

ром 0,2×0,2 см, прикрытый фибрином, который был ушит двухрядным швом. Свищевой ход ниже пупка сообщался с имевшейся послеоперационной раной. Свищ иссечен. Рана ушита послойно наглухо.

На 4-е сутки послеоперационный период осложнился полной эвентрацией кишечника. 3 декабря произведено ушивание раны. На 27-е сутки по выздоровлении девочка выписана.

При беседе с матерью было выяснено, что девочка в возрасте 7 мес иногда вытягивала перья из подушки и глотала их. В это же время отмечались беспокойство ребенка, неустойчивый стул, которые затем прекратились.

Данное наблюдение представляет интерес своей редкостью: ограниченный перитонит, спаечная кишечная непроходимость и наружный свищ брюшной полости возникли у грудного ребенка в результате перфорации тощей кишки птичьим пером.

УДК 616—084.3:611—018.51/53—076.3—073.96

**В. С. Тригулова, В. Н. Григорьев, Н. К. Акберов, Л. В. Малихова, Г. Р. Махмутова** (Казань). Опыт использования аппарата «Пикоскель» при диспансеризации населения

Целью настоящей работы являлось изучение возможности применения автоматического счетчика форменных элементов крови при проведении диспансеризации всего населения. Для этого был использован аппарат «Пикоскель», выпускаемый ВНР, который был предварительно апробирован в Республиканской клинической больнице Минздрава ТАССР.

Обследованная группа включала 20 человек: 10 практически здоровых студентов (6 мужчин и 4 женщины) в возрасте 21—23 лет и 10 больных с заболеваниями кроветворных органов (у 3 — острый лейкоз, у 2 — железодефицитная анемия, у 3 — гипопластическая анемия, у 1 — хронический миелолейкоз и у 1 — эритремия). У всех лиц определяли количество эритроцитов, лейкоцитов и тромбоцитов на аппарате «Пикоскель» и параллельно в счетной камере Горяева.

Сравнение полученных результатов показало, что при работе с аппаратом в большинстве исследований количество эритроцитов и тромбоцитов в 1 л крови было несколько ниже, а лейкоцитов — выше. Средние цифры количества эритроцитов у здоровых лиц составляли соответственно  $(3,84 \pm 0,32) \cdot 10^{12}/л$  и  $(4,33 \pm 0,39) \cdot 10^{12}/л$ , лейкоцитов —  $(8,06 \pm 0,78) \cdot 10^9/л$  и  $(7,24 \pm 0,65) \cdot 10^9/л$ , тромбоцитов —  $(213,3 \pm 19,41) \cdot 10^9/л$  и  $(204,12 \pm 18,73) \cdot 10^9/л$ . Разница во всех случаях статистически недостоверна. Результаты анализов, проведенных нами ранее пробирочным способом и аппаратом «Пикоскель», также существенно не различались между собой.

При хронометрировании исследований мы установили, что для подсчета форменных элементов одного обследуемого на аппарате «Пикоскель» требуется около 10—17 мин (для подсчета количества эритроцитов — 1—2 мин, лейкоцитов — 3—5 мин, тромбоцитов — 7—10 мин). При этом результаты анализов не зависят от квалификации лаборанта.

При использовании же традиционных методов (подсчет в камере Горяева) затрачивается в 3—4 раза больше времени: соответственно 6, 12 и 40 мин. Наиболее трудоемким является подсчет количества тромбоцитов, так как он требует предварительного приготовления мазков с последующим их высушиванием, фиксацией и окрашиванием.

Таким образом, исследования показали, что подсчет форменных элементов крови на аппарате «Пикоскель» прост, экономичен, а результаты не зависят от квалификации исследователя и мало отличаются от таковых при подсчете в камере Горяева.

Поэтому аппарат «Пикоскель» был использован нами при проведении диспансеризации населения рабочего поселка Кукмор Татарской АССР. Было обследовано 295 человек (мужчин — 114, женщин — 181 в возрасте 15—63 лет): 220 рабочих и 75 школьниц 8—10-х классов. При этом было выявлено, что 26% работниц, 10% мужчин и 3% школьниц страдают анемией, о наличии которой до обследования они не знали. Анемия была подтверждена результатами исследования содержания гемоглобина в гемометре Сали и подсчетом количества эритроцитов в камере Горяева. Критериями анемии мы считали показатель гемоглобина ниже 1,55 ммоль/л у женщин и ниже 1,9 ммоль/л у мужчин и содержание эритроцитов соответственно ниже  $3,7 \cdot 10^{12}/л$  и  $4,0 \cdot 10^{12}/л$ .

Полученные результаты позволяют нам рекомендовать аппарат «Пикоскель» для использования при массовых обследованиях, в частности при проведении диспансеризации всего населения.

УДК 618.19—002—037

**З. Д. Каримов, Л. П. Бакулева, М. Ф. Якутина, С. С. Бабаян** (Москва). Прогнозирование лактационного мастита

Проблема лактационного мастита остается весьма актуальной. Частота его, по данным ВОЗ, колеблется от 0,5 до 20% (1978). Ряд исследователей развитие лакта-

ационного мастита связывают с наличием у рожениц факторов риска, свидетельствующих о недостаточности иммунологической резистентности организма.

