

Для успешного решения поставленной задачи особенно важна своевременная диагностика. До настоящего времени единственным методом диагностики сальмонеллезной инфекции является бактериологический. Однако общепринятое микробиологическое исследование предусматривает затрату значительного времени на выделение и идентификацию возбудителя. Поскольку причиной внутрибольничной инфекции может быть запоздавшая информация о результатах бактериологического исследования, то становится очевидным, что в повседневной эпидемиологической практике (при профилактике внутрибольничных инфекций) такая система идентификации должна быть дополнена методами ранней диагностики. Эти методы, в первую очередь, иммунологические (выявление антигенов), по сравнению с бактериологическим занимают меньше времени, а положительный результат исследования дает все основания для организации противоэпидемических мероприятий.

НИИ эпидемиологии, вирусологии
и медицинской паразитологии
им. А. Б. Алексаняна

Поступила 20/XII 1986 г.

ЛИТЕРАТУРА

1. Килессо В. А. Воротынцева Н. В., Выдрина Е. И. и др. В кн.: Актуальные вопросы эпидемиологии и инфекционных болезней. Саратов, 1976, с. 15.
2. Рожнова С. Ш. Автореф. дис. канд. М., 1979.
3. Покровский В. И., Рише Х., Килессо В. А. и др. Ж. микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии, 1982, 12, с. 60.
4. Котова А. Л. Автореф. дис. докт. М., 1982.
5. Маленишвили Л. И. Методические рекомендации, Тбилиси, 1981, с. III.
6. Мартсон М. А. I Всесоюзный съезд инфекционистов (диагностика, патогенез, лечение и профилактика острых кишечных инфекций и вирусного гепатита. Тез. докл.). Киев, 1979, с. 71.
7. Rowe B., Frost J. A., Threlfall E. J., Ward E. R. Lancet, 1980, 8177, 1070.

К. Г. КУТОЯН, Э. С. ОВАКИМЯН

ОЦЕНКА ТЯЖЕСТИ РВОТЫ БЕРЕМЕННЫХ ПО БАЛЛЬНОЙ СИСТЕМЕ

Рвота беременных—сложный клинический синдром раннего токсикоза беременных, для которого характерным являются пищеварительные расстройства, нередко приводящие к нарушению обмена веществ, электролитного баланса, дегидратации и обеднению углеводами, нарушению КЩР вследствие потери хлоридов. За счет обеднения печени гликогеном усиливается распад жиров с накоплением в крови продуктов их распада. Развивается метаболический ацидоз в сочетании с гипоканиемией.

Степень тяжести рвоты беременных характеризуется изменением температуры тела, снижением веса, АД, пульса, ацетонурией. Одним из основных показателей является частота рвоты.

В литературе мы не встретили работ, касающихся оценки тяжести рвоты беременных по балльной системе.

На основании изучения 360 историй болезни беременных, страдающих рвотой беременных, не осложненных какими-либо другими заболеваниями, нами выведена шкала для оценки тяжести рвоты беременных по балльной системе.

В основу были взяты следующие клинические проявления: частота рвоты в течение суток; снижение веса тела с началом рвоты; температура тела; данные артериального давления; данные пульса; ацетонурия.

Оценка произведена по 3-балльной системе: сравнительно легкое проявление данного симптома—1, среднее—2, тяжелое—3 балла.

1. Частота рвоты: до 5 раз в сутки—1, до 10 раз—2, 10 и больше—3 балла;

2. Температура тела: нормальная—1, субфебрильная—2, выше субфебрильной—3 балла.

3. Снижение веса тела: 2—3 кг—1, 3—5 кг—2, от 5 кг и выше—3 балла.

4. Артериальное давление: 110/65—1, 100/60—2, 90/50 и ниже—3 балла.

5. Пульс: ленивый 70—80 уд/мин—1, тахикардия до 100/мин—2, тахикардия 100 и выше—3 балла.

6. Ацетонурия: реакция слабоположительная (+)—1, положительная (++)—2, резко положительная (+++), (++++)—3 балла.

На основании суммирования баллов выведена степень тяжести рвоты беременных. Сумма баллов, равная 5 и менее, оценена как легкая степень рвоты беременных; от 5 до 10 баллов—как средняя и 10 баллов и выше—как тяжелая.

Предложенная нами шкала выглядит следующим образом.

