

каких-либо признаков разложения как наружно, так и при вскрытии, несмотря на то, что труп пролежал в покойничке 2 суток без льда в жаркое время года. Это навело Л. И. Бубличенко на мысль о консервирующем действии пенициллина на ткани и органы человека. Поставленный им эксперимент на животных (крысах и мышах) подтвердил это предположение. Благодаря консервирующим свойствам антибиотиков используются в народном хозяйстве для консервации мяса, рыбы, для предохранения от порчи овощей и фруктов. Как указывают П. Н. Кашкин и Н. П. Елинова (1970), при применении антибиотиков для консервации пищевых продуктов всегда реальна опасность сенсибилизации ими организма, возникновения аллергических реакций. Как побочное действие антибиотиков описаны функциональные нарушения в различных органах и тканях, повреждение кровотока и др.

Отсюда вытекает предположение, что к числу факторов, обусловивших снижение эффективности антибиотикотерапии, следует отнести нарушение компенсаторно-приспособительных реакций организма, обусловленное «консервацией» тканей и органов больного человека этими препаратами. Но тогда возникает вопрос: почему при малых дозах вначале они показали высокую эффективность, и только в дальнейшем перестали действовать благоприятно или снизили эффективность? Этот вопрос по существу сопряжен с другими: об изменении клиники болезни, характера микрофлоры, о снижении чувствительности к антибиотикам патогенных возбудителей, изменении реактивности организма в целом. Очевидно, в условиях широкого применения антибиотиков необходимо время, возможно, с участием генетического фактора, для того, чтобы выявились указанные выше нарушения.

Для повышения эффективности антибиотиков в комплексном лечении септических послеродовых заболеваний теперь принято вводить их в больших дозах, преимущественно внутривенно, применять различные их сочетания, при необходимости заменяя в этом сочетании один антибиотик другим. Фармакологическая промышленность значительно увеличила ассортимент антибиотиков, выпускает полусинтетический пенициллин, цефалоспорины, аминогликозиды и др.

Возникает еще один вопрос: не приведет ли это к новым изменениям клиники септических заболеваний, биологических свойств возбудителей заболевания, чувствительности их к антибиотикам, изменению реактивности организма и как следствие — к очередному снижению эффективности терапии? Все это требует пересмотра нашего отношения к антибиотикам, более широкого использования при лечении послеродовых септических заболеваний других медикаментозных (не антибиотических) препаратов, постановку новых изысканий в этом направлении.

ЛИТЕРАТУРА

1. Агнисенко В. В. В кн.: Влияние осложнений беременности и родов на здоровье детей первых лет жизни. Л., «Медицина», 1966.—2. Иванов И. П. Акуш. и гин., 1976, 6.—3. Кобозева Н. В., Змитрович Л. А., Михайлова В. А., В кн.: Влияние осложнений беременности и родов на здоровье детей первых лет жизни. Л., «Медицина», 1966.—4. Лабутина З. И. Ранняя диагностика позднего токсикоза в условиях женской консультации. Автореф. канд. дисс., М., 1963.—5. Новиков Ю. И. Характеристика биоэлектрической активности коры головного мозга и тонуса периферических сосудов у женщин с нормальной беременностью и при позднем токсикозе. Автореф. докт. дисс., М., 1970.—6. Петров-Маслаков М. А. В кн.: Влияние осложнений беременности и родов на здоровье детей первых лет жизни. Л., «Медицина», 1966.—7. Петров-Маслаков М. А., Сотникова Л. Г. Поздний токсикоз беременных. Л., «Медицина», 1971.—8. Серенко А. Ф., Брушлинская Л. А., Фролова О. Г. Педиатрия. 1971, 11.—9. Шлямин А. Б. *Вопр. охр. мат. и дет.*, 1975, 6.—10. Bienkiewicz L., Komogowska A. *Ginek. pol.*, 1971, 42, 9.—11. Chellus H., Böhme K., Dettmer U. *Geburtsh. u. Frauenheilk.*, 1971, 31, 9.—12. Dalton K. *Lancet*, 1960, 7117, 198.—13. Endl J., Wolf G., Schaller A. *Geburtsh. u. Frauenheilk.*, 1975, 35, 12.

