

ферации и нейронофагии. Диффузная пролиферация глии особенно была резко выражена в мозжечке, где вдоль клеток Пуркинье располагались в несколько слоев массивные глиальные тяжи.

В двух случаях обнаружены глиальные узелки в виде розеток, располагавшихся вблизи сосудов.

ВЫВОДЫ:

1. В основе описанных изменений в центральной нервной системе лежит, по-видимому, поражение сосудов мозга, являющееся выражением общего, характерного для ревматизма системного поражения сосудов. Проявлением его являются пролиферативные изменения в сосудистой системе (В. П. Белецкий и др.), нарушение ее проницаемости и связанные с этим циркуляторные расстройства и гипоксия.

2. Вегетативно-сосудистый синдром, отмечаемый клинически у больных ревматизмом, может быть объяснен поражением вегетативных аппаратов центральной нервной системы, расположенных в коре головного мозга и гипоталамической области.

3. Резкие изменения эпендимы желудочков и центрального канала, а также сосудистого сплетения и большая глиальная реакция под эпендимой позволяют предположить, что именно в этих местах происходит первичное соприкосновение инфекционного начала с центральной нервной системой.

ЛИТЕРАТУРА

1. Белецкий В. К. Тр. научн. конф. по пробл. ревматизма. М., 1957.
2. Блей Е. А. Тез. докл. сесс. АМН по ревматизму. М., 1958.
3. Будько Г. А. Тр. Смоленского мед. ин-та, 1957, т. 5.
4. Гасуль, Маврина. Юбил. сб., посвящ. 50-летию ин-та усоверш. врачей, Л., 1935.
5. Гринштейн А. М. Невропатология и психиатрия, 1958, 4.
6. Давыдовский Л. Я. Педиатрия, 1954, 5.
7. Израильская М. А. Арх. патол., 1956, 4.
8. Козлова З. Д. Вопр. педиатр., 1950, 4.
9. Леонова А. М. и Кенд В. В. Тез. докл. на сессии ин-та педиатрии АМН, 1956.
10. Пен Р. М. Педиатрия, 1953, 4.
11. Страхова М. П. Тр. 3-й павловск. конф. Томского мед. ин-та, 1953.
12. Талызин Н. К. Тр. Омского мед. ин-та им. М. И. Калинина, 1956, 20.

Поступила 28 апреля 1959 г.

САХАРНЫЙ ДИАБЕТ И БЕРЕМЕННОСТЬ

Доц. Н. Ф. Рыбкина

Из клиник госпитальной терапии (зав.—проф. В. Г. Вогралик) и акушерства и гинекологии (зав.—проф. Г. К. Черепакин) Горьковского медицинского института имени С. М. Кирова

Поскольку среди беременных встречаются больные сахарным диабетом, изучение особенностей течения этой болезни и, в свою очередь, — влияния диабета на течение беременности и родов — представляет практический интерес.

Углеводный обмен в период беременности отличается своей лабильностью. Г. Г. Гентер указывает, что почти у 10% беременных сахар на протяжении всей беременности временами выделяется с мочой.

По нашим данным, глюкозурия у беременных встречается редко. По родильному дому № 1 Горького из 47357 рожениц мы наблюдали глюкозурию лишь у двух, а по областной больнице им. Н. А. Семашко — у одной.

Причину глюкозурии одни авторы (Бло) видят в повышенной проницаемости почечного эпителия, другие (Гофбауэр) — в нарушении функции печени, а Г. А. Бакшт — в изменениях эндокринно-вегетативной системы. По мнению С. М. Лейтес, глюкозурия без гипергликемии, или так называемый почечный диабет, обуславливается нарушением ферментативных процессов в почках, лежащих в основе реабсорбции глюкозы.

Почечную форму диабета у беременных следует дифференцировать от панкреатического диабета.

Мы наблюдали 22 беременных, страдающих сахарным диабетом, из которых 10 с легкой формой, 7 — со средней и 5 — с тяжелой. Из 10 беременных с легкой формой сахарного диабета все были моложе 30 лет. Первородных было 8 и повторнородных — 2.

Во второй половине беременности у 50% мы отмечали уменьшение глюкозурии и гипергликемии, что, очевидно, зависит от компенсаторной роли островкового аппарата плода. В связи с этим дозы инсулина несколько уменьшали.

Дети у женщин, страдающих сахарным диабетом, рождаются больше по весу и размерам, чем у здоровых рожениц. Одни авторы считают, что крупный вес плода является следствием высокого содержания сахара в крови у беременных, другие объясняют это нарушением гормонального обмена, в частности — повышенной продукцией гормонов передней доли гипофиза и надпочечников. По нашему мнению, играют роль оба этих фактора.

При легкой форме сахарного диабета мы не наблюдали ухудшения его течения.

У 9 больных легкой формой сахарного диабета беременность закончилась нормальными родами, у одной они были преждевременными — 38 недель. У 6 из 10 дети имели размер до 56 см и вес от 3680 до 4000 г.

