

Подводя итоги нашим сравнительным наблюдениям, следует отметить, что, вопреки имеющимся в литературе указаниям об отсутствии связи между морфологическими изменениями в яичниках и клиническими проявлениями заболевания, нами выявлена четкая зависимость между характером нарушений менструального цикла и состоянием фолликулярного аппарата яичников и зависимостью последнего от длительности заболевания и продолжительности фазы аменореи. Установлена обратная зависимость между частотой обнаружения желтых и белых тел и длительностью заболевания, а также продолжительностью аменореи. Обнаружена четкая корреляция между степенью гиперплазии тека-клетки и степенью проявления гирсутизма у больных и величиной экскретируемых 17-КС. Атрофии эндометрия сопутствуют наиболее выраженные дистрофические изменения в фолликулах, отсутствие желтых и белых тел.

Морфологическое изучение склеротизированных яичников показывает, что они имеют общие черты: увеличенные размеры, утолщенную капсулу, фиброз преимущественно коркового слоя, наличие фолликулов на разных стадиях развития, гиперплазию тека-интерна, отсутствие или крайнюю редкость морфологических доказательств овуляции.

Утолщение белочной оболочки и гиперплазия кортикальной стромы расцениваются как ответ стромы яичника на нециклическую затяжную низкой степени стимуляцию эстрогенами. Ряд авторов рассматривает гиперплазию и фиброз стромы яичников как истинный коллагеноз, который и является причиной всех морфологических изменений в яичниках и этиологическим фактором заболевания.

При изучении паренхимы яичника обращает на себя внимание нередкая сохранность фолликулярного аппарата. В отличие от данных литературы, на нашем материале примордиальные фолликулы обнаруживались почти у всех больных и нередко в большом количестве, но с резкими дистрофическими изменениями. Количество малых зреющих фолликулов в каждом из срезов, как правило, было меньше границы нормы.

Микроскопическая картина кист значительно варьирует, что, по-видимому, и послужило поводом для противоречивых толкований причин поликистозной дегенерации.

В наших сравнительных исследованиях показано, что клинические проявления заболевания в значительной мере зависят от степени морфологических изменений в яичниках, главным образом от выраженности повреждения фолликулярного аппарата. Тот факт, что по мере развития заболевания в препаратах все реже обнаруживаются большие зреющие фолликулы, желтые и белые тела, говорит о том, что с течением времени в яичниках больных ухудшаются условия для созревания фолликулов. Обусловленная этими нарушениями недостаточная секреция эстрогенов и отсутствие их циклического влияния на гипоталамус и гипофиз по принципу обратной связи создают условия для монотонной, а не циклической стимуляции со стороны гипоталамо-гипофизарных центров. Образуется замкнутый «порочный круг», при котором возникают условия для одновременной стимуляции нескольких незрелых фолликулов, но так как эта стимуляция лишена цикличности, фолликулы, не достигнув зрелости, подвергаются атрезии.

Очень трудно ответить на вопрос, что же происходит раньше: нарушение структуры фолликулярного аппарата или изменения биосинтеза гормонов в яичнике? Нам кажется, что под влиянием ациклической стимуляции со стороны гипоталамо-гипофизарных центров сначала нарушается продукция половых стероидных гормонов, а морфологические изменения в яичнике являются уже следствием нарушения функции фолликулярного аппарата.

Итак, сравнительные исследования показали, что факторами, определяющими тяжесть клинических проявлений синдрома Штейна — Левентала, являются не столько продолжительность заболевания и длительность аменореи, сколько интенсивность дистрофических изменений в фолликулярном аппарате яичников.

Поступила 21 мая 1973 г.

УДК 618.43:612.018

## О ПРОГНОСТИЧЕСКОМ ЗНАЧЕНИИ УРОВНЯ ПРЕРОДОВОЙ ЭКСКРЕЦИИ ЭСТРИОЛА ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СОСТОЯНИЯ ВНУТРИУТРОБНОГО ПЛОДА

*Л. Д. Митрофанова, проф. А. М. Фой*

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

Одним из методов определения состояния внутриутробного плода и контроля за его развитием по мере увеличения срока беременности является систематическое изучение уровня эстриола, отображающего гормонопродуцирующую активность фето-плацентарного комплекса.

Как показал наш многолетний опыт, применение этого теста одновременно с электро- и сейсмокардиографическими исследованиями плода позволяет наиболее рано распознать угрожающую и прогрессирующую внутриутробную асфиксию и провести обоснованное экстренное родоразрешение женщины в интересах плода.

В данном сообщении подводятся итоги 2—3 определений содержания в моче эстрогенов у каждой из обследованных на протяжении последних двух недель беременности женщин с предполагавшимися нарушениями в развитии плода, а также с неблагоприятным акушерским анамнезом.

Нами установлены следующие закономерности: при неоднократном обследовании 13 здоровых беременных за 2—3 недели до родов было обращено внимание на стойкое снижение эстриолообразовательной функции плаценты до 15—10 мг в сутки и ниже. Состояние родившихся у этих женщин 13 детей в первые дни периода новорожденности характеризовалось: в 3 наблюдениях — тяжелой асфиксией новорожденных, в 5 — апноэ, в одном — нарушением мозгового кровообращения. У остальных детей были констатированы выраженное понижение мышечного тонуса, замедленное прибавление в весе, бледность кожных покровов, моторное беспокойство. Эти осложнения, возникшие несмотря на нормальное течение и завершение родового акта, привели к более позднему трудному кормлению и к запоздалой выписке детей из стационара (на 13—15-й день жизни). Один ребенок погиб от внутриутробной пневмонии. Асфиксические состояния новорожденных развились несмотря на бережное консервативное ведение родового акта, а проявления внутриутробной асфиксии были установлены лишь в конце II периода родов.