Поступила 15 ноября 1977 г.

УДК 612.662—055.23—072.7

ТЕСТЫ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ В ПЕРИОД СТАНОВЛЕНИЯ МЕНСТРУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ ДЕВОЧЕК

Л. А. Лазарева, проф. Т. Г. Бозуш

Кафедра акушерства и гинекологии (зав.—проф. Т. Г. Бозуш) и курс пропедевтики детских болезней (зав.—доц. А. Р. Колоколов) Астраханского медицинского института им. А. В. Луначарского

Реферат. По тестам функциональной диагностики (кольпоцитология, базальная температура) исследовано становление менструального цикла у девочек 11—18 лет. Изучено 109 менструальных циклов, 748 мазков. В период полового созревания у 20%

девочек были нормальные овуляторные циклы, у 21% — циклы с недостаточностью и укорочением II фазы, а у 58% — ановуляторные циклы. Для практического использования составлены средние кольпоцитогаммы различных типов менструальных циклов, встречающихся у здоровых девочек в период становления менструальной функции.

При нарушениях менструальной функции девочек наиболее доступным является обследование их по тестам функциональной диагностики (кольпоцитология, базальная температура). Вместе с тем кольпоцитологические особенности и характер менструальных циклов у здоровых девочек изучены мало, а имеющиеся по этому вопросу данные иногда разноречивы. Так, М. М. Мельникова (1973), изучая базальную температуру у девочек в период полового созревания, выявила нормальный 2-фазный цикл только у 14,5%, тогда как Л. А. Бирюченко (1975) установила 2-фазную базальную температуру у большинства обследованных девочек (у 62 из 68); она считает, что окончательное становление менструального цикла происходит уже к 15 годам. Л. Я. Блуштейн, А. И. Минкина, Л. С. Бедякова (1970) пришли к выводу, что у большинства девочек (68%) незадолго до менархе проявляется тенденция к циклической экскреции с мочой гонадотропинов и эстрогенов [4]. Менструальные циклы у девочек в первый год после менархе оказались в большинстве (80%) ановуляторными. К 15-летнему возрасту частота ановуляторных циклов уменьшилась лишь до 50%, и только к 17—18 годам циклы приобретали овуляторный характер у 90% девушек.

В связи с изложенным мы поставили задачу изучить по тестам функциональной диагностики становление менструального цикла у здоровых девочек. Кольпоцитологическое исследование производили с учетом рекомендаций И. Д. Ариста (1940) и М. Г. Арсеньевой (1973). Применяли монохромную окраску мазков гематоксилин-эозином, подсчитывали индекс созревания (ИС), кариопикнотический индекс (КИ), индекс складчатости и группировки клеток [2]. Базальную температуру измеряли сами девочки после предварительной инструкции.

Всего изучено 109 менструальных циклов у 55 здоровых девочек в возрасте 11—18 лет. При этом исследовано 748 мазков. Все обследованные были разделены на подгруппы в зависимости от менструального возраста [8]. В отдельную подгруппу были выделены еще не менструирующие девочки.

Как показали наши исследования, у неменструирующих девочек с хорошо развитыми вторичными половыми признаками в цитологических мазках содержится в среднем $52,1 \pm 0,5\%$ поверхностных и $44,7 \pm 0,4\%$ промежуточных клеток. Мазки атрофического типа у этих девочек не встречались. Однако КИ был еще низким ($8,1 \pm 0,3\%$). Базальная температура носила монофазный характер.

В мазках девочек первого менструального возраста по сравнению с неменструирующими увеличилось количество поверхностных клеток ($56,3 \pm 1,3\%$) и уменьшилось количество парабазальных ($0,7 \pm 0,2\%$). Средний показатель КИ равен $19,8 \pm 1,3\%$. Средняя базальная температура также несколько выше, чем в предыдущей подгруппе. Анализируя характер менструальных циклов у этих девочек, мы выявили только 5 двухфазных овуляторных циклов из 26 изученных. Но 4 из них имели определенные особенности. Так, фолликулиновая фаза у них была хорошо выражена, отмечалась достаточная пролиферация влагалищного эпителия — от 2-й степени в начале цикла до 3—4-й к середине его. КИ достигал 74%, но в среднем овуляторный пик у них был ниже ($68,3 \pm 1,5\%$), чем при нормальном овуляторном цикле.

