

ждают, что эти колебания зависят от содержания в просвете труб слизистых пробок. Свое мнение они подтверждают результатами пертурбаций на экстирпированных матках, где исключалась перистальтика маточных труб. При этом были получены кривые с мелкими и крупными осцилляциями такого же типа, как и в клинических условиях.

Третий тип кимографической кривой характерен для спазма труб. Максимальное давление 110—140 мм резко падало до 90—60 мм. В брюшную полость поступало 50—60 мл воздуха.

Валле и Пальмер (1957) указывают, что резкое падение давления наблюдается при разрыве трубы, который может наступить даже при небольшом давлении в системе. Так, ими наблюдался при открытой брюшной полости разрыв трубы при давлении 120 мм. Экспериментируя на вырезанных маточных трубах, А. Э. Мандельштам (1957) наблюдал разрыв их лишь при давлении 220—230 мм, а М. Н. Побединский (1953) — при давлении 235—240 мм. Гладкое течение после пертурбации в наших случаях исключало разрыв трубы.

Четвертый тип кимографической кривой характерен для затрудненной проходимости при стенозе маточных труб. Максимальное давление в системе достигало 140—150 мм. После прекращения нагнетания воздуха давление снижалось лишь до 100 мм. В брюшную полость поступало 30—40 мл воздуха.

Пятый тип кимографической кривой наблюдался при полной непроходимости маточных труб. Давление в системе неуклонно нарастало. По достижении 180 мм нагнетание воздуха прекращалось. Давление в матке на протяжении 3—5 мин удерживалось на высоком уровне. В полость матки поступало 5—15 мл воздуха.

Изучение кимограмм позволяет более точно определить функциональное состояние маточных труб. Равномерное поступление воздуха в матку без периодического прерывания упрощает методику ее записи, кимографическую кривую делает более наглядной и доступной для чтения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Горегляд А. П. В кн. «Акушерство и гинекология». Сб. научн. тр. Днепропетровского мед. ин-та, т. 15. Днепропетровск, 1958.—2. Левит И. Б. Техника гинекологических и акушерских операций. Медгиз. Л., 1949.—3. Легенченко И. С. Казанский мед. ж. 1925, 8—9.—4. Мажлис П. и Жукаускас Ю. Тр. ин-та эксперим. медицины (Акад. наук Литовской ССР), т. 3, Вильнюс, 1955.—5. Никулин П. П. и Розовский И. С. Акуш. и гинек., 1961, 2.—6. Пашенко П. П. Педиатрия, акушерство и гинекология. 1961, 5.—7. Побединский М. Н. Акуш. и гинек. 1946, 2; Бесплодие женщины. Медгиз. М., 1953.—8. Розовский И. С. и Никулин П. П. Акуш. и гинек. 1959, 3.—9. Русин Я. И. Тез. докл. 1 науч. сесс. Ярославского мед. ин-та. Ярославль, 1946.—10. Шорохова А. А. Трубное бесплодие. Приложение к журналу «За социалистическое здравоохранение Узбекистана», Ташкент, 1935.—11. Ягунов С. А. Усовершенствованный аппарат для продувания фаллопиевых труб. Доклад на научной конференции ЦИАГ., Л., 1935.—12. Bonnet L. Insufflation uterotubaire kymographique. Paris, 1954.—13. Dalsace I. Tunisie Med. 1957, 4.—14. Döring G. K. Dtsch. gesundheitsw. 1957, 12, 14.—15. Valle I., Palmer R. Bull. feder. Soc. franc. gynec. et obst. 1957, 9, 3.—16. Rubin I. C. Uterotubal insufflation. A clinical diagnostic method of determining the tubal factor in sterility. St. Louis, 1947.—17. Fikentscher K. und Semm K. Geburtsh und Frauen. 1958, 18, 2.

УДК 616.993.1

АКТИВНОЕ ВЫЯВЛЕНИЕ ТОКСОПЛАЗМОЗА У БЕРЕМЕННЫХ

(по материалам города Казани)

С. Г. Сафина

Первая кафедра акушерства и гинекологии (зав. — доктор мед. наук Р. Г. Бакиева, научный руководитель — проф. П. В. Маненков) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института и Казанский институт эпидемиологии и микробиологии (дир. — канд. мед. наук И. Е. Алатырцева)

После открытия в 1908 году Сплэндором в Бразилии и Никодем и Мансо в Северной Африке токсоплазмы появилось большое количество сообщений об обнару-

жении этого паразита у многих птиц и млекопитающих. Было доказано, что как у человека, так и у животных имеется только один вид возбудителя — токсоплазма гонди. Большинство исследователей относят его к типу простейших (Д. Н. Засухин, 1956).