Не менее демонстративно снижение в последние предродовые дни у 7 здоровых беременных женщин экскреции эстриола до 15—20 мг в сутки. У 6 из этих женщин дети родились со следующими осложнениями: 1 родился в синей асфиксии, из которой был легко выведен обычными мероприятиями, у 2 было обнаружено нарушение мозгового кровообращения, 3 родились вялыми, но дальнейшее их развитие протекало без особых осложнений. Только 1 ребенок родился в хорошем состоянии с оценкой по Апгару в 10 баллов. У 21 беременной женщины, несмотря на небольшое, но стойкое снижение экскреции эстриола в пределах 20—25 мг в сутки, 4 детей родились в легкой синей асфиксии, 2 — в состоянии апноэ, 2 — с микросимптомами нарушения мозгового кровообращения. Другие четверо детей родились вялыми, но дальнейшее их развитие протекало без всяких осложнений. Таким образом, у 12 из 21 родившегося ребенка были выявлены патологические состояния, которые не сказались пагубно на течении периода новорожденности.

С другой стороны, нельзя не обратить внимания на то, что у 189 других женщин с нормальной экскрецией эстриола в предродовые дни все родившиеся дети легко преодолели тяготы родового процесса, родились без проявлений асфиксии, развивались нормально, вовремя были приложены к груди и выписаны из стационара в обычные сроки (на 7—8-й дни периода новорожденности).

В процессе исследования мы не раз убеждались и в том, что выраженное снижение экскреции эстриола за 2—3 дня до родов имеет немаловажное прогностическое значение. Уменьшение экскреции эстриола, констатированное на протяжении 2—3 суток до начала родовой деятельности, почти как правило, свидетельствует о перенесенном неблагоприятном влиянии плода любой этиологии и об ухудшении по разным причинам эстриолообразовательной функции плаценты. У 11 из 30 этих женщин все дети родились с признаками асфиксии или в состоянии апноэ, были вялыми, порой цианотичными, давали при-

ступы вторичной асфиксии, отличались проявлением гипотрофии и особенно мышечной гипотонией. У 2 детей был обнаружен продолжительный цианоз кожных покровов. Первые 4—5 дней периода новорожденности отличались различными осложнениями, из-за чего детей прикладывали к груди на 4—5-й день жизни. Медленная прибавка в весе и отставание от обычных темпов развития детей в первые две недели периода новорожденности привели к запоздалой выписке их из стационара. Все дети были выписаны в удовлетворительном состоянии, что мы связываем с проведением целого ряда лечебно-профилактических мероприятий.

Итак, мы, наряду с другими авторами, установили, что снижение эстриолообразовательной функции плаценты, особенно в предродовые дни, в прогностическом плане являетсястораживающим моментом. При этих ситуациях показано особо тщательное наблюдение за сердцебиением плода и необходима готовность к немедленному выполнению всех мер борьбы с асфиксией новорожденных и апноэ. С первых же часов периода новорожденности у значительного числа этих детей оказывается действительно необходимым использование индивидуализированных лечебно-профилактических мер, хорошо обоснованных в современной педиатрии. На основании наших наблюдений мы рекомендуем более широкое использование метода определения экскреции эстрогенов с мочой в целях контроля за состоянием плода, особенно у лиц, страдающих различными видами акушерской и экстрагенитальной патологии, нередко оказывающими отрицательное влияние на развитие плода.

Поступила 26 февраля 1973 г.

УДК 618.4:616.12—007.2

## АНАЛИЗ ИСХОДА РОДОВ ПРИ РЕВМАТИЧЕСКИХ ПОРОКАХ СЕРДЦА

А. А. Зенгер, Г. Н. Дмитриева

*Кафедра акушерства и гинекологии № 2 (зав. — проф. З. Ш. Гилязутдинова)  
Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина*

Вопросы течения беременности и родов при ревматических пороках сердца в зависимости от стадии недостаточности кровообращения в литературе освещены мало. В настоящей работе представлены данные о течении беременности и родов при ревматических пороках сердца у 177 женщин. На нашем материале роженицы с ревматическими пороками сердца составили 3,8%. У 62,7% беременных с ревматическими пороками сердца была недостаточность митрального клапана; второе место по частоте занимает комбинированный митральный порок сердца — 37,3%. У 40,1% беременных отмечалась различной степени недостаточность кровообращения. По стадии недостаточности кровообращения все больные разделены на 3 группы: в 1-ю включены 106 (59,9%) женщин без нарушения кровообращения, во 2-ю — 41 (23,2%) с недостаточностью кровообращения I ст., в 3-ю — 30 (16,9%) женщин с недостаточностью кровообращения II—III ст. Средний возраст больных 1-й гр. — 25 лет, 2-й — 28, 3-й — 32 года, что говорит о нарастании тяжести поражения сердца с возрастом.

Беременность представляет благоприятную почву для ревматизма, склонного к повторным вспышкам. Активная фаза ревматизма во время беременности выявлена у 40,5% беременных с ревматическими пороками сердца. Обострение ревматического процесса во время беременности нами установлено у 8,5% женщин, преимущественно 2 и 3-й групп. Впервые во время беременности порок сердца обнаружен у 5% женщин. Первородящих было 55,4%, повторнородящих — 44,6%. В 1-й гр. большинство женщин были первородящими (71 из 106), во 2-й и 3-й гр., наоборот, — повторнородящими.

Поздняя явка в женскую консультацию отмечена у 39% беременных. Позднее взятие на учет женской консультацией беременных с сердечно-сосудистой патологией говорит о недостаточной работе ревматологических кабинетов и женских консультаций.