Однако 2-я фаза была неполноценной: признаки лютеиновых преобразований были выражены слабо (Л-1), удерживались недолго, в течение 5—6 дней, не отмечалось усиления прогестероновой стимуляции к концу цикла. Более высокая эстрогенная стимуляция, наблюдавшаяся во 2-ю фазу этих циклов по сравнению с нормальным овуляторным циклом, обусловлена, по-видимому, слабым антагонистическим действием прогестерона.

Базальная температура в этих случаях была двухфазной, но во 2-й фазе редко превышала 37° и удерживалась лишь 4—6 дней. При установлении двухфазности базальной температуры мы учитывали не абсолютные показатели ее во 2-й фазе, а разницу между 1-й и 2-й фазами цикла. Поэтому мы расценивали эти циклы как овуляторные с недостаточно выраженной лютеиновой фазой.

На наш взгляд, такие укорочение и недостаточность 2-й фазы цикла объясняются слабой функцией желтого тела, которое выделяет недостаточное количество прогестерона, поэтому и лютеиновые преобразования слабо выражены. Из литературы известно, что в период полового созревания даже при овуляторных циклах выделение прегнандиола во 2-ю фазу значительно меньше, чем у взрослых женщин [5, 6].

Мы полагаем, что менструальные циклы с укорочением и недостаточностью 2-й фазы у девочек пубертатного возраста следует расценивать как одну из ступеней становления нормальной менструальной функции.

Один менструальный цикл в этой подгруппе девочек оказался полноценным двухфазным. Кольпоцитологическая картина его в основном соответствовала картине нормального овуляторного менструального цикла женщин репродуктивного периода.

Остальные циклы (21) в этой подгруппе девочек были ановуляторными. Большинство циклов, по классификации М. Г. Арсеньевой (1973), относилось к типу постоянно высокой и постепенно нарастающей пролиферации. Признаки прогестероновой стимуляции в этих менструальных циклах отсутствовали, базальная температура носила

монофазный характер. В 13 ановуляторных циклах мы отметили однократное снижение базальной температуры на $0,2-0,3^\circ$. М. М. Мельникова (1973) считает, что этот факт свидетельствует о начале формирования цикла базальной температуры еще до менархе. Мы разделяем это мнение.

Изучая кольпоцитологические кривые у девочек второго менструального возраста, мы отметили что полноценные овуляторные циклы здесь также встречаются редко: 3 из 20. Еще 6 менструальных циклов были тоже овуляторные, но с недостаточностью и укорочением 2-й фазы. По характеру последней они отличались друг от друга. Так, в некоторых циклах лютеиновые преобразования, возникая на 15—16-й день, удерживались всего 5—7 дней, хотя при этом отмечалась достаточная степень прогестероновой стимуляции (Л-2, Л-3). В других циклах лютеиновые преобразования удерживались 11—12 дней, однако степень прогестероновой стимуляции была невысокой (Л-1, Л-2).

Остальные 11 циклов девочек этой подгруппы носили ановуляторный характер, базальная температура была монофазной. В большинстве циклов отмечалась постоянно высокая и постепенно нарастающая пролиферация, в остальных — пролиферация по типу циклической кривой и постоянно низкая.

Такое разнообразие кольпоцитологических кривых при ановуляторных циклах объясняется, по-видимому, различным содержанием эстрогенов в организме.

Мы полагаем, что кольпоцитологические кривые типа постоянно высокой пролиферации наблюдаются при достаточно высоком уровне эстрогенов в организме, типа постоянно низкой пролиферации — при монотонном, низком уровне эстрогенов, а типа циклической и нарастающей пролиферации — при подобных уровнях эстрогенов в организме. Но такое соответствие, по-видимому, сохраняется не всегда, так как степень пролиферации влагалищного эпителия зависит и от индивидуальной чувствительности слизистой влагалища к воздействию эстрогенов.

