

фильтрационной анестезией, а 25 (12%) — под масочным эфирным наркозом. Под эфирным наркозом оперированы лишь роженицы с наличием эклампсии, преэклампсии и явных признаков угрожающего разрыва матки.

Из 183 кесаревых сечений, проведенных под местной анестезией, в 117 случаях она сочеталась с двухсторонней паранефральной блокадой, которая улучшает релаксацию и способствует более глубокой анестезии, так как воздействует на нервные сплетения тазовых органов.

Из 183 рожениц, которым кесарево сечение было проведено под местной анестезией, у 34 оно было повторным.

Умерла одна беременная, переведенная из терапевтического отделения для срочного родоразрешения по жизненным показаниям по поводу недостаточности и стеноза митрального клапана с нарушением кровообращения и пневмонией. Еще до начала операции женщина была в состоянии агонии.

В послеоперационном периоде наблюдались следующие осложнения: эндометрит был у трех родильниц, нагноение швов — у двух, паралитический илеус — у одной, парез кишечника — у одной и тромбозомболия — у одной.

Только у 3 женщин снижалось АД во время операции, и у 5 наблюдалась патологическая кровопотеря. Переливание крови было применено у 20 рожениц. Двум роженицам был дан дополнительный эфирный наркоз.

При операциях было извлечено 184 ребенка (одна двойня), в том числе 15 недоношенных. Один ребенок был извлечен мертвым, мацерированным (0,54%). Внутриматочная смерть плода наступила за 6 дней до операции, которая была сделана по жизненным показаниям (центральное предлежание плаценты). Следовательно, редуцированная мертворождаемость составила у нас 0%. Из извлеченных 183 живых новорожденных умерло 4 (2,2%), которые все подлежат редукции. Один ребенок умер от уродства, несовместимого с жизнью, трое — от ателектаза легких при наличии глубокой недоношенности. Операции во всех этих трех случаях проводились по срочным показаниям (сильное кровотечение при центральном предлежании плаценты). Следовательно, редуцированная смертность новорожденных составила у нас также 0%. 18 новорожденных (19%) были извлечены в синей асфиксии I ст., двое — в синей асфиксии II ст. Показанием к операции в обоих случаях было выпадение пуповины при головном предлежании и наличие в результате этого начинающейся асфиксии плода. Оба ребенка были оживлены и выписаны в удовлетворительном состоянии.

Нулевой показатель редуцированной материнской и перинатальной смертности, а также низкий процент новорожденных, извлеченных в состоянии асфиксии, позволяют нам сделать вывод о безопасности местной анестезии для матери и плода и целесообразности проведения кесарева сечения под местной анестезией, несмотря на бурное развитие современной анестезиологии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Верховский А. Л. Акуш. и гин., 1965, 3. — 2. Гинзбург М. М. и Николаева А. И. Там же, 1961, 3. — 3. Капланский И. А. Там же, 1959, 2. — 4. Маненков П. В. и Андресен Н. В. Наша техника местной инфильтрационной анестезии. Казань, 1956. — 5. Персианинов Л. С. Акуш. и гин., 1964, 5. — 6. Юрьева Л. В. Там же, 1956, 4. — 7. Butters G. Zbl. Gynäk., 1963, Heft 47, 1675—1482. — 8. Rothe J. Zbl. Gynäk., 1964, Heft 19, 644—652.

УДК 618.176—618.173—618.14—002

ИЗМЕНЕНИЯ ЭНДОМЕТРИЯ ПРИ КРОВОТЕЧЕНИЯХ В ПЕРИОД КЛИМАКСА И МЕНОПАУЗЫ

В. А. Захарова

*I акушерско-гинекологическая клиника (зав. — проф. А. А. Коган)
Ташкентского медицинского института*

Этиология и патогенез маточных кровотечений в период климакса и менопаузы выяснены не полностью. Кровотечения у женщин старше 40 лет часто принято трактовать как «климактерические», а в период менопаузы — как признак ракового поражения матки. Недостаточно освещен вопрос о характере изменений слизистой матки у женщин, страдающих кровотечениями в указанные периоды; различны мнения и относительно частоты поражения матки раком.

Несмотря на проведение мероприятий по профилактике и раннему выявлению раковых поражений, в онкологические учреждения до сих пор еще поступает немало жен-

цин, леченных различными способами по поводу климактерического синдрома, в то время как они уже страдали злокачественными поражениями матки (И. С. Краевская и др.).

Учитывая, что гистологическое исследование соскобов эндометрия является наиболее чувствительным и тонким тестом, позволяющим врачу-клиницисту правильно обосновать вид терапии, мы сочли возможным несколько расширить показания для диагностических выскабливаний при кровотечениях в период климакса.

Нами изучено состояние эндометрия у 164 женщин старше 40 лет, страдавших кровотечениями невыясненной этиологии.

