

анемии беременных реакция на С-РБ оказалась положительной у 68% женщин. При легкой степени анемии реакция была слабо положительной, при анемии средней тяжести — слабо или умеренно выраженной.

Определение уровня сиаловых кислот в сыворотке крови (по методике Хесс и сотр.) показало, что при анемии беременных он повышается и составляет 0,260 ед. опт. пл. При более интенсивной реакции на С-РБ показатели сиаловых кислот были выше.

Известно, что при беременности значительно нарушается обмен некоторых микроэлементов —  $\text{Cu}$ ,  $\text{Fe}$ ,  $\text{Co}$  и др. Подобное нарушение обмена  $\text{Cu}$  и  $\text{Fe}$  объясняется изменением реактивности организма и выраженностью аутоиммунных процессов. Участие  $\text{Fe}$  в процессах иммуногенеза установлено А. И. Германовым (1968) и Волландом (1940). Содержание плазменного  $\text{Fe}$  и  $\text{Cu}$  мы исследовали эмиссионно-спектральным методом. Пробы сыворотки изучали без предварительного озоления. Полученные результаты свидетельствуют о снижении уровня  $\text{Fe}$  и повышении концентрации  $\text{Cu}$  в плазме у беременных с анемией. Степень изменений этих показателей зависела от срока беременности и тяжести анемии.

Таким образом, в наших исследованиях выявлена диссоциация отдельных функций коры надпочечников и значительные изменения иммунобиохимических показателей крови при анемии беременных — снижение комплементарной активности сыворотки крови и уровня плазменного  $\text{Fe}$ , повышение содержания  $\text{Cu}$ , сиаловых кислот и С-РБ. Эти данные позволяют высказать мнение о снижении неспецифической иммунобиологической реактивности организма при анемии беременных.

УДК 612.648—612.661

## О ЧИСЛОВОМ СООТНОШЕНИИ ПОЛОВ НОВОРОЖДЕННЫХ<sup>1</sup>

Н. А. Зинин

Больница им. В. В. Баныкина г. Тольятти (главврач — В. А. Суходольская)

Исходя из механизма XX и XY формирования пола, следовало бы ожидать, что число мужчин и женщин будет одинаковым. Однако в жизни мы наблюдаем значительные колебания соотношения полов в ту или другую сторону как в различных географических популяциях, так и по возрастным группам.

В настоящей статье изложены статистические наблюдения по связи пола новорожденных с отдельными признаками матери. Нами была произведена выборка из историй родов и развития новорожденных по отделению патологии беременности больницы им. В. В. Баныкина г. Тольятти за период с мая 1968 г. по март 1969 г. Взято 845 случаев одноплодных родов. Средний возраст женщин — 26 лет.

Общее числовое соотношение полов новорожденных в нашей выборке несколько отличается от соотношений, приводимых в литературе. Из 845 случаев родов зарегистрировано рождение 409 мальчиков и 436 девочек, что приводит к соотношению 93,81 мальчика на 100 девочек. Это соотношение меняется в зависимости от некоторых признаков матери.

Е. Новицкий и соавт. (1956, 1958) приводят довольно убедительные данные, свидетельствующие, что доля мальчиков среди новорожденных выше у женщин первородящих и снижается в последующих родах. Указывают также, что на пол ребенка влияет возраст отца: чем моложе отец, тем вероятнее рождение мальчика.

Наши наблюдения свидетельствуют, что возраст родителей имеет некоторое влияние на соотношение полов новорожденных.

У женщин моложе 20 лет численное преимущество оказывается на стороне мальчиков: на 92 случая родов приходится рождение 52 мальчиков. Это дает соотношение 130 мальчиков на 100 девочек. У женщин 20—24 лет число мальчиков и девочек среди новорожденных выравнивается — на 290 родов зарегистрировано по 145 детей того и другого пола ( $P > 0,05$ ).

У женщин 25—29 лет среди новорожденных имеется численный перевес девочек. Здесь из 270 родов зарегистрировано рождение 157 девочек, что дает соотношение 71,97 мальчика на 100 девочек. Разница с группой женщин моложе 20 лет статистически достоверна ( $0,01 < P < 0,05$ ).

У женщин 30—34 лет доля мальчиков вновь преобладает: родилось 77 мальчиков на 140 родов. Получено соотношение 122,22 мальчика на 100 девочек. Разница с группой женщин 25—29 лет статистически достоверна ( $0,001 < P < 0,01$ ), а с другими вышеуказанными группами женщин — статистически недостоверна.

Доля мальчиков у женщин 35 лет и старше оказывается наименьшей: родилось 20 мальчиков на 50 родов. Однако статистической разницы с другими возрастными группами женщин не получено ввиду малого числа наблюдений.

Таким образом, у женщин до 25 лет родилось 197 мальчиков и 185 девочек, что привело к соотношению 106,47 мальчика на 100 девочек. У женщин 25 лет и старше

<sup>1</sup> Статья публикуется в порядке обсуждения. (Ред.)