Изучая кольпоцитологические кривые у девочек третьего и четвертого менструального возраста, мы встретили те же разновидности менструальных циклов, что и в предыдущей подгруппе. Однако количество овуляторных циклов здесь было больше: из 39 циклов 21 был овуляторный, остальные ановуляторные. Среди последних преобладали циклы с постоянно высокой и постепенно нарастающей пролиферацией. У 14 девочек различного менструального возраста наблюдалось чередование различных по характеру циклов. Из них 8 девочек, у которых нам удалось проследить 2—3 цикла (на протяжении 1—3 лет), имели сначала ановуляторный цикл (преимущественно по типу высокой или нарастающей пролиферации), а затем овуляторный с недостаточностью или укорочением 2-й фазы. Этот факт позволяет предположить, что становление овуляторного менструального цикла у девочек пубертатного возраста включает в себя следующие этапы: ановуляторный цикл → овуляторный цикл с недостаточностью желтого тела → нормальный овуляторный цикл. При этом в отдельных случаях не исключена возможность появления нормального овуляторного цикла сразу после ановуляторного.

Методом 2-координатного усреднения были построены средние кольпоцитогаммы для всех разновидностей менструальных циклов, выявленных нами у обследованных девочек. Числовые выражения средних кольпоцитогамм представлены в таблице.

Сопоставление кольпоцитогамм нормального менструального цикла по нашим данным и по данным М. Г. Арсеньевой (1973) для взрослых женщин показывает, что эти кольпоцитогаммы практически совпадают.

При сравнении средних кольпоцитогамм нормального менструального цикла и цикла с недостаточностью желтого тела выяснилось, что характер нарастания пролиферации в фолликулиновую фазу этих циклов одинаковый. Такое сходство отмечено до 11—12-го дня цикла, после чего выявляются достоверные различия в уровнях пролиферации. Например, овуляторный пик КИ в кольпоцитогамме нормального менструального цикла достигает $77,1 \pm 1,3\%$, а в кольпоцитогамме цикла с недостаточностью желтого тела — всего лишь $68,3 \pm 1,5\%$, хотя количество поверхностных клеток было одинаковым: $94,5 \pm 1,5\%$ и $95,2 \pm 1,3\%$.

Наибольшие различия выявлены во 2-ю фазу циклов. Если для нормального менструального цикла характерно быстрое уменьшение пролиферативных изменений начиная с 15—16-го дня цикла (на 20-й день КИ = $32,5 \pm 1,0\%$), то в цикле с недостаточностью желтого тела отмечено более плавное снижение пролиферации (на 20-й день КИ = $45,2 \pm 1,1\%$). Эти различия особенно резко выражены в конце 2-й фазы: в нормальном менструальном цикле на 28-й день КИ = $5,4 \pm 0,8\%$, а в менструальном цикле с недостаточностью желтого тела он составляет $30,1 \pm 1,1\%$. Во всех описанных случаях разница статистически высоко достоверна ($P < 0,001$).

Разница в характере 2-й фазы циклов подтверждается и различной степенью лютеиновых преобразований в этот период: в циклах с недостаточностью желтого тела лютеиновые преобразования выражены слабо.

По характеру цитологических кривых ближе всего к описанным выше стоит кольпоцитогамма ановуляторного цикла по типу циклической пролиферации. Однако уровень пролиферации в I половине цикла здесь значительно ниже, чем при нормальном овуляторном цикле: на 10-й день овуляторного цикла КИ = $46,3 \pm 0,9\%$, а в ановуляторном — $32,8 \pm 1,2\%$. Подъем КИ в середине ановуляторного цикла составляет $54,6 \pm 1,0\%$, что значительно ниже подобных показателей при нормальном овулятор-

Числовые выражения средних кольпоцитогамм различного типа у здоровых девочек пубертатного возраста (в %)