У 133 из них кровотечения появились без предшествовавшей аменореи (первая группа); у 31 — после менопаузы от года до 25 лет (вторая группа).

У 82 женщин первая менструация наступила в возрасте от 10 до 15 лет, у 51 — в 16—20 лет. Менструальный цикл продолжительностью в 21 день установлен у 29 женщин (21,8%), в 28 дней — у 47 (35,3%), в 30—35 дней — у 59 (42,9%).

Из 133 женщин I группы у 64 было от 1 до 5 беременностей, у 47 — от 6 до 15, у 10 — 16 и больше; 12 женщин страдали первичным бесплодием. 50 женщин рожали от 1 до 5 раз, 71 (58,4%) — от 6 до 20 раз.

Искусственным абортам до 5 раз подвергались 64 женщины, от 6 до 20 раз — 21.

У 103 женщин не обнаружено каких-либо отклонений от нормы; 15 страдали миокардиодистрофией, 5 — пороком сердца, 5 — гипертонической болезнью, 2 — тиреотоксикозом I ст., 1 — коронаросклерозом с явлениями стенокардии, 1 — спастическим колитом, 1 — первично-хронической формой бруцеллеза.

У 35 женщин содержание гемоглобина колебалось между 32—50%; у 32 — между 51—60%, у остальных оно превышало 61%. Таким образом, 26,2% женщин поступили в клинику с явлениями анемии в результате обильных кровотечений.

У 9 женщин было воспаление придатков матки, у 7 — эрозия шейки матки, у 58 тело матки было увеличено до 5—6 недель беременности, у 12 — до 7—8 недель, у 12 — до 9—11 недель. Таким образом, у 82 женщин (61,7%) тело матки было увеличенным.

У 54 из них оно было плотной консистенции, у 28 — мягкой. Увеличение матки у наших больных мы склонны объяснить фиброматозным или метрическим ее состоянием в результате большого количества перенесенных искусственных абортов и родов.

У 131 женщины расстройство менструального цикла появилось среди полного здоровья, у 2 оно совпало с заболеванием вирусным гриппом.

Расстройство менструального цикла у 84 женщин наблюдалось в течение 1—3 лет, у 9 — 4—5 лет, у 1 — 8 лет, у 2 — 9 лет, у 1 — 13 лет и у 1 — 17 лет.

У 36 женщин было однократное кровотечение, продолжавшееся от 15 дней до нескольких месяцев, у 47 наблюдались кровотечения по типу геморрагической метротпатии, у 19 — типа гиперполименореи; 30 страдали ациклическими кровотечениями.

С диагностической и лечебной целью всем женщинам произведено выскабливание слизистой тела матки.

Железистая гиперплазия эндометрия установлена у 117 (87,9%) женщин, у 72 из них в фазе пролиферации, у 36 — секрции, у 9 местами в фазе секрции, местами — пролиферации. У 38 женщин, наряду с железистой гиперплазией эндометрия, было и кистозное расширение желез. У 2 женщин (1,7%) наблюдалась картина хронического метрита, у 4 (3,2%) обнаружен железистый полип. Е. Н. Петрова указывает, что кистозное расширение желез не связано с закупоркой выводных протоков; оно происходит вследствие перехватов, образующихся за счет гиперплазии и уплотнения стромы эндометрия.

Злокачественные новообразования установлены у 10 женщин (7,5%): у 7 — аденокарцинома, у 1 — начинающийся рак, у 2 — предрак. Злокачественные новообразования наблюдались у женщин в возрасте 44—50 лет, из них 4 около года страдали ациклическими кровотечениями, 6 имели длительное однократное кровотечение. Все женщины были оперированы и выписаны из клиники в удовлетворительном состоянии.

Среди женщин II группы у одной, 44 лет, кровотечение началось после 5 лет менопаузы; у 7 в возрасте 46—50 лет — после 2 лет менопаузы; у 13 в возрасте 51—55 лет — после 1—1,5 лет менопаузы. У 6 женщин в возрасте 56—60 лет кровотечение появилось после менопаузы, продолжавшейся от 2 до 13 лет, у 4 старше 61 года кровотечения появились через 25 лет после менопаузы.

У 10 женщин этой группы менструации наступили в 16—18 лет, у большинства наблюдался постпонирующий тип. У 10 женщин было от 1 до 5 беременностей, у 18 — до 15; от 1 до 5 раз рожали 18 женщин и от 6 до 10 раз — 10; кроме того, у 12 из них было от 1 до 5 абортов, у 7 — от 6 до 11; у 3 было первичное бесплодие.

Порок сердца был у 2 женщин, гипертоническая болезнь — у 3. К моменту обследования у одной было воспаление придатков матки; у 9 женщин тело матки было увеличенным до 5—6 недель беременности, причем у 6 оно было плотной консистенции, у 3 — мягкой.

Кровотечения появились среди полного здоровья. При выскабливании матки железистая гиперплазия эндометрия установлена у 17 женщин, у 9 из них одновременно выявлены и кистозно расширенные железы, у двух — кистозный аденоматоз.

