

пинов сохранена, но она не у всех больных выражена одинаково. По-видимому, в этом немаловажное значение имеет возраст больных. Так, выделение гонадотропинов в группе больных со средним возрастом в 15,3 года было достоверно ниже ($P < 0,001$), чем в группе больных со средним возрастом в 18,8 года (соответственно $12,1 \pm 0,8$ и $22,1 \pm 1,4$ мг в сутки).

Постоянный низкий тип выделения гонадотропинов, характерный для более молодой возрастной группы, можно объяснить функциональной неполноценностью центров гипоталамуса, в частности их высокой (предпубертатной) чувствительностью к тормозному влиянию со стороны половых гормонов, вследствие чего импульсы, поступающие из них, недостаточны для интенсивного воздействия на аденогипофиз.

Высокое постоянное выделение гонадотропинов у больных более старшего возраста, вероятно, свидетельствует о том, что у них система гипоталамус — гипофиз — яичники сбалансирована на более высоком уровне.

ВЫВОДЫ

1. Для экскреции гонадотропинов при ювенильных маточных кровотечениях характерно отсутствие циклических (начального и овуляторного) пиков.

2. У больных ювенильными маточными кровотечениями установлены низкий и высокий постоянные типы базальной продукции гонадотропинов. Средний уровень выделения гонадотропинов при низком типе значительно ниже, при высоком — выше среднего выделения гонадотропинов при нормальном овуляторном цикле.

3. Высокий постоянный тип базальной продукции гонадотропинов характерен для более старшей возрастной группы, что указывает на прогрессивно повышающуюся активность гипофиза с возрастом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баранов В. Г., Демина Е. П., Земцова З. Д., Поленов А. Л., Пропп М. В., Савченко О. Н., Степанов Г. С. Материалы II Всесоюз. конф. по вопр. физиол. и патол. эндокринной системы женщины. Тбилиси, 1966, — 2. Баранов В. Г., Пропп М. В., Савченко О. Н. Пробл. эндокриол., 1968, 1.—3. Степанов Г. С. Акуш. и гинек., 1962, 2.—4. Guillemin R. Med. Klin., 1965, 60, 23, 906; Int. J. Fertil., 1967, 12, 4, 359—367. — 5. Schally A. V., Bowers C. Y., White W. F., Conen A. L. Endocrinology, 1967, 81, 1, 77—87.

УДК 618.39—612.018

ВЫДЕЛЕНИЕ ЭСТРОГЕНОВ С МОЧОЙ ПРИ УГРОЖАЮЩИХ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДАХ

Ж. Р. Курнасова

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

При угрожающих преждевременных родах, как и при некоторых других патологических процессах (поздний токсикоз беременных, сахарный диабет, резусконфликтная беременность, гипертоническая болезнь, пиелонефриты и др.), большое практическое значение приобретают новые методы исследования, позволяющие судить о состоянии внутриутробного плода: ЭКГ- и ФКГ-исследования, амниокопия, определение содержания стероидных гормонов, особенно эстрогенов, в моче и крови.

Как известно из ряда исследований, в конце третьего триместра беременности в суточном количестве мочи содержится от 30 до 40 мг эстрогенов, что является показателем нормальной функции плаценты и наличия жизнеспособного плода. Установлено, что по изменению экскреции эстрогенов с мочой, и особенно эстриола, можно судить о состоянии плода при таких осложнениях беременности, как тяжелые формы позднего токсикоза, хронический нефрит, ревматические заболевания у матерей и др.

Учитывая клиническое значение рекомендуемых тестов, мы изучали уровень экскреции эстрогенов с мочой при угрожающих преждевременных родах. За последние 6 лет для определения суммарных эстрогенов в моче (с учетом того, что эстриол составляет 75—85% суммы выделяемых с мочой эстрогенов) в нашей лаборатории широко используется технически несложный метод Г. Иттриха, который отличается от ряда других вариантов определения эстрогенов в моче высокой точностью и быстрой выполнения анализа.

По данным нашей клиники, основывающимся на результатах исследования 300 женщин, страдавших недонашиванием, при этом виде акушерской патологии на сроках

беременности 28—29 недель в суточном количестве мочи содержится $14,32 \pm 0,75$ мг эстрогенов. С увеличением сроков беременности отмечается некоторая тенденция к повышению экскреции эстрогенов: в период 30—32 недели она составляет $16,28 \pm 0,8$ мг в сутки; 33—35 недель — $18,76 \pm 1,42$ мг; при 39-недельной беременности — $23,85 \pm 4,39$ мг. Однако по сравнению с экскрецией этих гормонов при физиологическом течении беременности (28—29 недель — $20,21 \pm 1,13$ мг в сутки; 30—32 недели — $21,11 \pm 1,77$ мг; 33—35 недель — $26,73 \pm 1,45$ мг; 36—38 недель — $29,51 \pm 2,6$ мг) у женщин, страдающих недонашиванием, выведение эстрогенов с мочой оказалось значительно сниженным, особенно в сроки от 30 до 35 недель ($P < 0,001$).