Дни цикла	Тип кольпоцитогаммы																										
	до менархе			ановуляторные циклы									овуляторные циклы														
	парабазальные клетки	поверхностные клетки	КИ	низкая пролиферация			высокая пролиферация			нарастающая пролиферация			циклическая пролиферация			слабо выраженные лютеиновые преобразования			нормальный овуляторный								
				поверхностные клетки	КИ	КИ	поверхностные клетки	КИ	КИ	поверхностные клетки	КИ	КИ	поверхностные клетки	КИ	КИ	парабазальные клетки	поверхностные клетки	КИ	парабазальные клетки	поверхностные клетки	КИ						
2-й	4,8	45,2	5,2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
3-й	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	8,1	15,3	13,5
4-й	—	—	—	34,7	20,9	41,9	30,1	26,4	17,3	36,2	20,3	4,5	27,9	15,1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
6-й	3,7	47,8	6,7	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	47,5	31,2	
7-й	—	—	—	44,9	30,1	59,8	45,3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
8-й	—	—	—	—	—	—	—	—	—	40,8	23,2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
9-й	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	76,3	46,3
10-й	3,7	46,9	7,1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
12-й	—	—	—	—	—	58,1	46,7	40,7	25,6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
14-й	1,2	51,6	10,8	45,9	31,2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	95,2	77,1
15-й	—	—	—	—	—	63,7	49,5	49,8	31,2	70,3	54,6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
17-й	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	78,5	53,2
18-й	1,3	50,9	10,9	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
19-й	—	—	—	—	—	64,1	50,5	58,4	35,4	56,5	38,7	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
20-й	—	—	—	46,9	34,5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	52,5	32,5
22-й	2,4	47,8	8,1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
24-й	—	—	—	41,7	31,3	63,3	49,8	71,9	51,7	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
25-й	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
26-й	3,8	47,5	7,3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
28-й	—	—	—	40,1	28,9	54,8	34,8	56,9	41,3	23,7	20,1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
30-й	4,9	45,6	5,8	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

Примечание. Количество промежуточных клеток в каждом конкретном случае равно: 100% - (поверхностные клетки % + парабазальные клетки %).

ном цикле и овуляторном с недостаточностью желтого тела. С 15—16-го дня степень пролиферативных изменений в этом цикле уменьшается, и на 28-й день КИ = 20,1 ± 1,2%.

Но, несмотря на некоторое внешнее сходство этих кольпоцитогамм, отсутствие лютеиновых преобразований во II половину рассматриваемого цикла доказывает отсутствие овуляции, что делает эти циклы совершенно различными по характеру. Ановуляторность данного цикла подтверждается и монофазной базальной температурой.

Средненные кольпоцитогаммы других разновидностей ановуляторных циклов также отличаются друг от друга. У ановуляторного цикла с постоянно высокой пролиферацией средние показатели достоверно выше, чем у ановуляторного цикла с низкой пролиферацией: КИ в первом случае колеблется от 30,1 ± 0,9% до 50,5 ± 0,9%, а во втором — от 20,9 ± 0,8% до 34,5 ± 1,1%.

Средняя кольпоцитогамма ановуляторного цикла по типу нарастающей пролиферации имеет характерные особенности: в начале цикла степень пролиферации невысокая, на 4-й день цикла КИ = 17,3 ± 1,3%. В дальнейшем отмечается усиление пролиферации — на 15-й день цикла КИ = 31,2 ± 1,4%. С этого времени особенно заметно нарастание пролиферативных изменений, максимум зарегистрирован на 24-й день: КИ = 51,7 ± 1,4%. Затем выявлено снижение пролиферации — на 28-й день КИ = 41,3 ± 1,4%.

Итак, в период полового созревания нормальные овуляторные менструальные циклы встречаются у девочек не часто: у обследованных нами школьниц они отмечены в 20%; 21,2% составляли овуляторные циклы с недостаточностью и укорочением 2-й фазы цикла, а 58,8% — ановуляторные циклы. С увеличением менструального возраста

увеличивается частота овуляторных нормальных циклов и снижается частота ановуляторных.

Мы полагаем, что полученные нами средние кольпоцитогаммы различных менструальных циклов, встречающихся в пубертатном периоде у здоровых девочек, могут детским гинекологам в трактовке результатов обследования девочек с нарушениями менструальной функции.

