

дыхания и пульса, уменьшение и исчезновение тремора рук. К объективным показателям улучшения состояния больного можно также отнести устранение истерических моносимптомов (сурдомутизм, астазия). Субъективно больные чувствовали, что после сеанса у них уменьшились или совсем пропадали болевые ощущения, появлялось приятное чувство расслабления, покоя, выравнивалось настроение. В нескольких случаях благодаря психотерапии удавалось избежать госпитализации больных.

Таким образом, применение психотерапии в качестве ведущего метода лечения некоторых заболеваний возможно и в условиях работы врача скорой медицинской помощи, причем наиболее приемлемыми и эффективными являются рациональная и наркопсихотерапия.

УДК 616.89—008.441.13—08

Т. А. Милкина, Р. А. Альбеткова (Казань). Способ лабораторного контроля за приемом тетурама

В настоящее время применяется метод косвенного определения тетурама в моче больных. В качестве улавливающего компонента к тетураму добавляют амидопирин (0,25 г), который с 2% раствором полуторахлорного железа дает окрашивание различных оттенков аметистового цвета.

В процессе восьмилетней практической работы в условиях стационара и амбулатории мы обнаружили, что часть препаратов, принимаемых больными параллельно с исследуемым комплексом, также дают с 2% раствором полуторахлорного железа характерное окрашивание, что приводит к ошибочной оценке реакции. Так, например, аспирин, сульфадимезин, поливитамины, микстуры с бромом, а также с терописсом вызывают аналогичную реакцию с 2% раствором полуторахлорного железа. Таким образом, оказалось, что 2% раствор полуторахлорного железа не является специфическим реактивом для объективной оценки реакции.

Для нахождения специфического реактива на амидопирин с целью выявления лиц, уклоняющихся от приема тетурама, были проведены исследования у 410 больных со II и III стадиями алкоголизма, получавших сенсibiliзирующее лечение тетурамом. Нами был составлен «йодный» реактив, который отвечал поставленным задачам.

«Йодный» реактив состоит из 50 мл 96° спирта и 2 мл 5% йодной настойки. Для реакции необходимо взять 2 мл исследуемой мочи и 2 мл «йодного» реактива. У больного собирают мочу на исследование через 2—3 ч после приема тетурама (0,1 г) с амидопирином (0,4 г). Реакция оценивается положительно, если после встряхивания пробирки с «йодным» реактивом в ней сразу появляется розовое окрашивание. Положительная реакция в основной группе обследованных больных наблюдалась в 100% случаев. С другими лекарственными препаратами реакция была отрицательной.

Полученные данные позволяют заключить, что предлагаемый реактив является специфическим реагентом на амидопирин, который используется в качестве наполнителя к тетураму. Метод прост и достаточно объективен для выявления лиц, уклоняющихся от антиалкогольного лечения тетурамом.

СОЦИАЛЬНАЯ ГИГИЕНА И ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

УДК 618.39—08:061.66:616—055.2

СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ НЕВЫНАШИВАНИИ БЕРЕМЕННОСТИ В УСЛОВИЯХ ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ

Т. А. Плужникова, А. Г. Бурая

Отделение патологии беременности (руководитель — доктор мед. наук Н. Г. Кочелова) Института акушерства и гинекологии АМН СССР (директор — проф. В. И. Алипов), женская консультация № 19 (главрач — В. П. Шагина), г. Ленинград

В профилактике невынашивания беременности ведущую роль играет женская консультация. Важное значение имеет установление причины данной патологии и специальное ее лечение вне беременности. Задача врача женской консультации заключается в том, чтобы своевременно обнаружить причину возможного прерывания беременности и провести соответствующие организационные и лечебные мероприятия. Этому может способствовать специализированная помощь по невынашиванию.

Целью настоящей работы являлось выявление причин угрозы прерывания бере-

менности при различных сроках в условиях женской консультации и определение качества ее помощи беременным с данной патологией, а также организация специализированного кабинета по невынашиванию и оценка эффективности его работы.