В настоящем сообщении мы приводим итоги лишь 245 определений содержания в моче суммарных эстрогенов у 120 беременных (срок беременности — от 28 до 36 недель). Функцию плаценты и состояние плода мы оценивали по клиническим симптомам и данным суммарного содержания эстрогенов в суточном количестве мочи беременных, определяемого в динамике, а также по результатам ФКГ- и ЭКГ-исследований.

Симптомы угрожающих преждевременных родов у 52 беременных проявлялись обычно — схваткообразными болями внизу живота и в поясничной области; у 34 женщин, кроме того, отмечался резко повышенный тонус матки; у 16, наряду с вышеуказанными признаками угрожающих преждевременных родов, были сукровичные и кровянистые выделения из влагалища. У 18 из 120 беременных женщин были обнаружены структурные изменения шейки матки (она была укороченной, размягченной, а цервикальный канал был проходим для 1,5—2 пальцев).

У подавляющего большинства беременных на 2—4-й день после начала лечения обычно наступало значительное улучшение: исчезали или уменьшались боли, снижался тонус матки. 97,3% беременных были выписаны из стационара с сохраненной беременностью, 88% доносили беременность до срока родов.

Как показали исследования, при беременности сроком 28—29 недель у 20 из 41 беременной содержание эстрогенов в моче было в пределах нормы ($20,21 \pm 1,13$ мг в сутки); у 21 беременной экскреция эстрогенов с мочой была снижена, причем у 7 из них содержание эстрогенов колебалось в пределах 3—7 мг в сутки. При резком понижении экскреции эстрогенов у этих беременных отмечалось ухудшение состояния плода за счет асфиксии, что констатировано, в частности, ЭКГ- и ФКГ-исследованиями. В процессе лечения у 24 женщин выделение эстрогенов возросло в 1,5 раза, а в группе женщин, у которых содержание эстрогенов в моче было резко снижено, — в 2,5—3 раза. У 40 из 51 женщины при сроке беременности от 30 до 32 недель экскреция эстрогенов с мочой была снижена до $11,21$ мг в сутки, у 11 было нормальное содержание эстрогенов. При исследованиях в динамике (двукратных, трехкратных) у 33 беременных количество эстрогенов в моче повысилось в 1,5—2 раза, но у 11 из 33 оно не достигло нормальных цифр. У остальных 7 женщин этой группы отмечалось незначительное снижение содержания эстрогенов.

У 20 из 28 беременных со сроком беременности 33—35 недель до начала лечения содержание эстрогенов в моче было пониженным до $10,4$ мг в сутки; у 8 оно находилось в пределах нормальных колебаний. У 14 беременных, обследованных в процессе лечения, количество эстрогенов повысилось в 2—3 раза, но все же не достигло нормальных цифр.

Итак, примерно у половины обследованных нами беременных количество эстрогенов в суточной моче было понижено и имелись изменения в сердечной деятельности плода, свидетельствующие о его неблагополучии. В процессе же успешного лечения, по мере исчезновения симптомов угрожающих преждевременных родов, экскреция эстрогенов с мочой повышалась в 1,5—2 и даже 3 раза.

Определение суммарных эстрогенов в моче по Иттриху при угрожающих преждевременных родах может служить, наряду с общепринятыми методами клинического обследования, одним из объективных тестов для оценки состояния плода, функции плаценты и для контроля за эффективностью проводимой терапии.

УДК 618.177

ФУРАЦИЛЛИН В ЛЕЧЕНИИ ТРУБНОГО БЕСПЛОДИЯ

Канд. мед. наук Р. А. Осипов

Кафедра акушерства и гинекологии № 1 (зав. — проф. Н. Е. Сидоров)
Казанского ГИДУВА им. В. И. Ленина

Пионером внедрения фурациллина в акушерско-гинекологическую практику является проф. Р. Л. Шуб. Мощные бактерицидные и бактериостатические свойства фурациллина, отсутствие токсигенных и гемолитических свойств, способность активизировать фагоцитоз и повышать фагоцитарность клеток [1], возможность парентерального и внутримочного введения выгодно отличают его от антибиотиков, ранее применявшихся нами для гидротубаций.