

1,5 мин. Костный мозг беден клеточными элементами, других патологических изменений в нем не наблюдается. Снижено содержание общего белка. Гипергаммаглобулинемия (30%). На рентгенограмме обеих кистей отсутствуют ядра окостенения трехгранных костей, появление которых характерно для этого возраста. Обращает на себя внимание неравномерное появление ядер окостенения пястных костей и фаланг на левой и правой кистях. Левый первый палец имеет ядро окостенения ногтевой фаланги, справа оно отсутствует. Длина и диаметр пястной кости и фаланг первых пальцев левой и правой руки различны. Особенностью наблюдения является раннее выявление данного заболевания.

3. Ш., 8 лет, поступил в клинику с жалобами на носовые кровотечения, кровоподтеки, общую слабость, плохой аппетит. Родители считают его больным с 6 лет, когда он начал жаловаться на головные боли, стал вялым, бледным. В 7,5 лет была диагностирована болезнь Верльгофа. Родился при нормальных родах от второй беременности, весом 1900 г. Из-за недоношенности к груди приложен через 15 дней. Родился с уродством: шестипалостью на правой руке, правосторонней паховой грыжей. Психомоторно развивался соответственно возрасту, но в физическом развитии отставал; всегда имел пониженный аппетит.

Три раза переболел пневмонией. Начиная с месячного возраста часто болел ангиной, в 3 года перенес корь, в 6 лет — перелом верхней трети правого бедра. Родители и первый ребенок в семье здоровы, у дяди со стороны отца «тяжелая болезнь крови». Общее самочувствие Ш. удовлетворительное. Отмечается отставание в физическом развитии — низкий рост, узкий костяк, маленькая голова. Упитанность пониженная, на коже коричневая пигментация, слизистые бледны, имеются кровоподтеки различной давности и размеров на коже и слизистых. Большой палец правой кисти деформирован, у его основания — послеоперационный рубец. Лимфоузлы не увеличены. Границы сердца несколько расширены влево, систолический шум на верхушке и в точке Боткина. Печень, селезенка не увеличены; отмечается высокое стояние неба, кариозные зубы. Щитовидная железа пальпируется узким перешейком, penis малых размеров, яички также малых размеров, в мошонку не опущены.

Консультация окулиста — диски зрительных нервов бледно-розовые, границы диска на левом глазу слегка смазаны, артерии сетчатки сужены. Рентгенография: череп несколько уменьшен в размерах, равномерно усилен рисунок пальцевидных вдавлений. Границы сердца расширены влево. Кости кистей нормальной структуры. Большой палец с небольшим подвывихом, с уплотненными мягкими тканями, ядро окостенения соответствует возрасту.

Внутривенная урография: мочеточник вытянут, расширен, несколько удлиннен. Кровь: Э. 930 000, Гем.—3 г%, ц. п.—1, 2, Л. 5750, с.—11%, л.—89%, тромбоцитов 7200. РОЭ 63 мм/час. Длительность кровотечения больше 10 мин., время свертывания крови—6 мин. Максимальная резистентность эритроцитов 0,48%, минимальная—0,36% раствора NaCl. Средний диаметр эритроцитов 7,05 мк, гематокрит 0,34; кривая Прайс-Джонсона выявляет тенденцию к макроцитозу. Альбуминов 54,2%, гаммаглобулинов 19%. Пробы Кумбса прямая и непрямая отрицательные. Содержание кетостероидов в моче 2,21 мг%. Реакция на скрытую кровь в кале положительная. Миелограмма: костный мозг беден клеточными элементами, расширен красный росток.

В стерильном пунктате преобладают лимфоидно-ретикулярные и плазматические клетки. Встречаются тканевые базофилы, редкие митозы плазматических клеток. Мегакарициты отсутствуют. После установления диагноза мальчик выписан для продолжения лечения по месту жительства.

Всем больным мы проводили лечение гемотрансфузиями, гормональными препаратами, что временно улучшило общее состояние и гематологические показатели. В настоящее время за этими пациентами ведется диспансерное наблюдение.

УДК 618.13:612.621

С. Ш. Джабраилова (Москва). Функция яичников и экскреция лютеинизирующего гормона у больных хроническим воспалением придатков матки

Под нашим наблюдением находилось 70 женщин (возраст—20—36 лет), страдающих воспалением придатков матки септической этиологии. Заболевание у всех носило хронический характер с выраженными анатомическими изменениями в области труб и яичников. У 46 больных поражение придатков было двухсторонним. 60 больных были обследованы и подвергнуты лечению в условиях стационара, 10—в поликлинике. Длительность воспалительного процесса варьировала от 8 месяцев до 14 лет.

