

Анемии, главным образом железodefицитные, у трети больных вызывали гипогалактию.

Новорожденные матерей с истинными анемиями были доношенные нормотрофики с нормальными гематологическими показателями.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бодяжина В. И. Клин. мед., 1957, 1.—2. Булыгина Е. А., Лебедев М. А., Цуцуйковская И. Н. Гинек. и акуш., 1933, 3.—3. Даниахий М. А. Беременность и кроветворение. М., 1937.—4. Лпозина Е. М. Кроветворение при беременности в норме и патологии. М., 1952.—5. Миляшкевич Р. П. Гинек. и акуш., 1931, 3.—6. Мясников Н. Н. Акуш. и гинек., 1957, 1.—7. Повжиткова В. А. Сов. мед., 1944, 4—5.—8. Самойлова Е. Е. За социалистическое здравоохранение Узбекистана, 1955, 5.—9. Davis. J. Obst. a. Gyn., 1954, 1.—10. Huber H. Schlagetter. Arch. für Gynäk. 1959, 191, 6.—11. Lund C. Am. J. Obst. Gynec. 1958, 55, 3.—12. Talso, Dickman. Am. J. Obst. Gynec., 1948, 55, 3.—13. Tysol, Löwenstern. Am. J. Obst. Gynec., 1950, 60, 6.—14. Sodemán R. Am. J. M. Sc. 1940, 200.

Поступила 20 сентября 1961 г.

ПОЗДНИЕ ТОКСИКОЗЫ БЕРЕМЕННЫХ

Проф. П. В. Маненков и А. С. Лепешкина

Акушерское отделение Республиканской клинической больницы Минздрава ТАССР
(главврач — Ш. В. Бикчурин)

Поздние токсикозы до сих пор являются одним из частых и серьезных акушерских осложнений, привлекающих к себе внимание. Советские акушеры добились путем профилактики больших успехов в борьбе с этим осложнением. Однако для окончательной его ликвидации необходима дальнейшая работа. Решению этой задачи помогает периодическое подытоживание опыта работы отдельных акушерских отделений. С этой целью мы позволим себе привести некоторые данные о поздних токсикозах за послевоенные годы по опыту работы акушерского отделения Республиканской клинической больницы, обслуживающего город и сельские районы.

Прежде всего мы выявили, что количество больных с поздними токсикозами с каждым годом увеличивалось. Так, если в 1945 г. процент таких больных в стационаре равнялся 1,4, то в 1958 г. он достиг уже 6,2, а в 1959 г.—6,6. При этом оказалось, что увеличение процента поздних токсикозов идет за счет их легких форм — отека и нефропатии беременных. Частота же такой тяжелой формы токсикозов, как эклампсия, уменьшилась с 1,3% в 1946 г. до 0,3% в 1958 г. и 1959 г., причем смертность от эклампсии за последние 7 лет сведена к нулю.

Эти факты свидетельствуют, что акушерки акушерских пунктов и врачи женских консультаций и акушерского отделения улучшили наблюдение за беременными и роженицами, стали чаще выявлять, направлять в стационар и лечить больных с легкими формами поздних токсикозов, что увеличило число таких больных в стационаре, но снизило заболеваемость эклампсией и ликвидировало смертность от нее. Однако, отмечая увеличение в стационаре легких форм поздних токсикозов, нельзя исключить возможность того, что среди условий жизни беременных появились какие-то вредные факторы, которые способствуют учащению этих заболеваний. Отсюда для снижения заболеваемости поздними токсикозами нужно не только улучшить наблюдение за беременными, диагностику и лечение токсикозов, но и обратить внимание на выявление таких условий в жизни беременных, которые могут способствовать возникновению токсикозов, и путем гигиениче-

ских мероприятий устранить их. На это пока, к сожалению, консультации обращают мало внимания.

Опыт работы нашего отделения подтверждает, что как легкие, так и тяжелые формы позднего токсикоза появляются у тех женщин, в отношении которых не были выполнены в консультации и в стационаре всем хорошо известные профилактические мероприятия против токсикозов. Установлено, что из 20 экламптичек за 1957, 1958 и 1959 гг. 6 не наблюдались во время беременности, 9 посетили консультацию всего 1—2 раза задолго до появления эклампсии и 5 или плохо наблюдались, или неправильно лечились в стационаре.

Анализ историй болезни показал ряд недостатков в работе фельдшерско-акушерских пунктов, женских консультаций и акушерских отделений по профилактике и лечению поздних токсикозов. Так, не все беременные находились под акушерским наблюдением и соблюдали положенные правила гигиены беременности. Находившиеся под наблюдением осматривались не регулярно и редко, особенно в последний месяц беременности. Не малое количество их или совершенно не являлось в консультацию на десятом месяце беременности, или являлось один раз. Не все беременные с поздними токсикозами направлялись в акушерское отделение. Большинство (две трети) их поступало в стационар в родах.