Злокачественные новообразования обнаружены у 6 женщин: аденокарцинома — у 5, альвеолярный рак — у одной. Возраст этих женщин — от 51 до 55 лет, продолжительность менопаузы — от 3 до 5 лет. Таким образом, у женщин II гр. злокачественные

новообразования наблюдались в 3 раза чаще, чем у женщин I гр. Всем женщинам, страдающим ациклическими или однократными длительными кровотечениями в период климакса и менопаузы, необходимо производить диагностическое выскабливание матки.

ЛИТЕРАТУРА

1. Добротин С. С., Добротина А. Ф., Дыкман И. Б., Крапивин Н. Г., Краевская И. С. Тр. I съезда акушеров-гинекологов РСФСР. Медгиз, 1961.
2. Петрова Е. Н. Гистологическая диагностика заболеваний матки. Медгиз, М., 1959.
3. Петрова Е. Н., Капнер В. Д. Акуш. и гин., 1951, 4.
4. Петров Маслаков М. А. О нейрогенных дистрофиях женских половых органов. Медгиз, М., 1952.
5. Сердюков М. Г. Московский мед. ж., 1927, 10.

УДК 618.3—616.43

ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ НЕКОТОРЫХ ЭНДОКРИННЫХ СДВИГОВ В КОНЦЕ БЕРЕМЕННОСТИ

А. М. Фой и Н. С. Эйбер

*Акушерско-гинекологическая клиника лечебного факультета (зав.— проф. А. М. Фой)
Саратовского медицинского института*

Кому из акушеров не известны трудности определения выраженного перенашивания беременности даже при систематическом наблюдении врача за беременной! К тому же порой женщины сознательно дают неверные сведения о дате последних менструаций, чтобы избежать возможного запоздалого предоставления им декретного отпуска. Все это приводит к диагностическим ошибкам. Между тем перенашивание почти всегда может быть определено с помощью рекомендуемого нами контрольного эндокринного теста, используемого параллельно с другими методами. Если в ранние и средние сроки беременности содержание нейтральных 17-кетостероидов в суточном количестве мочи не превышает 7—15 мг, то есть находится в пределах нормы, то в поздние сроки беременности оно достигает 25—30 мг. Для определения 17-кетостероидов мы пользуемся методом Циммермана — Уваровской. При перенашивании на 7—10 и более дней, как показали наши исследования (350 наблюдений), содержание 17-кетостероидов в суточном количестве мочи возрастает от 30 до 100 мг, в среднем составляя 37,5 мг. Эти данные статистически достоверны ($P < 0,001$). Точность рекомендуемого нами теста неизменно подтверждалась констатацией характерных особенностей перенашивания в плаценте, особенностями околоплодных вод и хорошо изученными физическими показателями родившихся переносных детей. Только у 2% женщин с явным перенашиванием беременности уровень 17-кетостероидов не превышал содержания этого гормона в конце беременности с нормальной продолжительностью.

Не меньшее практическое значение приобретает оценка некоторых сдвигов в экскреции с мочой эстрогенных гормонов в последние 2—3 месяца нормальной и патологически протекающей беременности. На протяжении последних лет были установлены весьма значительные колебания (до $\pm 50\%$) уровня выводимых с мочой эстрогенных гормонов (Brown, Ittrich, Igel и др.), причем некоторые генетические факторы этих колебаний в настоящее время близки к окончательному изучению, а определение количества эстрогенов, выводимых из организма беременных, приобретает в акушерской практике известное диагностическое и прогностическое значение.

Изучение этих вопросов стало более доступным с тех пор, как взамен общеизвестного достоверного, но трудоемкого и длительного метода фракционного определения эстрогенов, разработанного Брауном (1955), был предложен технически несложный и быстрый метод определения суммарного содержания эстрогенов в моче начиная с 4 месяцев беременности вплоть до ее конца и в родах (Иттрих, 1959, 1960). Метод настолько прост, что с его помощью легко осуществляется динамическое определение экскретируемых с мочой эстрогенов на протяжении ряда дней и недель. Он основан на цветной реакции Кобера (розовая окраска исследуемой мочи в присутствии паранитрофенола в хлороформе или в тетрабромэтаноле). В последующем суммарное количество эстрогенов и эстрогеноподобных веществ определяется спектрофотометрически или флуорометрически. В качестве стандарта служит эстриол.

Как известно, примерно 90% общего количества эстрогенов, выделяемых с мочой, падает на долю эстриола, а стойкое снижение уровня экскреции эстриола свидетельствует нередко о неблагополучии внутриутробного плода (Green, Duhring, Smith, 1965, и мн. др.).

В нашей лаборатории было определено содержание эстрогенов в моче по методу Иттриха у 319 женщин, у ряда из них в динамике 4—5 раз с интервалами в 3—7 дней.