

выкидыши, у 4 — родоразрешение проведено досрочно, путем кесарева сечения.

Следовательно, при тяжелой форме диабета беременность сопровождается рядом осложнений, и исход во многом зависит от своевременного и систематического лечения и наблюдения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бакшт Г. А. Беременность и обмен веществ. Медгиз, 1929. — 2. Ген-тер Г. Г. Учебник акушерства, 1938. — 3. Лейтес С. М. Физиология и патология жировой ткани. Медгиз, 1954.

Поступила 6 мая 1959 г.

НЕКОТОРЫЕ БИОХИМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ СОСТАВА ОКОЛОПЛОДНОЙ ЖИДКОСТИ ПРИ МНГОВОДИИ

Мл. научн. сотр. А. М. Созанский

Из акушерско-гинекологического отдела Львовского научно-исследовательского института охраны материнства и детства (научный руководитель работы — доктор мед. наук А. И. Вылегжанин)

Биохимический состав околоплодной жидкости при беременности, осложненной многоводием, по существу, не изучен, хотя он представляет интерес для выяснения механизмов многоводия, профилактики и лечения.

Нами изучено содержание сахара, хлоридов, мочевины, остаточного азота и общего количества белка в околоплодной жидкости у 11 беременных, страдающих многоводием.

Диагноз многоводия у них был поставлен на основании клинического исследования и затем подтвержден измерением количества околоплодной жидкости, полученной при родах.

Многоводие развилось в сроки беременности от 21 до 40 недель. Только у четырех из них беременность закончилась срочными родами; у остальных наблюдались преждевременные роды или поздние аборт. У одной был поздний токсикоз в легкой форме. Реакция Вассермана у всех была отрицательной. Из 11 родившихся плодов у трех имелись уродства: у одного — анэнцефалия, у двух — *spina bifida*, сочетавшаяся у одного из них с гидроцефалией. У одного новорожденного отмечены общая отечность и петехиальная сыпь на коже. Один ребенок погиб во время родов. Из 10 детей, родившихся живыми, 5 умерло в первые сутки после родов.

Количество околоплодной жидкости колебалось от 2 500 до 12 000 мл. У 10 беременных было хроническое многоводие, и у одной — острое, с типичной клинической картиной. Мы сопоставили результаты исследований околоплодной жидкости при многоводии и нормальной беременности.

Содержание сахара в околоплодной жидкости при многоводии колеблется в тех же пределах, что и у здоровых (соответственно 6—40 мг% и 5—64 мг%). Для нормально развивающейся беременности с увеличением ее срока характерно постепенное снижение содержания сахара в околоплодной жидкости. При многоводии в ранние сроки беременности (от 21 до 31 недель) количество сахара в околоплодной жидкости нередко меньше (от 12 до 24 мг%, в среднем — 17,5 мг%), чем у здоровых (38 мг%).

Содержание хлоридов колебалось от 593,02 до 690,65 мг%, в норме в среднем 625,7 мг%, при отсутствии значительных колебаний в разные сроки. Только у одной женщины с острым многоводием на 21-й неделе

беременности содержание хлоридов было ниже 600 мг%, что при нормальной беременности встречается гораздо чаще. Следовательно, при многоводии отмечается незначительное увеличение содержания хлоридов, на что указывает ряд авторов.

Содержание мочевины и остаточного азота в околоплодной жидкости при многоводии, примерно, такое же, как и при нормальном течении беременности.

Значительно повышено при многоводии количество белка: от 0,34 до 1,035 г% (в норме — в среднем 0,289 г%). Ганон утверждал, что при многоводии в околоплодной жидкости количество белка, примерно, в 3 раза больше, чем в норме. Он не наблюдал такого резкого повышения белка в околоплодной жидкости при многоводии, как Проховник (от 1,4 до 5,22 г%).

В связи со значительным увеличением объема околоплодной жидкости при многоводии, абсолютное содержание указанных веществ в ней значительно увеличивается.

По нашим исследованиям, при многоводии в околоплодной жидкости повышается содержание белка, электролитов, а возможно, и сахара, по сравнению с нормально протекающей беременностью. Даже при объеме околоплодной жидкости в 12 000 мл содержание в ней сахара, хлоридов и белка было одним из самых высоких.

Можно считать доказанным, что околоплодная жидкость является продуктом секреции эпителия амниона (Бонди). Она играет не только чисто механическую роль, но имеет большое значение как среда, участвующая в питании плода (И. А. Аршавский). Если раньше считалось, что околоплодная жидкость обновляется сравнительно медленно, то за последние годы показано, что она находится в постоянной быстрой циркуляции.

Плентль и соавторы установили наличие быстрого обмена воды в околоплодной жидкости (примерно, 600 мл/час). По Восбургу и соавторам, полный обмен воды в амниотической жидкости совершается за 2 часа 54 мин.

Гэтчинсон и соавторы пришли к заключению, что в ранние стадии беременности обмен воды между амниотической жидкостью и организмом матери приблизительно такой же интенсивный, как обмен между матерью и плодом, и составляет около 100 мл/час. По мере развития беременности, роль плода в этом обмене становится все более значительной, и в самом конце беременности приблизительно 40% воды из амниотической полости переносится к матери через организм плода. По Грегу, от 25 до 50% воды из полости амниона переносится через плод.

