

По мнению авторов, предрасполагающими к развитию подкожной эмфиземы факторами могут быть беспокойное поведение роженицы на фоне энергичной потужной деятельности и наличие тех или иных препятствий для продвижения плода (суженный таз, крупный плод, ригидность тканей родового канала, задний вид и пр.).

Чтобы установить максимальные величины произвольного потужного усилия при задержке дыхания на вдохе, мы провели пневмотонометрические исследования 300 женщин на различных этапах беременности, родового акта и послеродового периода, причем выявился широкий диапазон индивидуальных колебаний: от 30 до 250 мм рт. ст. Характерно, что высокие показатели произвольного натуживания встречаются довольно редко, примерно в 2—5%. Отсюда становится понятной редкость подкожной эмфиземы. Можно допустить, что слабые натуживания и толчкообразные выдохи также способны нарушить целостность ткани, если она глубоко поражена каким-либо болезненным процессом. Тем не менее, величина потужного усилия имеет определенное значение, особенно там, где она, исходно высокая, возрастает в процессе родов под влиянием тех или других моментов (аффект, боль и т. д.). Это подтверждается полученными нами экспериментальными данными о том, что эмоции и слово могут значительно, нередко резко (на 60—80 мм рт. ст.) увеличивать силу натуживания при потугах.

При терапии подкожной эмфиземы, в первую очередь, надо стремиться устранить условия, способствующие поступлению новых порций воздуха под кожу. Следует успокоить женщину и применить для обезболивания потуг анальгетические вещества.

Больные требуют постоянного безотлучного наблюдения, ибо подкожная эмфизема, как бы приостановившая свое развитие, может возобновить распространение, захватывая все новые участки тела.

Из терапевтических средств по-прежнему остаются в силе старые — полный покой и легкое тепло в виде горчичников, компрессов и т. д. Для устранения гипоксии уместно вдыхание кислорода. Применение некоторых медикаментов (хлористого кальция, Н. Н. Попсуйшапко и др.) вряд ли обосновано. Заслуживает внимания сообщение того же автора об успешном производстве ваго-симпатической блокады по Вишневскому при ухудшении общего состояния больной в результате подкожной и медиастинальной эмфизем.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ваганов П. А. Вестн. ото-рино-ларингол., 1956, 5. — 2. Кушников Б. В. Акуш. и гинек., 1957, 2. — 3. Лебедев М. В. Казанск. мед. журн., 1936, 2. — 4. Парастаев А. С. Врач. дело, 1938, 4. — 5. Попсуйшапко Н. Н. Акуш. и гинек., 1959, 5. — 6. Рубашов С. М. и Борзов М. В. Пограничные заболевания в хирургии и дерматологии. Кишинев, 1954. — 7. Струков В. А. Акуш. и гинек., 1954, 6. — 8. Чернецова Е. С. Акуш. и гинек., 1953, 4. — 9. Чирешкин Д. Г. Вестн. ото-рино-ларингол., 1953, 4. — 10. Хейфец С. Н. Акуш. и гинек., 1957, 6. — 11. Якименко А. Ф. Акуш. и гинек., 1954, 5. — 12. Besson et Salmon. Progrès med., 1932, 28. — 13. Wiener K. Die Beziehungen der Genitalorgane zu Hautveränderungen, Halle a/s, 1924.

Поступила 1 декабря 1960 г.

ИЗМЕНЕНИЕ БЕЛКОВ СЫВОРОТКИ КРОВИ ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЖЕНСКОЙ ПОЛОВОЙ СФЕРЫ

Доц. И. А. Брусиловский

Кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета
(зав. — проф. И. Ф. Панцевич) Крымского медицинского института

Задача данной работы — изучить характер сдвигов в белках сыворотки крови у страдающих острыми и хроническими воспалительными процессами женской половой сферы, а также выяснить, как влияет грязевое лечение на белковые фракции крови.

Определение белковых фракций сыворотки крови производилось методом электрофореза на фильтровальной бумаге в модификации Д. А. Соркиной. Всего было обследовано с острыми воспалительными процессами половой сферы 17 женщин и с хроническими — 71.