Проанализированы причины невынашивания в двух группах беременных. У 172 женщин 1-й группы беременность закончилась срочными родами, у 123 женщины 2-й — преждевременными. В обеих группах преобладали женщины в возрасте 18—29 лет (в 1-й группе — 71,5%, во 2-й — 85,4%). 100 (58,1%) женщин 1-й группы были повторнородящими, 72 (41,9%) — первородящими, во 2-й группе — соответственно 63 (51,2%) и 60 (48,8%). Акушерско-гинекологический анамнез у женщин обеих групп был примерно одинаково отягощен медицинскими абортми (43,9% и 44,8%), невынашиванием беременности (32,3% и 31,3%), заболеваниями женской половой сферы (19,4% и 17,7%). Среди сопутствующих заболеваний в 1-й группе наиболее часто встречались вегетососудистая дистония по гипертоническому типу (18,2%), хронический холецистит (13,6%), гипертоническая болезнь (11,4%). Во 2-й группе гипертоническая болезнь выявлена у 20% беременных, вегетососудистая дистония по гипертоническому типу — у 17,3%, ожирение — у 15,6%, хронический тонзиллит — у 13,3%. У женщин 2-й группы острые респираторные заболевания отмечены в анамнезе в 2 раза чаще ($P < 0,05$).

Возможные причины невынашивания беременности в момент угрозы прерывания (в %)

Причины невынашивания	Сроки беременности, нед									
	до 12		13—20		21—28		29—32		33—36	
	роды		роды		роды		роды		роды	
	срочные	преждевременные	срочные	преждевременные	срочные	преждевременные	срочные	преждевременные	срочные	преждевременные
Нейроэндокринная	74,7	63,6	49,1	80,0	22,0	11,8*	22,2*	5,3*	12,5*	10,9*
	$P > 0,05$		$P < 0,05$		$P > 0,05$		$P > 0,05$		$P > 0,05$	
Аномалии развития половых органов	0*	18,2*	0*	10,0*	0*	0*	0*	5,3*	0*	0*
	$P < 0,05$		$P > 0,05$		$P > 0,05$		$P > 0,05$		$P > 0,05$	
Травмы (физическая и психическая)	0*	0*	12,7	10,0*	10,0*	0*	11,1*	5,3*	12,5*	4,3*
	$P > 0,05$		$P > 0,05$		$P > 0,05$		$P > 0,05$		$P > 0,05$	
Инфекционные заболевания матери	1,0*	18,2*	5,4*	0*	28,0	20,6	16,7*	21,0	0*	13,0
	$P < 0,05$		$P > 0,05$		$P > 0,05$		$P > 0,05$		$P > 0,05$	
Осложнения беременности	0*	0*	0*	0*	8,0*	23,5	22,2*	24,6	12,5*	34,8
	$P > 0,05$		$P > 0,05$		$P < 0,05$		$P > 0,05$		$P > 0,05$	
Неинфекционные заболевания матери	0*	0*	0*	0*	0*	0*	5,6*	0*	12,5*	2,2*
	$P > 0,05$		$P > 0,05$		$P > 0,05$		$P > 0,05$		$P > 0,05$	
Сочетанная причина невынашивания	24,2	0*	32,7	0*	30,0	44,1	16,7*	28,1	50,0	21,7
	$P > 0,05$		$P > 0,05$		$P > 0,05$		$P > 0,05$		$P > 0,05$	
Неясная	0*	0*	0*	0*	2,0*	0*	5,6*	10,5*	0*	13,0
	$P > 0,05$		$P > 0,05$		$P > 0,05$		$P > 0,05$		$P > 0,05$	
Всего	42,0	7,0	24,3	6,3	22,1	21,5	8,0	36,1	3,5	29,1
	$P < 0,01$		$P < 0,01$		$P > 0,05$		$P < 0,01$		$P < 0,01$	

Примечание. * — группы с малым числом наблюдений, которые рассчитывались по формуле Фишера.

Как видно из таблицы, у женщин 1-й группы угроза прерывания беременности возникла в 1 триместре в 7 раз чаще ($P < 0,01$), чем у женщин 2-й группы (соответственно 42% и 6,9%).

