

заболевания частота сердцебиения плода замедлялась. Величина внутриминутных колебаний частоты сердечного ритма иногда была меньше при гипертонической болезни, чем у здоровых беременных. Так, при I ст. в фазе А колебания сердечного ритма плода составили $\pm 3,54$ удара, в фазе Б $\pm 3,28$. Во II ст. гипертонической болезни они оказались еще меньше: в фазе А $\pm 2,79$, в фазе Б $\pm 2,54$ удара, т. е. чем тяжелее заболевание, тем меньше величина внутриминутных колебаний. Следовательно, прогностически неблагоприятными для плода признаками являются учащение или замедление частоты сердцебиения плода (107—158), уменьшение внутриминутных колебаний сердечного ритма до $\pm 2,54$ удара, выявление извращенных реакций при функциональных пробах.

Исходя из данных ФЭКГ-исследования, нетрудно видеть неблагоприятное влияние гипертонической болезни матери и позднего токсикоза на состояние внутриутробного плода. Степень нарушения сердечной деятельности зависела от тяжести заболевания.

Внедрение в акушерскую практику методики синхронной записи ФЭКГ плода расширяет возможности в оценке состояния внутриутробного плода, что особенно важно при патологическом состоянии матери, в том числе у беременных с гипертонической болезнью, нефропатией и др. Данный метод позволяет своевременно применить лечебно-профилактические мероприятия, направленные на антенатальную охрану плода, а при необходимости — и досрочное прерывание беременности.

УДК 618.1

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ ВНУТРЕННИХ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Л. Г. Кудашева

Кафедра акушерства и гинекологии Башкирского медицинского института (зав.— докт. мед. наук Н. М. Дорофеев) и кафедра акушерства и гинекологии № 1 (зав.— проф. Н. Е. Сидоров) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

Обследовано и подвергнуто лечению 50 больных в возрасте от 19 до 50 лет. С острым, подострым и хроническим воспалением придатков матки в стадии обострения было 27 больных, с хроническим вне стадии обострения — 9, с воспалительными опухолями — 14. Из 27 больных 1-й гр. впервые заболевших было 14. 11 больных были доставлены в машину скорой помощи в состоянии средней тяжести с явлениями пельвеоперитонита. Со стороны половых органов у этих больных определялись большие морфологические изменения.

С длительностью заболевания до 1 года было 5 человек, от 2 до 5 лет — 19, свыше 5 лет — 7, свыше 10 лет — 5. Большинство из них ранее неоднократно лечилось консервативно.

Все больные при поступлении жаловались на боли. Нарушение менструального цикла со времени заболевания отмечалось у 24 женщин. Дисменорея была у 11 больных, нерегулярные менструации — у 2, меноррагии — у 3, кровянистые выделения в межменструальном периоде — у 8. Беременели 36 женщин. Первичным бесплодием страдали 7 больных, вторичным — 1, у 1 возникла внематочная беременность.

Терапия была комплексной. Назначали преднизолон в сочетании с антибиотиками. При выборе антибиотиков учитывали анамнез и результаты определения чувствительности бактериальной флоры канала шейки матки. У большинства больных выявленная микрофлора была устойчива к антибиотикам. Мы применяли тетрациклин (600 000 ЕД в сутки), мономицин (750 000 ЕД в сутки), неомицин (750 000 ЕД в сутки) и др. Антибиотики вводили на протяжении всего курса лечения преднизолоном и еще в течение 3—5 дней. Преднизолон начинали с ударных доз (30 мг в сутки), затем дозу постепенно снижали. Лечение продолжалось 15 дней, за это время вводили 240 мг преднизолона. Одновременно давали витамины (В₁, В₆ и С). После окончания курса лечения преднизолоном (в острой стадии) или одновременно с ним (в подострой, хронической стадии) назначали биогенные стимуляторы (аутогемотерапию, алоэ, ФИБС), физиотерапевтические процедуры (соллюкс, гальванизацию, УВЧ, парафин). Во время лечения больные получали хлористый кальций внутривенно и бромистый калий внутрь.

У большинства больных наступало быстрое улучшение общего состояния: исчезали боли, повышался аппетит, в острой стадии на 2—4-е сутки снижалась температура до нормы, улучшались показатели крови. При остром процессе к концу 2—3-й недели обычно значительно уменьшались инфильтраты и болезненность. У 26 женщин в области придатков и клетчатки были воспалительные опухоли и инфильтраты размером от куриного яйца до мужского кулака, ограниченно подвижные, плотные; у отдельных больных эти образования выходили за пределы малого таза; у 24 больных придатки определялись в виде тяжа; у 11 больных воспалительный процесс сопровождался явлениями раздражения брюшины. После лечения у 33 больных пальпируемые образования значительно уменьшились, у 16 они полностью исчезли, у 1 лечение эффекта не дало. Из 14 больных с экссудативными мешотчатыми образованиями, у которых

ранее проводимое консервативное лечение было безуспешным, в связи с чем стоял вопрос об оперативном вмешательстве, у 5 эти образования исчезли, у 8 значительно уменьшились. Гинекологический статус не изменился у 1 больной с воспалительным tumorom придатков матки со спаечным процессом. Больная оперирована.

