

и достигается сильное адекватное возбуждение дыхательного центра (В. А. Неговский). Аппаратное искусственное дыхание с вдуванием воздуха в легкие нередко эффективно и тогда, когда другие методы стимуляции дыхательного центра безрезультатны. И здесь особо важную роль для прогноза оживления играет «фактор времени», так как длительная задержка во времени может привести в конце концов к восстановлению дыхания, однако центральная нервная система будет уже тяжело поражена.

На протяжении последних 3 лет мы широко используем для ликвидации асфиксии новорожденных комплексный метод оживления.

У ребенка, родившегося в асфиксии, освобождаем дыхательные пути от слизи и помещаем его в ванночку с водой 38°, в артерию пуповины вводим 3 мл 10% раствора хлористого кальция и 7 мл 40% раствора глюкозы. Если через 2—3 мин не появляется самостоятельное дыхание, то приступаем к искусственному дыханию РДТ-1 ручным и ДП-5 (с электроприводом). Для отсасывания слизи применяем педальные и электрические отсосы. В большинстве наблюдений искусственное дыхание проводили комнатным воздухом, обогащенным кислородом, под определенным, строго дозированным давлением. Воздух вводился в легкие с помощью интубации (40% наблюдений) или через маску.

Маска обеспечивает хороший газообмен и значительно облегчает использование аппаратов.

За период с 1960 по 1962 гг. в нашем акушерском стационаре в асфиксии родилось 270 детей (2,8%). Комплексный метод оживления применен у 125 детей, а у остальных — метод Легенченко — Персианинова. Из 125 новорожденных у 64 была тяжелая форма асфиксии (III ст.), у 61 — II ст. При легкой асфиксии прибегать к искусственной вентиляции легких не было необходимости. Из 270 наблюдений оперативные вмешательства в родах применены в 25%, упорные формы слабости родовой деятельности были в 12%, тазовые предлежания — в 9%, поздние и тяжелые формы поздних токсикозов беременности — в 9,7%, «конфликты» с пуповиной — в 5%, переносная беременность — в 8,8%, крупные плоды — в 1%, узкий таз — в 2,5%, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты — в 1,8%, преждевременное отхождение вод и длительный безводный период — в 10,4%. Из 125 новорожденных, родившихся с явлениями асфиксии II и III ст., удалось оживить 118 (94,4%); выписано из стационара 113 детей (90,2%). Из числа погибших новорожденных, по патологоанатомическим данным, у 3 была пневмония, у 1 — врожденное, несовместимое с жизнью уродство, 7 новорожденных погибли из-за тяжелой родовой травмы в результате патологических родов.

Анализ данных по оживлению новорожденных с использованием аппаратов для искусственного дыхания показал, что это высокоэффективный метод, и ему следует отвести должное место в комплексе других мероприятий.

Поступила 13 февраля 1964 г.

ОПЫТ ВЫЯВЛЕНИЯ И ТЕРАПИИ ТОКСОПЛАЗМОЗА В АКУШЕРСКОЙ ПРАКТИКЕ

М. А. Антонова

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

В настоящее время роль токсоплазмоза в происхождении самопроизвольных выкидышей и преждевременных родов, мертворождаемости и ранней детской смертности хорошо известна. Токсоплазмоз является также одной из причин аномалий и дефектов внутриутробного развития детей, приводящих к тяжелой инвалидности.

С целью выявления токсоплазмоза в нашей клинике были обследованы 287 женщин. Реакция связывания комплемента (РСК) с токсоплазменным антигеном изучалась у всех обследованных (лаборатория Областной санэпидстанции), 123 из них сделана внутрикожная проба (ВКП) с токсоплазменным аллергеном.

Диагноз токсоплазмоза был установлен у 48 (16,7%) больных на основании положительной РСК в разведении 1:5 на ++, +++ и ++++, положительной ВКП на ++++ и ++++ и соответствующих проявлений токсоплазмоза в анамнезе — выкидыши, преждевременные роды, рождение детей с дефектами развития и т. д. Совпадение положительной РСК и внутрикожной аллергической пробы мы наблюдали у 36 больных, у 1 больной ВКП оказалась отрицательной при резко положительной РСК, а еще у 11 — резко положительная ВКП при отрицательной РСК.

Одной больной диагноз токсоплазмоза был поставлен на основании положительной РСК (1:5 ++++) и отягощенного акушерского анамнеза (3 самопроизвольных выкидыша).