Мы исследовали бактериальную обсемененность молока рожениц из группы риска параллельно с определением в нем активности лизоцима. В группу риска вошли роженицы, у которых в анамнезе были мастит, очаги хронической инфекции; ОРВИ во время беременности, родов, послеродовом периоде, другие лихорадящие состояния; лактостаз; затяжные роды; тяжелые формы токсикоза II половины беременности.

Исследование проведено в динамике у 102 рожениц на 5—6 и 15—16-е сутки послеродового периода. Из числа обследованных 67 рожениц были из группы риска, 35 — из контрольной (совершенно здоровые роженицы). По возрастному составу и количеству перво- и повторнородящих обе группы были приблизительно идентичными. Взятие молока на бактериологическое исследование и активность лизоцима производили из обеих молочных желез по общепринятой методике. Для количественного определения микрофлоры делали посев цельного молока (0,1) и в разведенных 1:10; 1:100 стерильным физиологическим раствором на кровяной агар с последующим подсчетом числа выросших колоний и изучением видового состава микрофлоры. Активность лизоцима определяли турбидиметрическим методом после центрифугирования молока при 10 тыс. об./мин в течение 15—20 мин на холоде для достижения его необходимой прозрачности.

В группе риска среднее количество микробных тел (МТ) в 1 мл молока было  $3,0 \cdot 10^3 \pm 4,9 \cdot 10^2$  МТ/мл, тогда как в контрольной группе —  $1,0 \cdot 10^3 \pm 4,3 \cdot 10^2$  МТ/мл ( $P < 0,001$ ).

В группе риска частота высеваемости составила  $82,8 \pm 2,7\%$ , в контрольной группе —  $61,4 \pm 5,4\%$  ( $P < 0,001$ ). Наиболее часто в группе риска высевался эпидермальный стафилококк ( $54,4 \pm 4,3\%$ ), затем золотистый стафилококк ( $8,9 \pm 2,4\%$ ). Аналогичные данные получены в контрольной группе, хотя и с меньшей частотой (соответственно  $40,0 \pm 5,8\%$  и  $5,7 \pm 2,7\%$ ). При повторном исследовании на 15—16-е сутки послеродового периода у женщин контрольной группы выявлена тенденция к снижению частоты высеваемости и количественного уровня микрофлоры. В группе риска эта тенденция была гораздо слабее.

В группе риска средняя активность лизоцима на 6-е сутки после родов составила  $62,0 \pm 3,4$  мкг/мл, в контрольной —  $87,0 \pm 5,1$  мкг/мл ( $P < 0,001$ ). На 15—16-е сутки после родов средняя активность лизоцима в обеих группах повысилась: в группе риска — до  $80,1 \pm 5,4$  мкг/мл, у здоровых — до  $103,0 \pm 2,3$  мкг/мл ( $P < 0,001$ ).

Была прослежена динамика активности лизоцима молока в зависимости от нарастания его количественной обсемененности. При дальнейшем нарастании уровня обсемененности тенденция к увеличению активности лизоцима в контрольной группе сохранялась и составила в среднем  $148,6 \pm 17,0$  мкг/мл при обсемененности  $1 \cdot 10^3$  МТ/мл, тогда как в группе риска активность лизоцима практически не изменялась ( $88,4 \pm 6,7$  мкг/мл на том же уровне обсемененности). С дальнейшим количественным ростом микрофлоры ( $2 \cdot 10^3$ ,  $3 \cdot 10^3$ ,  $6 \cdot 10^3$ ) активность лизоцима в обеих группах снижалась, что было связано, по всей вероятности, с его потреблением, но в контрольной группе она оставалась на более высоком уровне.

За всеми роженицами проводили динамическое наблюдение в течение 4 месяцев. В результате установлено, что из числа рожениц группы риска у 10 (14,9%) развился лактационный мастит. На 9—15-е сутки после родов заболели 3 роженицы, на 16—20-е — 6, на 22-е — одна, из них у 2 констатирован гнойный мастит, у 7 — инфильтративный, у одной — серозный. В контрольной группе лактационный мастит возник у одной роженицы (2,9%) на 12-е сутки после родов ( $P < 0,001$ ). У всех рожениц группы риска, у которых впоследствии развился лактационный мастит, активность лизоцима молока в родильном доме не превышала 90 мкг/мл.

Следовательно, роженицам с неблагоприятными факторами риска, с высоким уровнем обсеменения молока и низкой активностью в нем лизоцима необходимо, кроме прочих лечебных и профилактических мероприятий, проведение иммуностимулирующей терапии.

УДК 618.414.8—02:618.43

#### Т. Г. Сулейманова (Казань). Исходы беременности и родов для плода и новорожденного при несвоевременном отхождении околоплодных вод

До настоящего времени не решен вопрос о влиянии несвоевременного отхождения околоплодных вод на родовой акт, состояние плода и развитие в дальнейшем новорожденного. Мы провели клинико-статистический анализ 564 срочных родов. Преждевременное отхождение околоплодных вод было у 117 (20,7%) рожениц (основная группа), своевременное — у 447 (контрольная группа).

Экстрагенитальные заболевания (пиелонефрит, гипертоническая болезнь, хронический тонзиллит), хронические гинекологические заболевания воспалительной этиологии в анамнезе у женщин основной группы отмечены в 1,5 раза чаще, чем в контрольной ( $P < 0,05$ ,  $P < 0,01$ ), патология шейки матки — в 3 раза чаще ( $P < 0,05$ ).