

1. Дьяченко В. А. Аномалии развития позвоночника в рентгено-анатомическом освещении. М., 1955.— 2. Майкова-Строганова В. С. и Рохлин Д. Г. Кости и суставы в рентгеновском изображении, М., 1955.— 3. Dietrich H. Neuro-röntgenodiagnostik des Schädels. Jena, 1959.— 4. Fotopoulos D. Psychiatrie, Neurologie und med. Psychologie, 1959, 11.

Поступила 19 октября 1960 г.

САМОПРОИЗВОЛЬНЫЕ РОДЫ ПРИ КИФОЗЕ¹

Асп. Л. А. Козлов, *орд.* И. Ф. Поляков

1-я кафедра акушерства и гинекологии (зав. — проф. П. В. Маненков) Казанского медицинского института и акушерское отделение Республиканской клинической больницы (главврач — **Ш. В. Бикчурин**)

Ведение родов у «горбатых» женщин представляет своеобразный практический интерес. У таких женщин часто имеет место воронкообразный (кифотический) таз. Однако еще В. С. Груздев, а позднее Г. Г. Гентер указывали, что не всякий кифоз ведет к архитектурным изменениям таза. Кифоз в шейной и грудной части позвоночника не отражается на тазе, так как уравнивается поясничным лордозом, и только поясничный кифоз ведет к воронкообразному тазу. Это обстоятельство следует учитывать акушеру в его деятельности, так как в первом случае чаще возможны самостоятельные роды, а во втором — чаще прибегают к оперативным вмешательствам.

Учитывая редкость данной патологии и практический ее интерес, мы приводим описание случая родов, закончившихся самопроизвольно, у женщины с резко выраженным кифозом в нижней части грудного отдела позвоночника.

23/XII-58 г. в палату патологии беременности родильного отделения Республиканской клинической больницы для стационарного наблюдения поступила У., 28 лет, очень низкого роста (129 см) с резко выраженной деформацией грудной клетки и грудного отдела позвоночника (рис. 1).

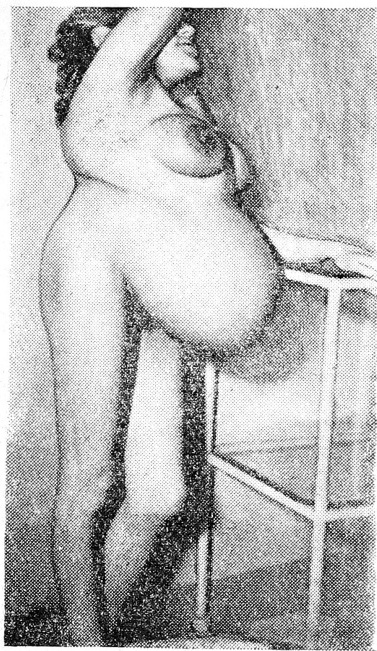


Рис. 1.

Из перенесенных заболеваний отмечает малярию, холеристит, воспаление легких, спондилит, грипп. Менструации с 18 лет, через 4 недели, по 6—7 дней; последняя нормальная менструация 1 апреля 1958 г. Имела одну беременность, которая была закончена искусственным прерыванием из-за боязни родов. Данная беременность — вторая, протекала без осложнений. Наружные размеры таза: 24,5—26,5—27—16, прямой и поперечный размеры выхода — по 10 см. Окружность живота на уровне пупка — 103 см. Бросался в глаза резко «отвислый живот», дно матки значительно отклонено кпереди и опущено вниз так, что находилось ниже лона.

Для определения положения плода и его предлежащей части приходилось «поднимать» живот, что проделывала сама беременная. Положение плода продольное, высоко над входом в малый таз располагалась головка. Но из-за отвислого живота тазовый конец находился значительно ниже головки и даже в положении на спине он оставался по вертикали примерно на одном уровне с головкой. При влагалищном исследовании мыс достигался, но выступал нерезко и был как бы сглаженным, диагональная конъюгата 11,5—12 см, шейка сформирована, зев закрыт.

Таким образом, у женщины с кифозом в нижней части грудного отдела позвоночника имелась беременность сроком 37 недель, был общеравномерносуженный таз, наблюдались относительное сужение таза первой степени, «отвислый живот».

Решено было ждать появления родовой деятельности и в процессе родов решить вопрос о родоразрешении. 5 января 1959 г. в 10 часов 30 мин началась родовая деятельность. Роженица, будучи по профессии фельдшером, понимала всю сложность своего положения и, желая получить во что бы

сов 30 мин началась родовая деятельность. Роженица, будучи по профессии фельдшером, понимала всю сложность своего положения и, желая получить во что бы

¹ Доложено на заседании Казанского общества акушеров-гинекологов 9 апреля 1959 г.

