

брюшной стенки над симфизом матки не обнаружено. Поставлен диагноз: острый самопроизвольный выворот матки. Под закисно-кислородным наркозом и внутривенным введением 2 мл 1% раствора промедола произведены ручное отделение плаценты и вправление матки. Плацента была прикреплена ко дну матки. Кровотек составил 1400 мл. Внутримышечно введен 1 мл метилэргометрина и начата трансфузия одногруппной крови и кровезаменителей. Кровотечение прекратилось.

Через 1 ч 20 мин повторился приступ резких болей внизу живота, отдающих в задний проход. Над симфизом при пальпации определено воронкообразное углубление, возобновилось кровотечение из половых путей. Поставлен диагноз — рецидив выворота матки. Состояние родильницы ухудшилось, появились симптомы геморрагического шока. Одновременно с инфузионно-трансфузионной терапией под закисно-кислородным наркозом повторно произведено вправление матки. Когда врач попытался извлечь свою руку из матки, ее дно вновь стало выворачиваться в полость. Во избежание рецидива выворота матки акушер был вынужден держать руку в полости матки в течение 20 мин. Одновременно проводился круговой массаж матки через брюшную стенку. Только убедившись в том, что дно матки не выпячивается в полость, врач извлек свою руку. В полость матки был введен метрейринтер емкостью 500 мл, влагалище туго затампонировано марлей. Кровотек достиг 1900 мл. Проводились массивная гемотрансфузия и инфузионная терапия с помощью кровезаменителей, бикарбонатов, белковых препаратов. Метрейринтер удален через 6 ч. В послеродовом периоде 4 раза выполнялась гемотрансфузия с одновременной антибактериальной и витаминотерапией.

Выписана на 16-й день в удовлетворительном состоянии с живым ребенком. Нб — 1,7 ммоль/л.

Окончательный диагноз: роды первые, срочные, вторичная слабость потуг, анемия беременной, раннее отхождение околоплодных вод, острый самопроизвольный выворот матки, кровотечение в послеродовом и раннем послеродовом периодах, постгеморрагический шок III степени, разрыв промежности II степени.

А., 24 лет, поступила 10.11.83 г. в 12 ч 10 мин в родильное отделение 4-й горбольницы г. Казани. Менструации — с 12 лет, через 30 дней по 4 дня, цикл установился сразу. Замужем с 20 лет. Беременность третья, роды первые. Первые две беременности завершились самопроизвольными ранними выкидышами. Наследственность не отягощена. Беременность протекала без осложнений.

Поступила в родильное отделение после отхождения околоплодных вод без родовой деятельности с диагнозом: беременность 38 нед., преждевременное отхождение околоплодных вод. Назначены глюкозо-гормонально-витаминно-кальциевый фон и вызывание родовой деятельности по методу Штейна—Курдиновского. Родовая деятельность началась в 18 ч того же дня. Продолжительность первого периода родов — 12 ч 30 мин, второго — 40 мин.

11.11.83 г. в 7 ч 10 мин родился живой мальчик с массой тела 3450 г, длиной 51 см. Через 15 мин после рождения плода самостоятельно родился послед с опухловидным образованием 18×15 см плотной консистенции, покрытым плодовыми оболочками, из оболочки выделилось 500 мл крови, кровотечение продолжалось.

Поставлен диагноз: родившийся субмукозный узел матки, к которому прикреплена плацента. Для остановки кровотечения наложена мощная лигатура на «ножку» опухоли и решено произвести надвлагалищную ампутацию матки. В 8 ч начата лапаротомия, одновременно гемотрансфузия, инфузионная и медикаментозная терапия геморрагического шока. После вскрытия брюшной полости установлен выворот матки. Проводимая терапия эффекта не дала, и в 9 ч 10 мин наступила смерть женщины. Выполненный объем операции — разрез брюшной стенки. Причина смерти: острая постгеморрагическая анемия, гиповолемический и травматический шок вследствие острого выворота матки.

Наши наблюдения свидетельствуют о необходимости своевременной диагностики выворота матки как важнейшего условия для успешного лечения этой патологии. Распознавать выворот матки несложно, если помнить о его возможности: при пальпации живота над симфизом тело матки отсутствует, а при двуручном исследовании на месте предполагаемого тела матки определяется воронкообразное углубление. При родившемся субмукозном узле тело матки будет находиться на своем месте.