Для успешной борьбы с поздними токсикозами беременности эти недостатки должны быть немедленно устранены. Каждый участковый врач женской консультации и акушерка акушерского пункта должны охватить наблюдением всех беременных своего участка и обеспечить выполнение ими правил гигиены беременности; обследовать беременных во второй половине беременности два раза в месяц, а в последний месяц беременности — каждую неделю: при каждом исследовании тщательно определять отеки, белок в моче и АД и в случае появления даже незначительных признаков легких форм поздних токсикозов немедленно направлять такую больную в акушерское отделение для неотложного лечения. Ни одна беременная с поздним токсикозом не должна оставаться дома, чего мы, к сожалению, пока не достигли.

Поступавшие в наше родотделение женщины с поздними токсикозами подвергались наблюдению и лечению. Наблюдение заключалось в исследовании динамики АД, белка в моче и отеков. Лечение состояло, как правило, в постельном режиме, в ограничении пищи, питья и соли; в назначении творога и фруктов, а из лекарств — бромидов и сернокислой магнезии по Бровкину. При ухудшении симптомов нефропатии или появлении признаков преэклампсии к введению сернокислой магнезии добавлялось кровопускание в количестве 200—300 мл. При наступлении эклампсии немедленно назначались лечение по Бровкину и в большинстве случаев кровопускание от 300 до 500 мл. Там, где возможно, проводилось ускорение влагалищного родоразрешения путем разрыва плодного пузыря, извлечения плода в периоде изгнания. Если эти мероприятия вовремя и правильно осуществлялись, заболевание облегчалось и случаев преэклампсии и эклампсии, а также смерти от них не наблюдалось.

Однако и в работе акушерского отделения нами выявлены недостатки по борьбе с поздними токсикозами. В ряде случаев врачи стационара плохо наблюдали за симптомами токсикоза и их динамикой, не всегда вовремя применяли лечение. В таких случаях и возникала обычно эклампсия, чаще всего — послеродовая.

Эти недостатки в работе акушерского отделения также необходимо устранить. При поступлении беременной и роженицы в стационар нужно тщательно исследовать АД, мочу на белок, определять отеки. В дальнейшем важно следить за динамикой этих симптомов, производя

при беременности исследование ежедневно, а при родах — через каждые 4 часа. При обнаружении симптомов токсикоза необходимо немедленно начать лечение по вышеприведенной схеме.

Итак, ознакомление с работой одного из старых родучреждений Казани показывает, что борьба с поздними токсикозами беременности за последние годы улучшилась. Это улучшение вызвано почти исключительно развитием профилактических мероприятий против поздних токсикозов, которые полностью далеко еще не использованы. Дальнейшая борьба с поздними токсикозами должна идти не столько по линии изыскания новых лечебных методов и средств, сколько в направлении полного использования всех известных профилактических мероприятий против токсикозов. Однако для проведения этих мероприятий необходимы следующие условия, которые не везде еще созданы на местах: 1) организация акушерско-гинекологических объединений; 2) прикрепление женской консультации и акушерского пункта к определенному населенному району с разделением района женской консультации на участки; 3) разукрупнение участков женской консультации и акушерских пунктов; 4) устранение наблюдения различных учреждений (женской консультации по месту жительства и акушерско-гинекологического кабинета предприятия по месту работы) над беременными; 5) наличие в акушерском отделении объединения достаточного количества акушерских коек, обеспечивающего безотказную госпитализацию больных с поздними токсикозами беременности. Эти условия нужно создать. Без них нельзя осуществить полноценную профилактику поздних токсикозов.

Поступила 16 февраля 1961 г.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДА ФЛУОРЕСЦИРУЮЩИХ АНТИТЕЛ В ДИАГНОСТИКЕ КОЛИЭНТЕРИТОВ¹

Канд. мед. наук Е. В. Белогорская

Кафедра детских болезней (зав.— проф. Ю. В. Макаров), Центральная научно-исследовательская лаборатория (зав.— Г. И. Полетаев) Казанского медицинского института и 2-я детская клиническая больница (главврач — Л. Ф. Оловянникова)

Клиническая диагностика колиэнтеритов у детей довольно трудна ввиду сходства симптомов, наблюдаемых и при заболеваниях другой этиологии. Окончательный диагноз колиэнтерита ставится только при выделении патогенного штамма кишечной палочки из испражнений больного ребенка.

Применение обычного бактериологического метода диагностики дает сравнительно невысокую высеваемость патогенных кишечных палочек среди детей с острыми желудочно-кишечными заболеваниями не дизентерийной этиологии; по нашим данным, в Казани она составляет 20,1%, а среди всех больных острыми желудочно-кишечными заболеваниями — 11,2%. Кроме того, результаты получаются лишь на 3 сутки.

Перед нами встала задача применения более быстрых и чувствительных методов диагностики колиинфекций у детей.

В литературе предлагается метод флуоресцирующих антител для выявления и идентификации бактериальных клеток. Е. А. Кабанова с сотрудниками, Г. А. Стычинский, Петуели и Линдер с успехом приме-

¹ Доложено на совместном заседании общества детских врачей и эпидемиологов, инфекционистов и микробиологов ТАССР 2 ноября 1961 г.