При средней форме сахарного диабета состояние здоровья в связи с беременностью часто ухудшается. Так, у 5 больных из 7 увеличился сахар крови, уменьшилась толерантность к углеводам. Во второй половине беременности временами наблюдался ацидоз. Причину ухудшения некоторые авторы объясняют повышенной пропускной способностью почек для сахара, другие — недостаточным усвоением углеводов, повышенной продукцией АКТГ.

Из 7 больных у одной беременность закончилась выкидышем, у другой — преждевременными родами; у 2 наблюдалось многоводие. Продолжительность родов была несколько больше нормальной. После родов у 5 пришлось увеличить количество вводимого инсулина.

У 5 больных тяжелой формой сахарного диабета с первых месяцев беременности увеличивались сахар крови и мочи, наблюдалась склонность к ацидозу.

Каждая последующая беременность ухудшает состояние здоровья в таких случаях.

Мы наблюдали одну беременную с тяжелым сахарным диабетом, закончившимся смертью.

6/VIII-54 г. врачом скорой помощи доставлена 28 лет первородная (24 недель) в тяжелом состоянии.

Б-ная истощена, сознание затемнено, дыхание шумное, кожа бледная, сухая. В легких сухие хрипы. Тоны сердца глухие. В моче сахар 2—4%, положительная реакция на ацетон. Сахар крови — 324 мг%.

За последний месяц стала много пить, худеть, присоединилась рвота.

Диагноз консультации — токсикоз беременности. Диагноз клиники — диабетическая кома, токсикоз беременности.

Были назначены инсулин через каждые 1,5 часа по 50 ед., глюкоза 40% — 20 мл, содовые клизмы, камфара, кофеин. Состояние прогрессивно ухудшалось, сознание не возвращалось, и через сутки наступила смерть.

Врачам женских консультаций следует помнить о возможности сахарного диабета при беременности и вовремя проводить исследование мочи и крови на сахар.

Течение беременности при тяжелой форме сахарного диабета мы изучали у 16 женщин на основании анамнеза, при этом у 4 наблюдался ранний токсикоз беременности, у 3 — преждевременные роды, у 2 —

выкидыши, у 4 — родоразрешение проведено досрочно, путем кесарева сечения.

Следовательно, при тяжелой форме диабета беременность сопровождается рядом осложнений, и исход во многом зависит от своевременного и систематического лечения и наблюдения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бакшт Г. А. Беременность и обмен веществ. Медгиз, 1929. — 2. Ген-тер Г. Г. Учебник акушерства, 1938. — 3. Лейтес С. М. Физиология и патология жировой ткани. Медгиз, 1954.

Поступила 6 мая 1959 г.

НЕКОТОРЫЕ БИОХИМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ СОСТАВА ОКОЛОПЛОДНОЙ ЖИДКОСТИ ПРИ МНГОВОДИИ

Мл. научн. сотр. А. М. Созанский

Из акушерско-гинекологического отдела Львовского научно-исследовательского института охраны материнства и детства (научный руководитель работы — доктор мед. наук А. И. Вылегжанин)

Биохимический состав околоплодной жидкости при беременности, осложненной многоводием, по существу, не изучен, хотя он представляет интерес для выяснения механизмов многоводия, профилактики и лечения.

Нами изучено содержание сахара, хлоридов, мочевины, остаточного азота и общего количества белка в околоплодной жидкости у 11 беременных, страдающих многоводием.

Диагноз многоводия у них был поставлен на основании клинического исследования и затем подтвержден измерением количества околоплодной жидкости, полученной при родах.

Многоводие развилось в сроки беременности от 21 до 40 недель. Только у четырех из них беременность закончилась срочными родами; у остальных наблюдались преждевременные роды или поздние аборт. У одной был поздний токсикоз в легкой форме. Реакция Вассермана у всех была отрицательной. Из 11 родившихся плодов у трех имелись уродства: у одного — анэнцефалия, у двух — *spina bifida*, сочетавшаяся у одного из них с гидроцефалией. У одного новорожденного отмечены общая отечность и петехиальная сыпь на коже. Один ребенок погиб во время родов. Из 10 детей, родившихся живыми, 5 умерло в первые сутки после родов.

Количество околоплодной жидкости колебалось от 2 500 до 12 000 мл. У 10 беременных было хроническое многоводие, и у одной — острое, с типичной клинической картиной. Мы сопоставили результаты исследований околоплодной жидкости при многоводии и нормальной беременности.

Содержание сахара в околоплодной жидкости при многоводии колеблется в тех же пределах, что и у здоровых (соответственно 6—40 мг% и 5—64 мг%). Для нормально развивающейся беременности с увеличением ее срока характерно постепенное снижение содержания сахара в околоплодной жидкости. При многоводии в ранние сроки беременности (от 21 до 31 недель) количество сахара в околоплодной жидкости нередко меньше (от 12 до 24 мг%, в среднем — 17,5 мг%), чем у здоровых (38 мг%).

Содержание хлоридов колебалось от 593,02 до 690,65 мг%, в норме в среднем 625,7 мг%, при отсутствии значительных колебаний в разные сроки. Только у одной женщины с острым многоводием на 21-й неделе