

За 1981—1982 гг. в родильном отделении на дороговой госпитализации находилось 42 беременные с тазовым предлежанием, у 37 из них мы пальпировали стреловидный шов головки плода. За этот период у 4 беременных решался вопрос о возможном перенашивании плода при тазовых предлежаниях. У всех у них без затруднений был пальпирован стреловидный шов, а у 3 из них — и большой родничок. Роды проведены консервативно.

Н., 30 лет, 4-я беременность, 2-е предстоящие роды. Поступила в отделение 21/II 1982 г. с диагнозом, поставленным в женской консультации: беременность 41 нед, гидрос, отягощенный акушерский анамнез, тазовое предлежание.

Первые роды произошли в срок, перенесла 2 медицинских аборта. Менструации появились с 15 лет и установились сразу через 28 дней по 3—4 дня, последние были 30/IV 1981 г. Сама считает, что беременность перенашивает 2 нед.

Проведено обследование: беременная правильного телосложения, удовлетворительного питания, ВДМ — 39 см, ОЖ — 104 см, положение плода продольное, предлежит подвижный тазовый конец, сердцебиение плода ясное, ритмичное до 138 уд. в 1 мин слева выше пупка. В правом подреберье отчетливо пальпируется стреловидный шов головки во фронтальной плоскости.

При влагалищном исследовании: влагалище рожавшей, шейка укорочена, размягчена, канал проходим для 1 пальца. Предлежат ягодицы, стоят высоко. Мыс не достигаем при возможности пальцев в 11,5 см. Диагноз: беременность 40 нед. Тазовое предлежание. Гидрос. Предусмотрено консервативное ведение родов.

8/III произошли роды с пособием по Цовьянову при чисто ягодичном предлежании. Родился доношенный новорожденный с оценкой состояния по Апгар в 9 баллов.

Исходя из нашего небольшого опыта считаем, что пальпация стреловидного шва и родничка через брюшную стенку в тазовом предлежании при известных условиях возможна и позволяет исключить перенашивание плода.

УДК 616.61—002.3—07:616.637—02:618.3

Г. К. Парафейник, А. А. Черкасова, Е. М. Клеменц (Куйбышев). Микробная флора мочи беременных при хроническом пиелонефрите

Исследования проведены у 512 беременных, из них у 296 был хронический пиелонефрит, у 101 — поздний токсикоз; 115 беременных составили контрольную группу.

Бактериологическое исследование мочи позволило обнаружить рост микробной флоры у 46,3% беременных, преимущественно в монокультурах (94,9%) и реже в ассоциациях (5,1%), причем кишечная палочка составляла 48,1%, стафилококки — 37,3% (из них патогенные — 84,1%), другие виды микробов — 14,6%. Бактериурия в различной степени выраженности установлена у 58,1%, к тому же истинная — у 36,9% женщин.

Асимптомная бактериурия среди 216 обследованных беременных (исключая больных с хроническим пиелонефритом) выявлена у 18,8%, причем у беременных с проявлениями позднего токсикоза в 16 раз чаще, чем у здоровых. Как правило, увеличение числа бактериологических находок соответствует тяжести течения позднего токсикоза: при водянке беременных микробная флора обычно не определяется, при нефропатии 1-й ст. бактериурия обнаруживается в 27,7% наблюдений, а при более тяжелых формах — в 57,1% случаев. Своевременное обследование беременных женщин с поздним токсикозом позволяет на более ранних этапах развития беременности не только установить латентно текущие формы хронического пиелонефрита, но и без промедления назначать необходимую комплексную терапию, способствующую благоприятному исходу развития беременности и родов.

Изучение выявленной микробной флоры мочи у 296 беременных, страдающих хроническим пиелонефритом, показало, что выделенные бактерии в первую очередь представлены кишечной палочкой (48,5%), стафилококками (41,3%) и реже другими видами микробов (10,2%).

По нашим данным, выделенная микробная флора оказалась резистентной к пенициллину в 76,2%, тетрациклину — 67,7%, стрептомицину — 61,1%, эритромицину — 61,6%, левомицетину — 55,1%, неомицину — 33,5%, мономицину — 20,5% и к нитрофуранам: солафуру — в 18,9%, фурагину — 21,1%, фуразолидону — 22,7% штаммов бактерий.

Наблюдается различная чувствительность выделенных культур стафилококков и кишечной палочки к антибактериальным препаратам; в частности к пенициллину стафилококки более восприимчивы (61,1%), чем кишечная палочка (22,2%), в то время как к нитрофуранам высокочувствительны и стафилококки (79,0%), и кишечная палочка (71,0%).

УДК 616.24—002—053.31—053.1—056.54

Р. А. Закирова (Казань). Особенности течения пневмонии у новорожденных с врожденной гипотрофией

Целью работы явилось изучение особенностей течения пневмонии у детей, родившихся в состоянии гипотрофии. Обследовано 42 ребенка: из них с гипотрофией 1-й ст.