ЛИТЕРАТУРА

1. Арист И. Д. Материалы к изучению влагалищного цикла женщины. Автореф. докт. дисс., Харьков, 1940.—2. Арсеньева М. Г. Кольпоцитологические исследования в диагностике и терапии эндокринных гинекологических заболеваний. Л., 1973.—3. Бирюченко Л. А. Охрана здоровья детей и подростков, вып. 7. Киев, 1975.—4. Блуштейн Л. Я., Минкина А. И., Беднякова Л. С. Материалы I съезда акушеров-гинекологов Таджикистана, 1970.—5. Заводова А. С. Материалы к вопросу физиологии и патологии половой системы девочек школьного возраста. Автореф. канд. дисс., Краснодар, 1960.—6. Лесакова А. С., Попова А. А. В кн.: Очерки гинекологической эндокринологии. М., «Медгиз», 1962.—7. Мельникова М. М. Вопр. охр. мат и дет., 1973, 11.—8. Милицерова Г. Тр. 4-й Всесоюзн. конф. по возрастной морфологии, физиологии и биохимии. М., 1960.

Поступила 17 января 1978 г.

УДК 618.2+618.4]:618.291

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ КРУПНЫМ ПЛОДОМ

*Проф. З. Н. Якубова, канд. мед. наук Л. Ф. Шилова,
Т. П. Вдовиченко, И. Ф. Фаткуллин*

Кафедра акушерства и гинекологии № 2 (зав.—заслуж. врач ТАССР проф. З. Н. Якубова) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова

Реферат. Установлено, что беременность и роды при крупном плоде отражаются на состоянии как матери, так и плода и новорожденного. Возрастает частота патологии беременности, увеличивается продолжительность родов, потеря крови, повышается частота травматизма матери и плода.

Нами проведен анализ течения и исхода беременности и родов крупным плодом по материалам 3 родильного дома г. Казани. Для контроля изучено течение беременности и родов у 100 женщин, родивших доношенных детей массой тела до 3900 г.

За 1967—1971 гг. в роддоме проведено 8833 родов. У 268 женщин (3%) в возрасте от 18 до 43 лет были роды крупным плодом (масса тела от 4000 до 5250 г). Первородящих было 110 (возраст — от 18 до 41 года), в том числе 20 (18,1%) повторнородящих, из них 10 старше 28 лет; повторнородящих — 158 (возраст — от 18 до 43 лет), из них 119 (75,3%) с отягощенным акушерским анамнезом.

Контрольную группу составили 100 женщин в возрасте от 19 до 41 года: 57 первородящих (2 из них старше 28 лет), в том числе 9 повторнородящих, и 43 повторнородящих, из них 29 с отягощенным акушерским анамнезом (67,4%). Масса тела детей в контрольной группе колебалась от 2800 до 3900 г.

Анализ наших данных показывает, что при крупном плоде у женщин чаще возникают осложнения в течении беременности и родов. Так, токсикозы первой половины беременности в основной группе наблюдались в среднем у 14,9%, в контрольной группе — у 5% ($P = 0,01$), токсикозы второй половины беременности — соответственно у 7,9% и 6%. Средняя продолжительность первого периода родов у первородящих основной группы составила 16 ч 38 мин \pm 12 мин, в контрольной группе — 15 ч 9 мин \pm 35 мин ($P = 0,05$), продолжительность второго периода — соответственно 57 мин \pm 36 с и 36 мин \pm 1 мин ($P = 0,001$), третьего периода — 8 и 9 мин (разница достоверна), общая продолжительность родов — 18 ч 17 мин \pm 16 мин и 14 ч 15 мин \pm 32 мин ($P = 0,001$), общая потеря крови в процентах по отношению к массе тела рожениц — $0,45 \pm 0,05$ и $0,25 \pm 0,01$ ($P < 0,001$); первичная слабость родовых сил наблюдалась соответственно у 18,1% и 5,2% рожениц, гипо- и атонические кровотечения — у 22,7% и 10,5%, разрывы шейки матки и влагалища — у 22,7% и 3,5%, разрыв промежности II степени — у 7,3% и у 5,2%.

У повторнородящих в основной группе продолжительность первого периода родов составила в среднем 9 ч 6 мин \pm 33 мин, в контрольной группе — 6 ч 15 мин \pm 38 мин ($P = 0,01$), продолжительность второго периода — соответственно 24 мин \pm 36 с и 16 \pm 1 мин ($P = 0,001$), третьего периода — 9 мин и 11 мин, общая продолжи-