У 11 наших больных токсоплазмоз был диагностирован на основании резко положительной аллергической пробы с токсоплазмином (+++++) и патологического акушерского анамнеза. Правильность такого заключения подтверждается тем фактом,

что у 9 больных положительные РСК были получены после неоднократных отрицательных результатов (от 3 до 5 раз) при резко положительной ВКП.

Частота выявления токсоплазмоза у женщин с различной акушерской патологией представлена на следующей таблице:

Виды акушерской патологии	Обследовано	Выявлено
Самопроизвольные выкидыши и преждевременные роды	131	39
Мертворождения и ранняя детская смертность	36	14
Аномалии и дефекты развития плодов	14	2
Многоводие	7	4
Пузырные заносы	2	1
Несостоявшиеся выкидыши	3	1
Предлежание плаценты	13	3
Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты	7	4
Токсикозы беременности	66	25

У 17 из 287 обследованных женщин кровь оказалась резус-отрицательной и у 6 из них обнаружены резус-антитела.

4 из 17 женщин с резус-отрицательной кровью положительно реагировали на токсоплазмозные антиген и аллерген. У двух больных токсоплазмозом резус-фактор крови не определялся при многократных исследованиях (3 раза у Л. и 6 раз у Ж.). При последующих определениях резус-фактор был обнаружен у обеих больных. Этому факту трудно найти объяснение. Возможно, иммунобиологические сдвиги в организме, вызываемые токсоплазмозом, препятствовали определению резус-фактора в крови этих больных в течение определенного времени.

Особого внимания, с нашей точки зрения, заслуживает значительное количество выявленных больных токсоплазмозом среди страдающих токсикозами беременных (25 из 66) и частое осложнение беременности токсикозом у токсоплазмозных больных (25 из 48). Необходимо добавить, что у 19 из 23 больных токсоплазмозом, не отмечавших токсикозов, все беременности прерывались на небольших сроках. У ряда больных токсикозы сопровождали почти каждую беременность и протекали очень тяжело (эклампсия, преэклампсия, тяжелая нефропатия). Вышеизложенное позволяет усматривать определенную связь между токсоплазмозом и токсикозами беременных. Известная повторяемость токсикозов может говорить в пользу их инфекционной природы. Не может быть оставлен без внимания и тот факт, что токсоплазмоз был выявлен у 4 из 7 женщин с преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты. Причиной этой патологии, а также предлежания плаценты (3 из 13) могут быть изменения сосудов плаценты и матки (А. Г. Пап, А. П. Самойлов).

Лечение наших больных проводилось по общепринятой схеме хлоридином и сульфодимезином в сочетании с витаминно- и оксигенотерапией под контролем общего самочувствия больных, анализов крови, мочи, РСК. У 3 больных из 21 наблюдалось умеренное снижение гемоглобина крови, 5 отмечали побочные явления в виде головных болей, тошноты, общей слабости. Ни у одной женщины не потребовалось отмены препаратов. РСК у большинства больных становилась отрицательной.

При применении хлорида и сульфодимезина больным с явлениями угрожающего прерывания беременности отмечалось исчезновение болевых ощущений и понижение возбудимости матки.

К настоящему времени лечение закончено (3 курса) у 8 больных. Одна из них провела его, не будучи беременной (в анамнезе 4 выкидыша), РСК после лечения стала отрицательной. 7 женщин до лечения имели 21 беременность, в результате которых родились 1 ребенок живым, остальные беременности осложнились выкидышами, мертворождением, уродством плодов. После лечения 7 женщин родили 7 доношенных детей без признаков заболевания. Дети развиваются нормально (от 3 мес. до 2 лет 8 мес.).

Следует отметить, что мы считали необходимым подвергнуть лечению больных, у которых диагноз ставился на основании резко положительной ВКП и соответствующего анамнеза. Получение положительных РСК у 9 больных после многократных отрицательных результатов подтверждает необходимость лечения этих больных.

ВЫВОДЫ

1. Латентный токсоплазмоз может быть выявлен у значительной части женщин сотягощенным акушерским анамнезом и патологическим течением беременности (в 16,7%, по нашим наблюдениям).

2. Диагноз токсоплазмоза в ряде случаев может ставиться на основании положительной аллергической пробы и соответствующего акушерского анамнеза при отрицательной РСК, так как комплемент-связывающие антитела определяются не во все периоды латентно протекающего заболевания.