Широкое распространение токсоплазмоза среди животных, птиц, а также общность возбудителя имеют большое значение для эпидемиологических особенностей этой инфекции. Проведенные за последнее время исследования показывают, что источники заражения человека токсоплазмозом весьма разнообразны — это контакт с животными (кошки, собаки, овцы, свиньи, коровы, голуби, куры, домашние мыши, мыши-полевки, крысы, кролики, морские свинки, гонди и другие) и получаемые от них продукты (мясо, яйца, шкуры, шерсть и т. д.).

Что касается распространенности токсоплазмоза среди людей, то Ировец и Ира (1958) нашли, что в Чехословакии около 17% всего здорового населения имеют положительную кожную пробу Френкеля (КПФ). Козар (1954) в Польше определил частоту инфицированности в 25%. З. Л. Филипова-Нутрихина, А. Д. Решетникова, М. А. Фадеева, М. С. Есинов, М. К. Колтунов, Л. И. Грачева (1962) при обследовании 80 здоровых женщин в Москве при помощи реакции связывания комплемента (РСК) и КПФ установили положительную РСК у 31, а КПФ — у 44 женщин. Определение частоты инфицированности зависит отчасти и от методик исследования, возраста обследованных и ряда других факторов.

Не решен вопрос о частоте токсоплазмоза среди беременных. Г. М. Гершкович (1961), обследовав в Туркмении 162 женщины, установил положительные реакции в 22,2%. Г. И. Головацкая нашла положительные реакции у 104 женщин из 365. Е. П. Ковалева при обследовании 358 женщин нашла РСК положительной у 99, а КПФ — у 107 из 229. Все эти авторы обследовали женщин только с отягощенным акушерским анамнезом. Хольмдалль (Швеция) при исследовании 240 здоровых родильниц, 120 женщин, родивших мертвых детей, 134 — с преждевременными родами и 102 — с абортацией нашел во всех группах одинаковое количество положительных реакций (более 50%).

Ряду авторов удалось выделить токсоплазмы в соскобах из матки. Гершкович (1961), С. Г. Сафина (1962) установили большую инфицированность токсоплазмозом медицинских работников акушерских отделений.

Диагностика токсоплазмоза проводится методом паразитологического исследования (чаще имеющего ретроградное значение), а также с использованием серологических реакций и аллергических пробы. Реакция с красителем Себин — Фельдмана РСФ (1948) и реакция связывания комплемента РСК (1942) обладают высокой специфичностью и чувствительностью. Это указывается в работах Г. Х. Орлова, Д. Н. Засухина и С. Г. Васиной (1961), Д. Н. Засухина и Игисте (1963), Л. И. Грачевой (1961). В 1948 г. Френкель предложил для диагностики токсоплазмоза внутрикожную пробу с токсоплазменным антигеном — КПФ. Этот метод с успехом использовали и Ировец и Ира в Чехословакии и Козар в Польше. Они подтвердили специфичность реакции.

Целью проводимой нами работы явилось выяснение распространенности токсоплазмоза среди беременных женщин. Мы поставили задачей выяснить частоту положительных реакций у беременных с отягощенным и неотягощенным акушерским анамнезом и одновременно определить зависимость частоты положительных реакций от возраста, срока беременности обследованных. Для выяснения возможных путей инфицирования мы собирали подробно эпидемиологический анамнез и анализировали частоту положительных реакций у беременных с отягощенным и неотягощенным эпидемиологическим анамнезом.

Наблюдения проводились среди беременных женщин 2 крупных консультаций города Казани (5-й и 1-й). В 1962—1963 гг. обследовались на токсоплазмоз все проходящие через эти консультации беременные женщины без исключения, а также беременные женщины других консультаций города Казани, районов ТАССР, подозрительные на токсоплазмоз.

Для диагностики токсоплазмоза мы использовали РСК и КПФ. РСК проходила на холоду с антигеном, приготовленным из перитонеального экссудата белых мышей, зараженных токсоплазмозной штамма РН. Антиген приготовлен Л. И. Грачевой в институте эпидемиологии и микробиологии им. И. Ф. Гамалея АМН СССР. Реакция учитывалась положительной на ++, +++, ++++. В случае повторного подтверждения положительной на ++++ и +++++ сыворотки титровались и использовались в качестве контроля наряду со стандартной сывороткой. Кожная проба Френкеля (КПФ) ставилась с аллергеном, полученным из института им. Гамалея, и учитывалась через 24 и 48 часов по таблице Ировца и Ира.