то ни стало живого ребенка, настаивала на кесаревом сечении. Однако после консультации проф. П. В. Маненкова, учитывая все ранее сказанное, решено было роды вести выжидательно. При наблюдении выяснилось, что схватки были нормальными, шейка раскрывалась хорошо, несоответствия головки и таза не было. Для рационального использования родовых сил во время схваток, а во время потуг с целью способствования правильному вставлению головки приходилось исправлять положение отвислого живота, поднимая его вверх и тем самым приближая направление оси плода к направлению оси родового канала.

Через 8 часов от начала родов отошли прозрачные воды при полном открытии шейки и вставившейся во вход таза головке и началась потужная деятельность. Второй период родов продолжался 1 час 20 мин. и закончился рождением мальчика весом 3250,0 длиной 52 см, в синей асфиксии, устраненной способом Легенченко. Единственным серьезным препятствием рождению плода было узкое вульварное кольцо, которое туго обхватывало врезавшуюся головку, ввиду чего была произведена перинеотомия. Через 10 мин после рождения плода самостоятельно отделился и в потугу матери выделился целый послед. Матка сократилась, кровопотеря — 200 мл. Шейка матки осмотрена зеркалами — цела, целостность промежности восстановлена. Послеродовый период нормальный. Родильница выписана на 9-й день после родов со здоровым ребенком.

Данный случай наглядно демонстрирует важность правильной оценки акушерского статуса в каждом отдельном случае кифоза, что позволит практическому акушеру правильно провести роды, не подвергая роженицу кесареву сечению.

Поступила 25 апреля 1959 г.

ТРИ СЛУЧАЯ ДВУХСТОРОННЕЙ ТРУБНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Л. А. Змитрович

Отделение оперативной гинекологии (зав. — проф. М. В. Дубнов)
Института акушерства и гинекологии АМН СССР

Беременность одновременно в обеих фаллопиевых трубах относится к редким формам эктопической беременности. По материалам нашего Института, за 10 лет (1949—1958 гг.) на 1140 операций по поводу внематочной беременности было 3 случая двухсторонней трубной беременности (0,38%).

Считаем полезным описать эти случаи.

I. Б-ная Г., 29 лет, поступила 25/IX 1954 г. с жалобами на боли в низу живота, мажущие темно-кровянистые выделения, появившиеся 3 дня тому назад. Последние месячные 10/VIII-54 г. Менструации с 14 лет по 7 дней через 25—28 дней, безболезненные, регулярные. Половая жизнь с 23 лет. Первая беременность в 1952 г. закончилась нормальными родами. Послеродовый период без осложнений.

Шейка цилиндрическая, зев щелевидный. Матка в ретроверзии увеличена соответственно 5-недельной беременности, мягкой консистенции. Правые придатки увеличены, прощупывается утолщенная болезненная труба. Левые придатки без заметных изменений.

Ввиду подозрения на внематочную беременность произведена пункция заднего свода, получена темная кровь со сгустками.

Клинический диагноз: правосторонняя трубная беременность.

В брюшной полости небольшое количество темной крови и сгустков. Матка немного увеличена. В области ампулярного конца и средней части правой трубы утолщение до 2 поперечников пальцев. В средней части левой трубы утолщение величиной со сливу, с разрывом стенки, пропитанное кровью. Обе трубы удалены. Послеоперационный период без осложнений.

При гистологическом исследовании ткани обеих труб обнаружены децидуальная ткань и ворсинки хориона.

II. Б-ная Г., 36 лет, поступила 15/XI 1955 г. с жалобами на боли в низу живота, появившиеся за 4 дня до поступления, недомогание. Последние менструации 9/X-55 г.

Менструации с 15 лет, по 3—4 дня через 28 дней, безболезненные, регулярные. Половая жизнь с 18 лет. Было двое нормальных родов и три криминальных аборта. Последний аборт в 1954 г. В 1952 г. лечилась по поводу воспаления придатков матки в женской консультации.

Шейка цилиндрическая, тело матки ясно не контурируется из-за напряженности брюшной стенки. Слева придатки в спайках, увеличены, резко болезненные, опущены в задний свод. Справа придатки не определяются. При пункции получена кровь со сгустками.

Клинический диагноз: левосторонняя трубная беременность.

В брюшной полости небольшое количество крови со сгустками. Матка несколько увеличена, мягковата, сзади в спайках. Левая труба в среднем отделе увеличена до