Лечение оказало значительное влияние и на менструальный цикл, быстрее прекращались нерегулярные кровянистые выделения, менструации становились менее болезненными. Так, у 8 женщин, поступивших в стационар с воспалительным процессом и кровотечением, последнее прекратилось на 3—5-й день лечения. В литературе также имеются сообщения о регулирующем влиянии кортикоидов на менструальную функцию.

Количество лейкоцитов и РОЭ не всегда соответствовали стадии клинического течения воспалительного процесса. Так, из 50 больных только лейкоцитоз был у 4, а ускоренная РОЭ — у 9 больных. Повышенная РОЭ и одновременно лейкоцитоз выявлены лишь у 12 больных.

Итак, комплексное лечение в сочетании с преднизолоном воспалительных процессов женских половых органов дает хороший терапевтический эффект, особенно в острой стадии заболевания. Применение гормона сокращает острый период заболевания, дает возможность быстрее начать физиотерапевтическое лечение и тем самым предупредить переход воспалительного процесса в хроническую стадию.

УДК 618.14—005.1—612.432

ГОНАДОТРОПНАЯ ФУНКЦИЯ ГИПОФИЗА У БОЛЬНЫХ ДИСФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ МАТОЧНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ

У. Р. Хамадьянов

Кафедра акушерства и гинекологии (зав.—доц. Т. И. Степанова) Башкирского медицинского института. Научный руководитель — проф. А. Ф. Добротина

Мы изучали гонадотропную функцию гипофиза у 19 женщин в возрасте от 22 до 39 лет, страдавших дисфункциональными маточными кровотечениями. Определяли уровень гонадотропинов в 24-часовых порциях мочи (305 исследований) ежедневно или через день на протяжении 4—5 недель по методу Декански (1949) в модификации Г. С. Степанова (1961). Контрольную группу составили 3 здоровые женщины в возрасте 29—30 лет, у которых выделение гонадотропинов с мочой определяли ежедневно в течение одного нормального менструального цикла (92 анализа). Для конечного определения гонадотропинов применяли мышино-маточную технику Левина — Тиндала (1937).

У здоровых женщин выделение гонадотропинов с мочой было циклическим. При этом выявлено 2 характерных периода повышенной активности гонадотропной функции гипофиза, проявившиеся в начальном и овуляционном пиках экскреции гонадотропинов. Начальный пик у одной женщины появлялся за день до начала менструации, а у двух других — в первые 3 дня менструации. Овуляционный пик или совпадал с низкой точкой гипотермической базальной температуры, или следовал за ней через 1—2 дня. Уровень гонадотропинов в межпиковый период у разных женщин варьировал от 0 до 60 мг/24 часа. Начальный гонадотропный пик, который у 2 женщин был больше и у 1 — меньше овуляционного, колебался в пределах 60—90, овуляционный — 50—80 мг/24 часа. Перед максимумом гонадотропинов отмечалось ступенеобразное повышение по сравнению с остальной фолликулярной фазой. Снижение к фазе желтого тела происходило более круто.

Детальный анализ кривых выделения гонадотропинов у 19 больных позволил выявить 2 типа их экскреции. При одном типе (16 чел.) экскреция гонадотропинов (0—64 мг за сутки) носила монотонный характер и по абсолютному уровню соответствовала межпиковым величинам нормального менструального цикла (0—60 мг за сутки). При другом типе (3 чел.) выделение гонадотропинов было циклическим, но гонадотропные пики существенно отличались от пиков нормального менструального цикла.

У 6 больных первой подгруппы мы исследовали гонадотропную функцию гипофиза без применения какого-либо лечения гормональными препаратами. Среднесуточное выделение гонадотропинов за период наблюдения составило $28,7 \pm 1,0$ мг/24 часа, что значительно превышает среднее выделение у больных пубертатного возраста и ниже, чем у больных климактерического периода с высоким типом выделения гонадотропинов. Эти различия статистически высоко достоверны ($P < 0,001$). Общий уровень гонадотропинов в течение 4—5 недель оставался постоянным, и пиков, характерных для нормального овуляторного цикла, не отмечалось. Максимальная экскреция до 64 мг/24 часа не превышала гонадотропный пик (90 мг за сутки) в норме.

При сравнении среднего уровня выделения гонадотропинов у больных репродуктивного возраста и климактерического с низким типом выделения существенной разницы не было обнаружено.