Всего обследована 3191 женщина; из них 2911 беременных с использованием параллельных РСК и КПФ и 280 родильниц (клинически подозрительных на токсоплазмоз) только РСК.

32% обследованных или 947 женщин из 2911 беременных дали положительные реакции на токсоплазмоз. При поголовном обследовании беременных в женских консультациях в количестве 2295 человек положительные реакции найдены у 590 (25%). Совпадение обеих реакций было у 83% обследованных. В группе же ро-

дильниц, клинически подозрительных на токсоплазмоз, положительные РСК были у 30% обследованных.

Обследованные женщины были в возрасте от 17 до 43 лет. С возрастом замечено учащаются положительные реакции, на что указывали еще Ировец и Ира. Некоторые авторы объясняют учащение положительных реакций у пожилых людей изменением белкового состава крови (повышение глобулина).

Нас интересовала зависимость частоты положительных реакций от срока беременности, так как А. Арезин (1956) указывал, что РСФ становится положительной в поздние сроки беременности также в связи с изменением белкового состава крови, то есть реакция может быть неспецифичной. Мы изучили распределение положительных реакций по срокам беременности и не заметили учащения положительных реакций с увеличением срока беременности. По-видимому, и учащение положительных реакций в связи с возрастом объясняется более частыми встречами с инфекцией, а не влиянием белкового состава крови.

Для выявления возможных путей инфицирования мы собирали подробно эпидемиологический анамнез (профессия, контакт с животными, употребление в пищу сырых яиц, сырых мясopодуков). Нам удалось выяснить, что 533 женщины (23%) из обследованных нами 2295 беременных имели контакт с домашними животными и ели мясной фарш, сырые яйца. Причем контакт с животными был у 6%, а употребление сырых мясных продуктов — у 17% всех обследованных. Употребление недостаточно термически обработанных продуктов, по-видимому, имеет меньшее значение, так как нагревание до 45° убивает токсоплазмы через 15 минут (Л. Якобс, 1953). Из 533 женщин, имевших контакт с животными и употреблявших сырые мясные продукты, положительные реакции на токсоплазмоз были у 340 (63,7%), а у женщин с неотягощенным эпидемическим анамнезом у 193 из 1705 (11,4%). Итак, при отягощенном эпидемическом анамнезе положительные реакции на токсоплазмоз встречались в 5 раз чаще, чем при неотягощенном.

Выявлена также зависимость частоты положительных реакций и от акушерского анамнеза. При отягощенном акушерском анамнезе положительные реакции на токсоплазмоз были в 4 раза чаще, чем при неотягощенном.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гершкович Г. М. Материалы по распространению токсоплазмоза в Западном Туркменистане. Автореф. канд. дисс., Красноводск, 1962.
2. Засухин Д. Н. Акуш. и гинек. 1956, 1.
3. Засухин Д. Н. и Иыгисте А. К. Там же. 1963, 3.
4. Орлов Г. А., Засухин Д. Н. и Головацкая Г. И. В кн. «Патофизиология внутриутробного развития». Медгиз, Л., 1959.
5. Никонова А. Н. Труды III съезда акушеров-гинекологов УССР, Киев, 1962.
6. Aresin A. В кн. «Токсоплазмоз». Медгиз, М., 1961.
7. Delascio D. Toxoplasmosis congenita aspectos clinicos, obstetricos e experimentais. Maternidade e infancia (Sao Paulo). 1956, 3, 181—532.
8. Wildführ G. Toxoplasmosis, Forschungs und untersuchungsergebnisse aus den Leipzigen Universitäts Kliniken und Instituten, Iena, 1954.

Поступила 5 мая 1964 г.

УДК 616.993.1

ДИАГНОСТИКА И ТЕРАПИЯ УРОГЕНИТАЛЬНОГО ТРИХОМОНИАЗА У МУЖЧИН

А. М. Корчемкин

Казанский городской кожно-венерологический диспансер (главврач — М. Н. Петухов) и первая кафедра акушерства и гинекологии (зав. — проф. Н. Е. Сидоров) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

В последние годы установлено повсеместное распространение уrogenитального трихомониаза среди мужчин. С 1960 г. по 31/XII 1964 г. под нашим наблюдением состояло 1584 человека, больных трихомониазом, из них 1130 болели свежей формой инвазии и 454 — хронической.

Больные жалуются на зуд, жжение в мочевом канале, те или иные дизурические явления — учащение дневного или ночного мочеиспускания (поллакиурия, никтурия), причем вторая и третья порции мочи обычно бывают чистыми. Выделения из уретры не обильные, гнойные или слизисто-гнойные белого или серого цвета. Сте-