3. Лечение хлоридином и сульфодимезином по общепринятой схеме является эффективным, побочное действие от применяемых препаратов встречается нечасто. Больные, у которых диагноз установлен на основании положительной ВКПи патологического акушерского анамнеза, также нуждаются в лечении.

4. Заслуживает серьезного внимания роль токсоплазмоза, наряду с другими инфекционными и паразитарными заболеваниями, в этиологии токсикозов беременных. Этот вопрос требует дальнейшего изучения.

Поступила 13 февраля 1964 г.

НАБЛЮДЕНИЯ ИЗ ПРАКТИКИ

УДАЛЕНИЕ ЛЕВОГО ЛЕГКОГО ПО ПОВОДУ ТУБЕРКУЛЕЗА У БОЛЬНОГО САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

М. М. Криворотова и А. М. Пасынкова

Хирургическое отделение (зав. — М. М. Криворотова) Республиканского противотуберкулезного диспансера Марийской АССР (главврач — Т. В. Кордэ) г. Йошкар-Ола

Среди больных сахарным диабетом от 3,8% (Баккер и Зейге, 1955) до 7,6% (А. И. Вильнянский, 1956) страдают активным туберкулезом легких. При этом отмечается малосимптомность течения туберкулеза, что ведет к позднему его выявлению. Среди 177 больных диабетом, которых наблюдала Т. Ф. Смурова, 23,7% имели фиброзно-кавернозную форму туберкулеза легких.

Комплексное лечение таких больных должно включать в дополнение к диете оптимальное количество инсулина, витаминов, десенсибилизирующих средств, вместе с длительной комбинированной и непрерывной антибактериальной терапией; использование же методов хирургического лечения туберкулеза легких у таких больных представляется неясным. В доступной нам литературе упоминаний об этом оказалось очень мало, авторы ограничиваются только перечнем операций, которые могут производиться таким больным. Исключение составляет сообщение С. Мартона (1961), в котором дается анализ результатов резекции легких у 40 больных туберкулезом и диабетом. В этом сообщении говорится и о 7 больных, которым была произведена пневмоэктомия, причем у 2 образовались бронхиальные свищи, у 2 был рецидив болезни и 2 больных умерли. Наше хирургическое отделение располагает следующим наблюдением.

Б., 24 лет, поступил 21/II 1963 г. с диагнозом: «фиброзно-кавернозный туберкулез легких в фазе затихания, сахарный диабет», с мая 1956 г. (сахара в крови 446 мг%). Лечение инсулином значительно улучшило общее состояние больного. В марте 1958 г. он перенес грипп, что повело к ухудшению состояния. Появились ночные поты, слабость, кашель с мокротой. Рентгенологически обнаружен инфильтрат в левом легком с распадом в центре. Лечение в стационаре, санатории и амбулаторно антибактериальными препаратами в сочетании с пневмоперитонеумом привело к значительному рассасыванию инфильтрата. Больной самостоятельно прекратил лечение, что способствовало новой инфильтративной вспышке в октябре 1960 г. Рентгенологически в это время определялся обширный инфильтрат с деструкцией в виде четырехлистника и очагами обсеменения в правом легком. Был восстановлен пневмоперитонеум и проведена длительная антибактериальная терапия, лечение инсулином и витаминами. Удалось достигнуть значительного рассасывания инфильтрата, деструкция на рентгенограммах перестала определяться. Самочувствие больного улучшилось, он продолжал учебу в институте. В июне 1963 г. проявилась вспышка туберкулезного процесса с локализацией инфильтрата в нижней доле. вновь проведено длительное антибактериальное лечение массивными дозами антибиотиков и химиопрепаратов в сочетании с пневмоперитонеумом и инсулинотерапией в оптимальных дозах.

Достигнуто рассасывание инфильтрата, ликвидирована интоксикация. Рентгенологически в правом легком усилен легочный рисунок, в левом — на фоне фиброзных изменений, преимущественно в нижних и средних полях множественные полиморфные, различной плотности очаги, частично сливного характера и полость 2,5—3 см на уровне четвертого межреберья.

Общее состояние больного вполне удовлетворительное, РОЭ — 15 мм/час, БК +. Спирометрия 2700, пауза на вдохе — 45 сек, на выдохе — 17 сек. ЭКГ без отклонений от нормы, сахар крови — 302 мг%.