В первой половине беременности в обеих группах, независимо от ее исхода, в качестве причины невынашивания преобладала нейроэндокринная патология. После

20 нед беременности при исходе в срочные роды доминировала нейроэндокринная причина, а при исходе в преждевременные роды — осложнения беременности.

Изучение связи между частотой различных причин невынашивания беременности и ее исходом показало, что в 1-й группе среди причин невынашивания первое место занимала нейроэндокринная патология, второе — инфекционная. У каждой третьей беременной причина невынашивания была сочетанной. Во 2-й группе среди причин угрозы прерывания беременности на первом месте были осложнения беременности, обнаруженные у каждой четвертой женщины, на втором — нейроэндокринная патология и инфекционные заболевания матери, выявленные с одинаковой частотой (17,7%). У 25,9% беременных причина невынашивания была сочетанной. У 0,9% женщин 1-й и у 6,9% пациентов 2-й группы причину выяснить не удалось.

Тактика лечебных мероприятий разрабатывалась в зависимости от клинических проявлений угрозы прерывания беременности, тестов функциональной диагностики, возможной причины невынашивания и срока беременности в момент угрозы прерывания.

Экспертная оценка качества лечебно-профилактической помощи беременным с угрозой невынашивания в условиях женской консультации проводилась на основе системы критериев. Сбор информации осуществлялся по статистической карте, разработанной совместно с ВНИИ социальной гигиены и организации здравоохранения им. Н. А. Семашко. Карта заполнялась врачом специализированного кабинета по невынашиванию беременности.

Как показала экспертная оценка оказанной медицинской помощи беременным с угрозой невынашивания, неблагоприятному исходу беременности способствуют недостатки, которые были допущены в женской консультации: 1) несвоевременная диагностика угрозы прерывания беременности — во 2-й группе она оказалась более чем в 2 раза чаще, чем в 1-й (37,4% и 15,1%, $P < 0,01$); 2) не использовались специальные методы обследования для выявления причин невынашивания — во 2-й группе они применялись в два раза реже, чем в 1-й (14,3% и 6,5%, $P < 0,05$); 3) запоздалое и недостаточное по длительности стационарное лечение — во 2-й группе оно наблюдалось в 3,5 раза чаще, чем в 1-й (21,1% и 6,4%, $P < 0,01$).

Для улучшения работы женской консультации по невынашиванию беременности был создан специализированный кабинет. В его задачу входит выявление женщин, страдающих невынашиванием, и взятие их на диспансерный учет, обследование их для установления возможной причины невынашивания вне и во время беременности, этиотропное лечение вне беременности и оказание консультативной помощи во время беременности, разработка мероприятий по профилактике невынашивания беременности.

В специализированном кабинете для выявления возможной причины невынашивания, кроме клинического обследования, применяли специальные методы обследования: бактериологические (в районной бактериологической лаборатории и в городской лаборатории по диагностике микоплазмоза), иммунологические (в институте переливания крови), консультирование в городском медико-генетическом центре. Непосредственно во время приема в кабинете по невынашиванию проводилась гормональная кольпоцитология, бактериоскопия влагалищных мазков, оценка симптомов «зрачка», «папоротника» и измерение базальной температуры. При возникновении признаков угрозы прерывания беременности женщины госпитализировали в специализированный стационар. После выписки из стационара в специализированном кабинете под контролем гормональной кольпоцитологии назначали поддерживающую терапию витамином Е, туриналом, 17-оксипрогестеронкапронатом. У женщин с невынашиванием в анамнезе, несмотря на отсутствие клинических проявлений угрозы прерывания беременности, в критические сроки проводилось профилактическое лечение.

Сопоставление результатов лечения и исходов беременности у женщин с угрозой прерывания, которые наблюдались только участковыми акушерами-гинекологами, с беременными, находившимися на диспансерном учете в кабинете по невынашиванию, показало, что исход беременности был значительно лучше у последних. Среди беременных, родивших в срок, специализированную помощь в кабинете получала каждая четвертая женщина (24,8%), а среди родивших преждевременно — только 10% ($P < 0,01$).

Поступила 24 июля 1984 г.