

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 н. 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 н. 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.