

За 1981—1982 гг. в родильном отделении на дородовой 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%, левометицину — 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.

было 10 детей, со 2-й — 22 и с 3-й ст. — 10. Сравнение проводили с 15 новорожденными, больными пневмонией, которые имели нормальные показатели физического развития. Уровень общего белка в сыворотке крови определяли у 42 новорожденных, спектр изоферментов лактадегидрогеназы (ЛДГ) — у 30, из них у 10 здоровых детей.

Анализ показал, что дети с гипотрофией рождались в основном у матерей до 25-летнего возраста (28 из 42) и старше 40 лет, у которых отмечалось отягощенное течение беременности; токсикоз в I и 2-й половине беременности (19 из 42), угроза выкидыша в ранние сроки беременности (12), грипп (18), пневмония (5), сердечно-сосудистые заболевания (5), гнойничковые инфекции (4), пиелонефрит (2). Во время беременности они принимали различные лекарственные средства (28), имели профессиональную вредность.

Тяжелое состояние при пневмонии у новорожденных наблюдалось преимущественно при гипотрофии 2-й ст. (18 из 22) и у всех детей при гипотрофии 3-й ст. (10).

У детей с врожденной гипотрофией пневмония протекала на фоне нормальной (11 из 42) и субфебрильной температуры (19 из 42), со средней продолжительностью температурной реакции до 12 дней, а у детей без гипотрофии — 7 дней. Ведущими признаками интоксикации были общая вялость, нарушение сна, срыгивание, ухудшение аппетита, потеря массы тела, бледность и мраморность кожи, мышечная гипотония, снижение физиологических рефлексов. Одышка проявлялась поверхностным, учащенным дыханием до 70—80 в 1 мин, появлением пены у рта, цианозом носогубного треугольника и вокруг глаз или общим цианозом. При одышке наблюдалось втяжение мягких мест грудной клетки и участие в дыхании вспомогательной мускулатуры. У детей с гипотрофией 2 и 3-й ст. пневмония сопровождалась дыхательной недостаточностью 2 и 3-й ст. (24 из 32) и протекала с кардиоваскулярным синдромом (24 из 32): с бледностью или общим цианозом кожи, приглушенностью тонов сердца, тахикардией, увеличением печени до 3 см ниже края реберной дуги, появлением пастозности на ногах (5). У 11 детей из 42 констатированы гастроинтестинальные расстройства в виде срыгивания и частого жидкого стула без патологических примесей. У новорожденных без гипотрофии и с легкой степенью гипотрофии кардиоваскулярный синдром и гастроинтестинальные расстройства отмечались редко: соответственно у 2 из 15 и у 2 из 10. У новорожденных с гипотрофией 3 и 2-й ст. (у 3) пневмония сопровождалась уменьшением массы тела, а у 20 из 32 новорожденных с гипотрофией 1 и 2-й ст. — отсутствием прибавки массы. Задержки нарастания массы тела у детей с гипотрофией была более продолжительной, чем в сравниваемой группе: у первых — 7,3 дня, а у вторых — 3,8.

В разгар заболевания пневмонией у детей с гипотрофией местные симптомы были слабо выражены. Перкуторный звук не изменялся или определялось небольшое укорочение в паравертебральных областях, выслушивалось поверхностное, ослабленное дыхание без хрипов (35 из 42). В сравниваемой группе и у части детей с гипотрофией 1-й ст. (7) определялось эмфизематозное вздутие грудной клетки, коробочный перкуторный звук и на фоне жесткого дыхания — крепитирующие и мелкопузырчатые влажные хрипы.

Рентгенологически у многих больных выявлялись мелкоочаговые затемнения по всем долям легких. Осложнения в виде отита, междолевого плеврита, мастита, пиелонефрита и сопутствующие заболевания (энцефалопатия) более часто наблюдались у детей с гипотрофией (22%), чем в сравниваемой группе (8%). Анализы крови показали снижение гемоглобина до 1,5—1,7 ммоль/л, эритроцитов до $3,5 \cdot 10^{12}$ в 1 л. У детей с гипотрофией 2 и 3-й ст. при пневмонии не отмечались повышение уровня лейкоцитов и сдвиг формулы крови.

При биохимическом исследовании крови констатирована гипопроteinемия до 44 и 35 г/л при норме в 60 г/л ($P < 0,05$). У новорожденных без признаков гипотрофии и с легкими формами гипотрофии уровень сывороточного белка не изменялся (в среднем 61 г/л).

У детей с гипотрофией и без нее изменения уровня изоферментов ЛДГ при пневмонии были аналогичными.

У большинства больных симптомы пневмонии держались в среднем до 3—4 нед; среднее количество койко-дней в стационаре у детей с гипотрофией составляло 28 дней, в контрольной группе — 17. Выписаны с выздоровлением 38 детей, с остаточными явлениями — 4.

Таким образом, для пневмонии у новорожденных с гипотрофией 2 и 3-й ст. характерно преобладание симптомов общей интоксикации над местными в легких, затяжное течение заболевания, глубокие нарушения обмена, что подтверждается выраженной гипопроteinемией. Своевременное предупреждение врожденной гипотрофии и респираторных заболеваний у новорожденных позволяет снизить детскую смертность. Кроме того, в женских консультациях у беременных следует проводить профилактику факторов, отрицательно влияющих на течение беременности.