

новообразования наблюдались в 3 раза чаще, чем у женщин I гр. Всем женщинам, страдающим ациклическими или однократными длительными кровотечениями в период климакса и менопаузы, необходимо производить диагностическое выскабливание матки.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Добротин С. С., Добротина А. Ф., Дыкман И. Б., Крапивин Н. Г., Краевская И. С. Тр. I съезда акушеров-гинекологов РСФСР. Медгиз, 1961.
2. Петрова Е. Н. Гистологическая диагностика заболеваний матки. Медгиз, М., 1959.
3. Петрова Е. Н., Капнер В. Д. Акуш. и гин., 1951, 4.
4. Петров Маслаков М. А. О нейрогенных дистрофиях женских половых органов. Медгиз, М., 1952.
5. Сердюков М. Г. Московский мед. ж., 1927, 10.

УДК 618.3—616.43

## ПРАКТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ НЕКОТОРЫХ ЭНДОКРИННЫХ СДВИГОВ В КОНЦЕ БЕРЕМЕННОСТИ

А. М. Фой и Н. С. Эйбер

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

Кому из акушеров не известны трудности определения выраженного перенашивания беременности даже при систематическом наблюдении врача за беременной! К тому же порой женщины сознательно дают неверные сведения о дате последних менструаций, чтобы избежать возможного запоздалого предоставления им декретного отпуска. Все это приводит к диагностическим ошибкам. Между тем перенашивание почти всегда может быть определено с помощью рекомендуемого нами контрольного эндокринного теста, используемого параллельно с другими методами. Если в ранние и средние сроки беременности содержание нейтральных 17-кетостероидов в суточном количестве мочи не превышает 7—15 мг, то есть находится в пределах нормы, то в поздние сроки беременности оно достигает 25—30 мг. Для определения 17-кетостероидов мы пользуемся методом Циммермана — Уваровской. При перенашивании на 7—10 и более дней, как показали наши исследования (350 наблюдений), содержание 17-кетостероидов в суточном количестве мочи возрастает от 30 до 100 мг, в среднем составляя 37,5 мг. Эти данные статистически достоверны ( $P < 0,001$ ). Точность рекомендуемого нами теста неизменно подтверждалась констатацией характерных особенностей перенашивания в плаценте, особенностями околоплодных вод и хорошо изученными физическими показателями родившихся переносных детей. Только у 2% женщин с явным перенашиванием беременности уровень 17-кетостероидов не превышал содержания этого гормона в конце беременности с нормальной продолжительностью.

Не меньшее практическое значение приобретает оценка некоторых сдвигов в экскреции с мочой эстрогенных гормонов в последние 2—3 месяца нормальной и патологически протекающей беременности. На протяжении последних лет были установлены весьма значительные колебания (до  $\pm 50\%$ ) уровня выводимых с мочой эстрогенных гормонов (Brown, Ittrich, Igel и др.), причем некоторые генетические факторы этих колебаний в настоящее время близки к окончательному изучению, а определение количества эстрогенов, выводимых из организма беременных, приобретает в акушерской практике известное диагностическое и прогностическое значение.

Изучение этих вопросов стало более доступным с тех пор, как взамен общеизвестного достоверного, но трудоемкого и длительного метода фракционного определения эстрогенов, разработанного Брауном (1955), был предложен технически несложный и быстрый метод определения суммарного содержания эстрогенов в моче начиная с 4 месяцев беременности вплоть до ее конца и в родах (Иттрих, 1959, 1960). Метод настолько прост, что с его помощью легко осуществляется динамическое определение экскретируемых с мочой эстрогенов на протяжении ряда дней и недель. Он основан на цветной реакции Кобера (розовая окраска исследуемой мочи в присутствии паранитрофенола в хлороформе или в тетрабромэтаноле). В последующем суммарное количество эстрогенов и эстрогеноподобных веществ определяется спектрофотометрически или флуорометрически. В качестве стандарта служит эстриол.

Как известно, примерно 90% общего количества эстрогенов, выделяемых с мочой, падает на долю эстриола, а стойкое снижение уровня экскреции эстриола свидетельствует нередко о неблагополучии внутриутробного плода (Green, Duhring, Smith, 1965, и мн. др.).

В нашей лаборатории было определено содержание эстрогенов в моче по методу Иттриха у 319 женщин, у ряда из них в динамике 4—5 раз с интервалами в 3—7 дней.

В эту группу обследованных женщин вошли: 63 с нормально протекающей беременностью в последние 3—4 недели; 77 с нефропатией; 5 с хроническим нефритом; 101 с угрожающим прерыванием беременности; 20 с предлежанием плаценты; 33 с перенесенной беременностью. У 20 женщин содержание эстрогенов в моче определялось в родах.

