

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 фагоцитабельность клеток [1], возможность парентерального и внутримочного введения выгодно отличают его от антибиотиков, ранее применявшихся нами для гидротубаций.

На протяжении 7 лет в нашей клинике для гидротубаций используется фурациллин-прокаиновая смесь (фурациллина—0,05, прокаина хлористо-водородного—2,5, NaCl—4,5, дистиллированной воды—500,0). Для большей эффективности лечения в эту смесь добавляют гидрокортизон—25 мг на процедуру. Методика лечения обычная. Вводят не более 10 мл раствора на одну процедуру.

Лечение проведено 123 больных, страдающим первичным и вторичным трубным бесплодием. Контроль за лечением осуществляли гистеросальпингографией. У 45 женщин мы применяли для гидротубаций только фурациллин-прокаин-гидрокортизоновую смесь. Убедившись в безвредности и эффективности терапии, при лечении остальных 78 женщин в эту смесь стали добавлять лидазу (64—128 ед.) или химотрипсин (10 мг). Эти препараты оказались совместимыми с фурациллином и не ослабляли действие друг друга. При лечении фурациллин-прокаин-гидрокортизоновой смесью нормализация проходности труб наступила у 28 из 45 женщин (62,2%). На курс лечения в среднем потребовалось 16 процедур. В результате лечения комбинацией этого раствора с лидазой нормальная проходимость труб восстановилась у 28 из 56 больных (50%). В среднем потребовалось 18 процедур. При лечении фурациллин-прокаин-гидрокортизоновой смесью с добавлением 10 мг химотрипсина проходимость труб стала нормальной у 7 из 22 женщин (31,8%). На курс лечения потребовалось в среднем 20 процедур.

При наличии перитубарных спаек или облитерации труб в истмико-ампулярной части выбор лекарственных средств не имел решающего значения, и во всех случаях можно было ограничиться прокаин-фурациллин-гидрокортизоновой смесью. При лечении закрытых воспалительных процессов (сактосальпинксов) комбинация прокаин-фурациллин-гидрокортизоновой смеси с химотрипсином имела определенные преимущества.

При лечении фурациллин-прокаин-гидрокортизоновой смесью у 2 женщин возникли осложнения в виде обострения воспалительного процесса и у 1 образовался гидросальпинкс. При комбинации данного раствора с лидазой у 1 женщины было обострение воспалительного процесса, а с химотрипсином—у 2 женщин наблюдались симптомы раздражения брюшины и у 1—аллергическая реакция.

Всем 123 женщинам после окончания лечения гидротубациями проводили терапию, направленную на восстановление моторики труб (окиситином или электростимуляциями). После такой терапии беременность наступила у 42,3% женщин.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Ишунина Т. И. Влияние фурациллина на фагоцитоз. Автореф. канд. дисс., Рига, 1952.— 2. Шуб Р. Л. Акуш. и гинек., 1954, 2.

УДК 618.2—616.155.194

## НЕСПЕЦИФИЧЕСКАЯ РЕАКТИВНОСТЬ ОРГАНИЗМА ПРИ АНЕМИИ БЕРЕМЕННЫХ

*Р. А. Мухаметшина*

*Кафедра акушерства и гинекологии № 2 (зав. — проф. З. Ш. Гилязутдинова)  
Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина*

Иммунобиологические взаимоотношения организмов матери и плода привлекают внимание исследователей различных специальностей. В изучении этого вопроса велика заслуга наших отечественных ученых: М. А. Петрова-Маслакова (1952, 1970), О. Е. Яззова (1951), Л. С. Волковой (1967), И. А. Николаевич (1967) и др. Они рассматривают плод, плаценту и внезародышевые образования как своего рода трансплантат в материнском организме. Элементы плацентарной ткани и продукты жизнедеятельности плода, антиэритроцитарные, антилейкоцитарные антигены, а также, возможно, и другие, еще неизвестные, антигены могут быть факторами, изменяющими иммунологическую реактивность организма беременной. Это доказано и в эксперименте И. А. Друкаревым (1952), А. В. Савшинской (1955) и др., которые установили при введении плацентарного белка нарушение морфологических структур во всех органах, что позволило авторам говорить об общей реакции организма на плацентарный белок.

Наши исследования направлены на выяснение некоторых иммунобиохимических показателей при анемии беременных.

Известно, что процесс эритропоэза регулируется рядом факторов, тесно взаимосвязанных между собой. Образование эритроцитов в костном мозгу происходит под влиянием ряда гуморальных и нервных факторов, при активном участии железа, витаминов В<sub>12</sub>, В<sub>6</sub>, фолиевой и аскорбиновой кислот, белков и микроэлементов. Име-