Шкала оценки тяжести рвоты беременных

Частота рвоты	Снижение веса	Температура тела	АД	Пульс	Ацетонурия	Общая сумма баллов
---------------	---------------	------------------	----	-------	------------	--------------------

Оценка тяжести рвоты беременных по балльной системе удобна, дает возможность наиболее правильной оценки состояния беременной, динамического наблюдения и своевременного согласно состоянию проведения комплексной терапии.

Учитывая недостаточную информативность общепринятых методов исследования рвоты беременных, мы изучили уроганиназную и гистидазную активность в сыворотке крови у беременных с ранним токсикозом согласно предложенной шкале. Обнаружение этих ферментов в сыворотке крови свидетельствует о повышенной проницаемости мембран гепатоцитов или лизисе печеночных клеток.

Обследовано 35 женщин, страдающих рвотой беременных, которые были подразделены на 3 группы согласно степени тяжести. При обследовании было обращено внимание на склонность к запорам, бо-

лям в области живота и эпигастрии, на явления метеоризма: жалобы, характерные для заболеваний желудочно-кишечного тракта.

При анализе данных обследования страдающих рвотой беременных женщин выявлено повышение гистидазной и уроканиназной активности— $3,8 \pm 0,29$ и $5,8 \pm 0,3$. При разграничении по степени тяжести рвоты беременных получены следующие данные: при легкой степени гистидазная и уроканиназная активность составляли $2,4 \pm 0,28$ и $3,9 \pm 0,31$, при средней степени— $3,32 \pm 0,23$ и $6,14 \pm 0,2$ и при тяжелой степени соответственно— $5,7 \pm 0,3$ и $6,28 \pm 0,45$ ед. Таким образом, активность ферментов гистидазы и уроканиназы повышается соразмерно тяжести рвоты беременных.

При сопоставлении результатов исследований ферментативной активности с данными, полученными с помощью разработанной нами шкалы тяжести рвоты беременных по балльной системе, почти не получено расхождений. Это дает нам основание для рекомендации применения шкалы в практической деятельности, учитывая доступность и простоту ее использования.

Кафедра акушерства и гинекологии
Ереванского медицинского института

Поступила 10/V 1987 г.

ХРОНИКА

ЧЕТВЕРТЫЙ ВСЕМИРНЫЙ КОНГРЕСС АРМЯНСКИХ ВРАЧЕЙ

К.Г. КАРАГЕЗЯН

Институт экспериментальной биологии АН АрмССР

20—22 мая 1988 г. в Лос-Анджелесе (Калифорния, США) состоялся IV Всемирный конгресс армянских врачей, организованный Калифорнийской ассоциацией врачей-армян. Президентом и руководителем организационного комитета был проф. Джон Касабян. В работе конгресса приняли участие более 500 делегатов из 18 стран мира: США, Канады, СССР, Франции, Аргентины, Мексики, Пуэрто-Рики, Испании, Швейцарии, Италии, Швеции, Ирана, Ирака, Сирии, Ливана и др.

Советскую делегацию в составе 5 человек возглавлял министр здравоохранения Армянский ССР, член-корреспондент АН АрмССР, доктор медицинских наук профессор Э. С. Габриелян. Членами делегации были: академик АН АрмССР А. А. Галоян (директор Института биохимии АН АрмССР, доктор биологических наук профессор), член-корреспондент АН АрмССР С. Х. Авдалбекян (ректор Ереванского института усовершенствования врачей Минздрава СССР, доктор медицинских наук, профессор), член-корреспондент АН АрмССР К. Г. Карагезян (директор Института экспериментальной биологии АН АрмССР, доктор биологических наук, профессор), помощник президента АН АрмССР по иностранным связям Р. А. Шакарян. Все члены делегации АН АрмССР—выпускники Ереванского государственного медицинского института, представляли на конгрессе различные направления медицинской науки.

Конгресс открылся 20-го мая в одном из крупнейших залов гостиницы «Реджестри», украшенной государственными флагами США и АрмССР. С его высоких трибун прозвучали приветственные речи президентов исполнительного и организационного комитетов конгресса, проф. Мисака Барсамяна и Джона Касабяна. Под бурную овацию собравшихся Р. А. Шакарян зачитал приветственный адрес президента АН АрмССР академика В. А. Амбарцумяна. В его послании добрые пожелания работе конгресса были украшены хронологией выдающихся открытий врачей-армян во все периоды становления мировой цивилизации, нашедших достойное место в сокровищнице передовой