Полученные данные обрабатывались методами вариационной статистики, и окончательные выводы делали по найденным средним арифметическим величинам, квадратическим отклонениям и средним ошибкам.

В итоге клинического исследования и статистического анализа данных было обнаружено, что воспалительный процесс в женской половой сфере приводит к изменениям белковых фракций крови, а именно — в острой стадии воспаления происходит увеличение α_1 - и α_2 -глобулиновой фракции и уменьшение γ -глобулинов; в хронической — наступает уменьшение альбуминов, увеличение глобулинов за счет α_1 - и α_2 -глобулиновых фракций, а также уменьшаются γ -глобулины.

В результате грязелечения наступает нормализация белковых фракций (кроме α_1 -глобулина) в том случае, если наступает рассасывание воспалительного процесса в гениталиях.

Поступила 15 декабря 1960 г.

О РАЦИОНАЛЬНОЙ АНТИБИОТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕНСКОЙ ПОЛОВОЙ СФЕРЫ

Асс. В. Н. Кирсанова

Кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета
(зав.— проф. С. М. Фой) и кафедра микробиологии (зав.— проф. С. И. Шеришорина)
Саратовского медицинского института

В литературе последнего времени появляется все больше сообщений о том, что роль стрептококка как основного этиологического фактора пuerперальной инфекции со времен Пастера значительно снижается и возрастает роль стафилококка (А. М. Долгопольская, Т. К. Орлов).

Следует отметить, что эффективность антибиотической терапии стафилококковых заболеваний значительно снизилась, что связано с развитием устойчивости этого возбудителя к антибиотикам. Можно полагать, что в настоящее время приобрела распространение новая разновидность стафилококка — пенициллиноустойчивый стафилококк (С. И. Шеришорина), из чего вытекает необходимость изыскания новых средств борьбы со стафилококковой инфекцией при различных воспалительных заболеваниях женской половой сферы и маститах.

Нами обследованы следующие больные: 1) с эндометритом после криминального аборта — 48 больных; 2) маститом — 16; 3) пельвеоперитонитом — 5; 4) послеродовым эндометритом — 3; 5) пиосальпинксом — 1.

Материал для бактериологического исследования забирался у больных 1 и 4-й групп стерильной бактериологической петлей из матки и цервикального канала. У больных 2-й группы посев гноя производился при вскрытии абсцесса, и у больных 3 и 5 групп производился посев пунктата заднего свода параллельно в сахарный бульон и на 5% кровяной агар.

Из 76 выделенных нами культур 54 были представлены стафилококком. При этом у 40 больных имела стафилококковая моноинфекция, у 4 — смешанная инфекция — стафилококк + стрептококк и у 10 — стафилококк и грам (+) палочка. Стрептококковая моноинфекция обнаружена лишь у 7 больных. У одной больной был выделен энтерококк.

В пробах на гемолитическую и плазмокоагулазу определялась патогенность выделенных культур стафилококка. Все они обладали резкой гемолитической способностью. 49 штаммов коагулировали цитратную плазму в течение 60 мин, 4 — в течение 20 мин, один этой способностью не обладал. Полученные данные позволяют отнести выделенные нами культуры стафилококка к группе патогенных. Чувствительность бактерий к пенициллину, стрептомицину, биомицину, левомицетину определялась методом антибиотических дисков, к тетрациклину — методом диффузии в агар.

Из 25 изученных штаммов стафилококка устойчивыми и слабо чувствительными к пенициллину были 25 штаммов, к стрептомицину — 19, к левомицетину — 22, к биомицину — 15 и к тетрациклину — 5. Следует отметить, что были устойчивы к антибиотическому действию тетрациклина лишь 2 штамма стафилококка. Таким образом, наибольшей антибиотической активностью в отношении стафилококка обладали, по нашим данным, препараты тетрациклинового ряда — тетрациклин и биомицин.

ЛИТЕРАТУРА

1. Долгопольская А. М. Акуш. и гинек., 1958, 1. — 2. Жмакин К. Н. Сов. мед., 1959, 10. — 3. Орлов Т. К. Акуш. и гинек., 1958, 6. — 4. Чистович Г. Н. Биологические характеристики стафилококков и их связь с условиями обитания этих микробов. Л., 1955.

Поступила 2 декабря 1960 г.