Расстройство менструальной функции, возникшее после перенесенного воспалительного процесса, отмечалось у 29 больных: у 12 женщин менструации стали обильными и длительными, у 9 появились ациклические кровянистые выделения, у 3—опсменорея, у 5—межменструальные кровянистые выделения. Из 49 женщин с бесплодием у 14 оно было первичным и у 35—вторичным. Почти все больные жаловались на боли внизу живота и в пояснице, бели, раздражительность, снижение работоспособности. У 38 женщин начало заболевания совпало с искусственным прерыванием беременности, у 5—с самопроизвольным выкидышем, у 5 женщин воспалительный процесс начался после родов, которые осложнились либо длительным

безводным периодом, либо оперативным вмешательством. Переохлаждение способствовало проявлению симптомов заболевания у 6 женщин. У 16 больных причина возникновения воспалительного процесса осталась невыясненной. Высевавшаяся флора была разнообразной, но патогенной не выявлено ни у одной больной. Трубы оказались проходимы у 21 из 25 обследованных женщин, у 4 проходимость была нарушена.

Экскрецию прегнандиола с мочой мы изучали у 34 больных (по методу Клоппера). Экскрецию лютеинизирующего гормона (ЛГ) с мочой исследовали ежедневно у 63 женщин в течение всего менструального цикла.

В первую группу мы включили 34 больных с воспалением придатков матки, у которых длительность процесса не превышала 5 лет; во вторую — 36 женщин с продолжительностью заболевания свыше 5 лет.

Определение кариопикнотического индекса, проводившееся на 7—8, 14—15, 20—22-й день менструального цикла, показало, что только у 16 женщин из 34 больных 1-й группы содержание эстрогенных гормонов было достаточным. Количество прегнандиола для больных этой группы в среднем составляло: для первой фазы — $0,96 \pm 0,048$, для второй — $2,6 \pm 0,23$ мг/сутки.

У 18 больных экскреция ЛГ носила циклический характер с выраженным предовуляционным пиком гормона. В первой и второй фазах цикла количество его колебалось в пределах 31,2—62,4, а в период овуляции — 187,2—250,0 и. е. Предовуляционный пик гормона наблюдался только в течение одного дня и возникал обычно на 10—15-й день менструального цикла в зависимости от его продолжительности.

Таким образом, только у некоторых больных 1-й группы отмечалось снижение экскреции лютеинизирующего гормона и гипофункция яичников.

Содержание ЛГ во 2-й группе было достаточным только у 1 больной. У 25 женщин отмечалось снижение как циклической, так и базальной экскреции ЛГ. Предовуляционный цикл не превышал 93—125 и. е. Наибольшие изменения в экскреции лютеинизирующего гормона мы обнаружили у 10 больных данной группы. Кривые экскреции у каждой больной носили индивидуальный характер.

Итак, у большинства больных хроническим воспалением придатков матки обнаружено нарушение функции яичников и экскреции лютеинизирующего гормона. Наибольшие изменения функции яичников и экскреции лютеинизирующего гормона наблюдались у больных с длительным воспалительным процессом и частыми рецидивами его.

УДК 618.39

Канд. мед. наук А. Е. Маркман (Ленинград). Особенности преждевременных родов

Были подвергнуты анализу 1165 историй родов в специализированном родильном доме для преждевременных родов г. Ленинграда в 1972 г.

Преждевременные роды у первородящих длились 9 час. 53 мин., у повторнородящих — 6 час. 42 мин. В 43% преждевременных родов раскрытие зева от 3—4 до 9—10 см продолжалось 2 час. 25 мин. В этот период роды принимали стремительный характер, что неблагоприятно сказывалось на плоде и нередко приводило к рождению травмированного ребенка. 50 детей из анализируемой группы (33%) родились в тяжелом состоянии, а 26 (17%) — в состоянии средней тяжести. Постнатальный период у этих детей нередко осложнялся пневмонией, вторичной асфиксией, в результате чего 6 умерли в первые сутки, а 7 из 50 — в течение пяти суток жизни.

На этом этапе особенно важно было регулировать родовую деятельность, замедляя темп родов. В 51,4% родов мы применяли пудендальную анестезию, когда головка плода находилась на III параллельной плоскости, а также давали наркоз закисью азота с кислородом в отношении 3:1 (32%).

9,8% всех преждевременных родов протекали в тазовом предлежании. По-видимому, в этих случаях нельзя исключить несостоятельность маточной мускулатуры, скорее всего в нижнем отделе матки, приводящую к тазовому предлежанию и преждевременным родам.

Слабость родовой деятельности на нашем материале встретились в 1,88%. Эти цифры еще раз подтверждают, что слабость родовой деятельности при преждевременных родах встречается не чаще, чем при срочных.

В результате проведения «управления» родами продолжительность периода потуг составила у первородящих 22 мин., у повторнородящих 19 мин., заметно снизилось количество кесаревых сечений.

III период преждевременных родов нередко осложнялся кровотечением (14%), что потребовало в 8,4% родов ручного отделения последа и в 13,3% — ручного обследования полости матки.

Причины кровотечений в III периоде родов, по-видимому, те же, которые приводят к преждевременным родам: аборт, внутриутробная инфекция, гипоплазия полового аппарата и т. д.

Рассматривая смертность среди недоношенных детей, следует отметить, что большую часть умерших (60 из 152, т. е. 39,4%) составили дети весом 1000,0—1500,0.