В течении беременности существует и прямой путь обмена между амниотической жидкостью и материнским организмом без участия плода (Гэтчинсон).

Одним из путей оттока околоплодной жидкости через организм плода является его желудочно-кишечный тракт. Установлено, что плод заглатывает околоплодную жидкость (Де Сноо, Ергардт и др.). Роза на основании своих исследований считает, что плод заглатывает до 500 мл околоплодной жидкости за сутки.

Клинические и экспериментальные наблюдения дают основание считать, что прекращение оттока околоплодной жидкости через пищеварительный канал плода способно быть причиной развития гидрамниона, приблизительно у одной трети всех беременных с этой патологией.

Н. В. Донских обнаружил, что при многоводии в околоплодных оболочках резко уменьшается количество межклеточных вакуолей, которые он рассматривает как проявление резорбции. Он считает, что при многоводии, по-видимому, имеется нарушение оттока околоплодных вод при неизменной или несколько увеличенной секреции их амниотическим эпителием. Д. Альбано так же отметил значительно замедленный отток околоплодной жидкости при многоводии.

Наши исследования показали, что при многоводии, наряду с увеличением объема воды, повышается содержание белка и электролитов в околоплодной жидкости. Это свидетельствует о нарушении обмена упомянутых веществ, но не исключена возможность и увеличения секреции их эпителием амниона при развитии многоводия.

ВЫВОДЫ:

1. Многоводие возникает, по-видимому, в результате замедления оттока околоплодных вод.

2. При многоводии нарушается не только нормальный процесс циркуляции воды в полости амниона, но также обмен и других составных частей околоплодной жидкости — главным образом, белка и электролитов.

3. В околоплодной жидкости у беременных с хроническим многоводием имеется увеличение содержания белка и электролитов. Содержание же сахара, мочевины и остаточного азота колеблется, примерно, в тех же пределах, как и у женщин при нормальном течении беременности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Альбано Д. Акуш. и гинек., 1933, 3. — 2. Аршавский И. А. Тез. докл. X научн. сесс. ин-та акуш. и гинек., АМН СССР, 1958. — 3. Донских Н. В. Бюлл. эксп. биол. и мед., 1958, 5. — 4. Bondi I. Zbl. f. Gyn., 1905, 35. — 5. De Snoo K. Mschr. f. Geburtsh. Gyn., 1937, Bd. 105, 2/3. — 6. Ehrhardt K. Münch. med. Wschr., 1937, 43. — 7. Gray M., Neslen E., Plentl A. Proc. Soc. Exper. Biol. a. Med., 1956, 3. — 8. Hanon F., Coquelin-Carnot M., Pignard P. Le liquide amniotique, Paris, 1955. — 9. Hutchinson D., Gray M., Plentl A., Alvazer H., Caldeyro-Bargia, Kaplan B., Lind J. J. Clin. Invest., 1959, 6. — 10. Plentl A., Hutchinson D. Proc. Soc. Exper. Biol. a. Med., 1953, 82. — 11. Prochownick L. Arch. f. Gyn., 1877, Bd. XI. — 12. Rosa P. Gynec. et Obst., 1951, 5. — 13. Vossburgh G. I., Flexner L. B., Cowie D. B., Hellman L. M., Proctor N. K. a. Wilde W. S. Am. J. Obst. Gynec., 1948, 6.

Поступила 3 октября 1959 г.

КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ РЕЗИСТЕНТНОСТИ К АНТИБИОТИКАМ МИКРОФЛОРЫ ЗДОРОВОЙ КОЖИ, ОЧАГОВ ПИОДЕРМИИ И НЕКОТОРЫХ ДЕРМАТОЗОВ¹

Проф Н. Н. Яснитский

Из дерматологической клиники (зав.— проф. Н. Н. Яснитский) Казанского медицинского института

Лечение гнойничковых заболеваний кожи методами парэнтерального и местного мажевого применения пенициллина не обеспечивает во всех случаях надлежащий терапевтический эффект. Нередко приходится наблюдать, что введение даже массивных доз пенициллина не в состоянии сколько-нибудь заметно повлиять на болезненный процесс, и только замена его другим антибиотиком, например, биомицином или стрептомицином, может привести к желаемому результату. Объяснение этому следует искать в неодинаковой чувствительности микробной флоры к различным антибиотикам.

Для выяснения этого и ряда других, связанных с ним вопросов мы предприняли исследование чувствительности микробной флоры кожных покровов к антибиотикам у 42 здоровых людей, не болеющих кожными болезнями и не болевших ими в прошлом, и у 199 больных различными формами пиодермии и некоторыми дерматозами непиококкового характера. Материалом служили чистые культуры микробов, высеянные с очагов болезненного процесса и с участков здоровой кожи. Чувствительность флоры определялась по отношению к биомицину, стрептомицину, левомицетину и пенициллину методом «дисков».

Первый вопрос, который мы считали необходимым поставить на разрешение, какова чувствительность к названным антибиотикам микробной флоры кожных покровов здоровых людей? С этой целью мы исследовали флору кожных покровов у 42 чел. Она состояла у них из раз-

¹ Доложено на научной конференции Казанского медицинского института 23 апреля 1959 г.