УДК 576.851.232:576.8.095.38:576.8.093.1 (470.51)

Л. А. Зарифуллина, Б. Я. Усвятцов, П. С. Тимонов, Г. П. Трифонова, Р. Б. Гайнуллина, Р. М. Мирдафатихова, Г. Г. Татарникова (Устинов). Менингококковое носительство и серологический пейзаж менингококков

На менингококковое носительство в марте 1984 г. обследованы учащиеся четырех ПТУ и студенты медицинского института г. Устинова. Кроме уровня менингококкового носительства изучали серологический пейзаж циркулирующих штаммов, а также проводили апробацию метода выделения менингококка из носоглоточной слизи с использованием среды Игла для накопления.

Обследовано 854 человека, среди которых выявлено 123 (14,4%) носителя. При изучении штаммов установлено, что от носителей выделены штаммы менингококков

с обычной для данного вида биологической характеристикой. Использование сред, приготовленных на рыбной пасте и бульоне Хоттингера, не отразилось на основных признаках микроба (морфологических и культуральных свойствах, биохимической активности, агглютинабельности). Анализ носительства проведен с учетом результатов серологического группирования выделенных культур. Обнаружено, что из 123 штаммов к серогруппе В принадлежали 29 (23,6%), С — 8 (6,5%), D — 1 (0,8%), X — 5 (4,1%), Y — 20 (16,3%), Z — 2 (1,6%), 135W — 2 (1,6%), 29E — 10 (8,1%); 16 (13%) штаммов не агглютинировались, 27 (21,9%) оказались полиагглютинабельными, 3 (2,4%) давали спонтанную агглютинацию.

СОЦИАЛЬНАЯ ГИГИЕНА

УДК 616.24—002.2—053.2—08—039.57

РЕАБИЛИТАЦИОННАЯ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ С БРОНХОЛЕГОЧНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В ПОЛИКЛИНИКЕ

М. П. Головина, В. Г. Мустафина, Ф. М. Нургатина

*Детская поликлиника № 2 (главрач — заслуж. врач ТАССР Д. Ш. Богданов),
г. Брежнев, ТАССР*

В целях улучшения медицинского обслуживания диспансерных больных в 1976 г. в детской поликлинике, обслуживающей 53000 детей, на базе отделений лечебной физкультуры и физиотерапии было организовано отделение реабилитации.

Материально-техническую базу отделения составляют кабинеты светолечения (в том числе фотарий), теплолечения, витаминно-кислородных коктейлей, массажа, ингаляций, зал лечебной гимнастики, лечебный бассейн и кабинет по обучению плаванию детей грудного возраста.

Медицинскую помощь детям в отделении реабилитации оказывают следующие специалисты: педиатр, он же заведующий отделением (1), врач по лечебной гимнастике (1), физиотерапевт (1), инструкторы по лечебной гимнастике (2) и по плаванию (4), массажисты (3), медсестры физкабинетов (10), медсестра (1). Весь медицинский персонал получил специальную подготовку на базе Республиканского врачебно-физкультурного диспансера и Республиканской детской клинической больницы.

На лечение в отделении реабилитации принимаются больные ортопедического, травматологического, неврологического, хирургического и педиатрического профилей. В соответствии с рекомендациями Министерства здравоохранения СССР группу больных педиатрического профиля составляют дети с поражением бронхолегочной системы: с острыми, затяжными и хроническими пневмониями, затяжными и рецидивирующими бронхитами, бронхиальной астмой, частыми простудными заболеваниями. В группу больных хронической пневмонией нами включены лица с деформирующим бронхитом, подтвержденным в основном только рентгенологически (двоим проведена бронхоскопия), и дети после операции по поводу бронхоэктатической болезни.

Педиатрические больные поступают в отделение по направлению участковых врачей после санации зубов и ЛОР-органов, клинического анализа крови, общего анализа мочи и кала на яйца гельминтов. На каждого больного заводится своего рода история болезни, куда заносятся данные наблюдений за ним в период лечения в отделении.

Данные антропометрии и функциональных проб регистрируются по форме 42, с которой больной приходит на занятия в зал лечебной гимнастики или лечебный бассейн. Из функциональных проб проводится определение подвижности различных отделов грудной клетки, жизненной емкости легких, сократительной способности легочной ткани, функции диффузии и вентиляции легких, а также проба Шлакова.

Исходя из результатов клинического обследования, лабораторных данных и функциональных проб, больным назначается комплексное лечение и двигательный режим с достаточным пребыванием на воздухе, полноценное питание. В лечении больных широко используются лечебная гимнастика, массаж, водные процедуры, электро- и светолечение, ингаляции, витаминно-кислородные коктейли, тепловые процедуры в сочетании с медикаментозной терапией (витамины, ферменты, антиспастики, иммуностимуляторы, десенсибилизирующие и противовоспалительные средства).

Отделение работает в две смены. В зависимости от профиля заболевания, времени учебы в школе или пребывания в детском комбинате поступающие в отделение боль-