родилось 210 мальчиков и 250 девочек. Соотношение мальчиков и девочек — 84:100. Разница статистически недостоверна ( $P > 0,05$ ).

У первобеременных женщин получено соотношение 95,7 мальчика на 100 девочек, у всех повторнобеременных — 93,06 на 100. При этом доля мальчиков продолжает медленно снижаться до четвертой и пятой беременности, составляя 87,5 на 100 девочек. При последующих беременностях соотношение мальчиков и девочек **выравнивается**: на 106 родов получено соотношение 53:53. Здесь также разница статистически незначима ( $P > 0,05$ ).

На нашем материале прослеживается некоторое снижение доли мальчиков среди новорожденных у женщин с менархе в 15 лет и старше по сравнению с женщинами с менархе в 11—14 лет (85,85 мальчика на 100 девочек против 98,25 мальчика на 100 девочек). Однако разница статистически недостоверна ( $P > 0,05$ ).

Многие авторы [4, 5 и др.] указывают на преимущественную гибель в утробном периоде мальчиков. Так, по данным Чоко (1940), соотношение выкидышей мужского и женского пола составляет, в зависимости от срока беременности, 112—431 на 100. В таком случае мы вправе ожидать, что у женщин, имеющих склонность к выкидышам, доля новорожденных мальчиков будет меньше, чем у женщин, у которых выкидышей не наблюдалось. Однако по нашим данным соотношение мальчиков и девочек среди новорожденных в том и в другом случае практически одинаково.

Много внимания зарубежные исследователи уделяют изучению соотношения полов новорожденных в зависимости от социального положения родителей. Имеются указания, что доля мальчиков возрастает у жителей сельской местности, в аристократических семьях, в военное время и т. д. [2].

Мы сравнивали соотношение полов новорожденных у женщин — рабочих и служащих и не обнаружили достоверной разницы.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Добровольский Ю. А. Здоровье населения мира в XX веке. Медицина, М., 1968.—2. Штерн К. Основы генетики человека. Медицина, М., 1965.—3. Bernstein M. E. Am. J. Human Genet., 1958, 10, 68—70.—4. Сiоss'o A. Hum. Biol., 1938, 10, 36—64; Rev. Biol., 1940, 15, 59—73, 192—210.—5. McKlown T., Lowe C. R. Hum. Biol., 1951, 23, 41—60.—6. Nichols I. B. Am. Anthropol., 1905, 7, 24—36.—7. Novitski, Sandler. Ann. Human Genet., 21, 1956.—8. Novitski E., Kimball A. W. Am. J. Human Genet., 1958, 10, 268—275.

## ОБМЕН ОПЫТОМ И АННОТАЦИИ

УДК 66.12—616—005.4

Г. П. Селиверстова (Свердловск). **Фибринообразование при ишемической болезни сердца**

Несмотря на большое число работ, посвященных исследованию процесса тромбообразования при атеросклерозе, остаются до конца не изученными как патогенез возникающих осложнений, так и механизмы защитно-приспособительных реакций, направленных на устранение этой угрозы. Задачей настоящего исследования явилось изучение некоторых особенностей фибринообразования, заключительного этапа процесса свертывания крови, у здоровых людей и у больных атеросклерозом.

Обследовано 143 больных атеросклерозом с преимущественным поражением аорты и коронарных сосудов. 65 из них не получали антикоагулянтов, 82 принимали синкумар и омефин. Больные атеросклерозом, леченные антикоагулянтами, были разделены на 2 группы. 1-ю составили 43 больных, леченных этими препаратами 20—45 дней, 2-ю — 35 больных, получавших антикоагулянты от 2 до 4—5—10 и более лет. 12 практически здоровых лиц представили контрольную группу.

Концентрацию фибриногена определяли по методу Бидвелл через 10—20—30—60—90—120 мин. инкубации в условиях термостата при  $+37^\circ$ , что позволило судить о скорости полного перехода фибриногена в фибрин. Наряду с этим у больных атеросклерозом определяли фибринолитическую активность (эуглобулиновый фибринолиз по методу Коваржика и Булюка).

У здоровых людей весь фибриноген переходит в фибрин уже в течение первых 10—20 мин. Не нарушена скорость фибринообразования и у больных атеросклерозом с нормальным уровнем фибринолитической активности крови (время лизиса фибринового сгустка эуглобулиновой фракции плазмы в среднем — 175 мин.). В то же время у больных с пониженной функцией фибринолитической системы крови (время лизиса фибринового сгустка эуглобулиновой фракции плазмы — в среднем 361 мин.) выявлено замедление скорости перехода фибриногена в фибрин. Полное превращение фибриногена в фибрин у этих больных завершается лишь через 60 мин.

Поскольку замедление скорости перехода фибриногена в фибрин обнаружено лишь у больных с заторможенным фибринолизом, можно полагать, что в основе замедления реакции фибринообразования у обследованных больных лежит появление