Прежде всего заслуживает внимания установленная рядом автором (G. Smith, O. Smith, 1948; Fen Berge, 1959; М. Т. Шабельская, 1965, и мн. др.) закономерность снижения суммарного содержания эстрогенов у женщин, страдающих поздним токсикозом беременности. По нашим данным это снижение достигает 25—30% по сравнению с уровнем содержания эстрогенов в последние 3—4 недели нормально протекающей беременности (в среднем 33,91 мг/24 часа при нормально протекающей беременности и 22,74 мг/24 часа при беременности, осложненной нефропатией). При тяжелых формах поздних токсикозов количество эстрогенов в суточной моче снижается в 2—3 раза и более (по-видимому, из-за ухудшения эндокринной функции плаценты).

Снижение уровня эстрогенов на 25—30% далеко не всегда свидетельствует о тяжести патологического процесса и сопряженного с ним ухудшения состояния плода. У ряда больных нефропатией успешное осуществление терапевтических мероприятий приводило к некоторому повышению экскреции эстрогенов и к рождению жизнеспособного ребенка. Если у женщины, страдающей тяжелой формой нефропатии, содержание эстрогенов в моче снижается до 5 мг в суточном количестве мочи и ниже и это снижение не устраняется на протяжении значительного отрезка времени (3—7 и более дней), то плод отстает в своем развитии, находится в опасности и может погибнуть, если не будет произведено срочное родоразрешение. При дальнейшем уменьшении содержания эстрогенов (до 3 мг/24 часа и ниже) рождаются мертвые или крайне ослабленные дети с проявлениями длительной гипоксии и отставанием во внутриутробном развитии. Особенно значительное падение суммарного содержания эстрогенов (до 1,06 мг/24 часа) было у женщин, страдавших гипертензивным синдромом, развившимся на фоне хронического нефрита. При этом заболевании и при столь значительном снижении эстрогенов прогноз для плода безнадежен.

Из других наших наблюдений заслуживает внимания закономерное повышение количества эстрогенов в моче у лиц с угрожающим прерыванием беременности и с предлежанием плаценты, идущее параллельно с успешно проводимыми терапевтическими мероприятиями.

При внутриутробной гибели плода эстрогены в моче отсутствуют, а реакция Галли — Майнини вскоре становится отрицательной.

В единичных наших наблюдениях, свидетельствовавших об ухудшении состояния плода на основании обычных клинических признаков (глухое сердцебиение, ослабление шевеления плода, а также данные фонокардиографии) и одновременного значительного уменьшения количества эстрогенов в моче беременной (до 4—5 мг/24 часа и ниже) жизнь детей удавалось сохранить путем экстренного родоразрешения. Было установлено, что причиной внутриутробной асфиксии плода было крайне тугое многократное обвитие его пуповиной.

Таким образом, наши данные свидетельствуют о практическом значении определения уровня выводимых с мочой эстрогенов для контроля за состоянием внутриутробного плода и эффективностью лечебных мер, в частности, в борьбе с поздним токсикозом и угрожающим недонашиванием. Систематическое проведение эндокринных исследований легко осуществимо благодаря технической простоте суммарного определения эстрогенов по методу Иттриха.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Шабельская М. Т. *Вопр. охр. мат. и дет.*, 1965, 12. — 2. Brown I. B. *Bioch. J.*, 1955, 60, 2. — 3. Ittrich G., Igel H. *Zbl. Gynäk.*, 1959, Bd. 81, H. 7. — 4. Ittrich G. *Zbl. Gynäk.*, 1960, Bd. 82, H. 11. — 5. Green I. W., Duhring I. L., Smith K. J. *Obstet. Gynaec.*, 1965, 92, 7. — 6. Smith G. V., Smith O. W. *Physiol. Rev.*, 1948, 28, 1. — 7. Fen Berge B. S. J. *Obstet. Gynaec. Brit. Emp.*, 1959, 46.

УДК 611.96

## РОСТ ЖЕНЩИН И НАРУЖНЫЕ РАЗМЕРЫ ТАЗА

В. В. Давыдов

*Свердловский научно-исследовательский институт охраны материнства и младенчества Минздрава РСФСР (научн. руководитель работы — проф. П. В. Маненков)*

До сего времени и отечественные, и зарубежные акушеры придерживаются еще единого, но устаревшего понятия о так называемом нормальном тазе женщины, в чем легко убедиться при просмотре основных руководств по акушерству (В. Штекель, 1933; К. К. Скробанский, 1946; И. Ф. Жордания, 1955).