,1
Выше среднего (163,3—170,0 *см*)	207	25,5	29,09	33	20,5
$\pm\sigma$		$\pm$0,9	$\pm$1,0	$\pm$1,19	$\pm$0,9
Высокий (выше 170,0 *см*)	258	26,3	29,46	32,97	20,97
$\pm\sigma$		$\pm$1,44	$\pm$1,38	$\pm$1,5	$\pm$0,27

Итак, наименьшие среднеарифметические наружные размеры таза наблюдаются у женщин низкого роста. Однако в подавляющем большинстве случаев размеры таза позволяют этим женщинам завершить роды per vias naturales, что может служить основанием для признания тазов с указанными размерами нормальными для этой группы женщин.

У женщин ниже среднего роста среднеарифметические размеры большого таза несколько выше среднеарифметических размеров таза женщин низкого роста, но все же несколько ниже, чем у женщин более высокого роста. Поскольку и у женщин ниже среднего роста в подавляющем большинстве случаев роды закончились per vias naturales, можно признать полученные показатели нормой для них.

У женщин среднего роста среднеарифметические размеры таза заметно больше, чем у женщин ниже среднего и особенно низкого роста, и значительно ниже, чем у женщин более высокого роста. Так как у этих женщин подавляющее большинство родов закончилось per vias naturales, то и у них данные в таблице размеры таза следует признать нормальными.

Что касается женщин выше среднего роста, то у них среднеарифметические размеры большого таза уже близко подходят, а в некоторых измерениях и превосходят показатели, приводимые в акушерских руководствах. У высоких женщин среднеарифметические размеры большого таза являются максимальными, что и обеспечивает у них наибольший процент родов per vias naturales.

ВЫВОДЫ

1. Женщинам разных стандартных ростовых групп свойственны свои среднеарифметические размеры нормального таза.
2. Полученные нами среднеарифметические размеры таза женщин разных стандартных ростовых групп могут быть приняты за эталоны для женщин Урала при определении у них нормального таза.
3. Прогноз родов у женщин следует ставить не на основании абсолютных величин размеров таза у них, а с учетом их роста и стандартной ростовой группы данной местности.