

язв исчез, отделяемое резко уменьшилось, запах пропал. Начали разрастаться грануляции, а с периферии, в виде фиолетового ободка, шла эпителизация. 13/1 39 г., т. е. через 18 дней, наступило заживление язв правой голени, а 2/II-39 г., т. е. через 37 дней, зажили язвы левой голени. Таким образом, язвы, которые существовали у больного 15 лет, зажили при нашем лечении в 5 недель.

Маз. Н. Ф., ист. бол. № 436, 46 лет, колхозник, поступил в фак. хирург. клинику 19/X-38 г. с открытым повреждением правого локтевого сустава, осложненным септико-пиемией. 7/X 33 г., работая по мельнице, больной по неосторожности попал в приводной ремень и был прижат к шкиву. В результате получил перелом ребер и открытое повреждение правого локтевого сустава. С 7/X 38 г. лечился в районной больнице, а затем был переведен в нашу клинику.

Анамнез. Наследственность здоровая. Из перенесенных болезней отмечает лишь сыпной тиф 1920 г. Больной правильного телосложения. Удовлетворительного питания. Кожа и видимые слизистые бледны. Внутренние органы без особых изменений. Пульс 119 в минуту, удовлетворительного наполнения. Вся правая рука отекает. Кожа области локтевого сустава гиперемирована. Правосторонние подмышечные лимфатические железы увеличены. На наружно-передней поверхности правого локтевого сустава имеется рана размерами 10×8 см, в виде непр вильного четырехугольника, в которой видны обнаженные суставные концы костей плеча и предплечья. Местами они лишены хрящевого покрова и частично размяты. Рана имеет пышные, кровоточащие грануляции и обильное гнойное отделяемое, в котором бактериологически обнаружены золотистый стафилококк и вульгарный протей.

Исследование крови: лейкоцитоз 12000, гемоглобин 65%, РОЭ — 56 мм в час. Моча — норма. На рентгенограмме правого локтевого сустава виден клиновидный эффект в надмышцелковой области плечевой кости. Вывих головки лучевой кости со смещением кзади. Контуры мягких тканей нарушены и в их тени отмечается наличие воздуха. На пораженную конечность больного была наложена мостовидная гипсовая повязка. Для борьбы с общей инфекцией больному внутривенно вводился 40% раствор уротропина, а на рану ежедневно применялась сухая, рыхлая асептическая повязка.

В течение 5 недель рана хорошо заполнялась грануляциями и гнойное отделяемое резко уменьшилось. От первоначальных ее размеров осталась 1/3 раневой поверхности, но на этом заживление ее и остановилось. Применение стерильного вазелинового масла, рыбьего жира оказалось безуспешным. 2/XII-38 г. начато лечение раствором концентрата витамина С. Через несколько перевязок грануляции раны ожили и вновь стали заполнять ее с последующей эпителизацией. Через 34 дня наступило заживление раны, и больной выписан домой в хорошем состоянии.

Поступила 9. V. 1939.

Е. М. СУХАНОВ и К. Г. МАЗОХИНА

К вопросу о взаимоотношении малярии, беременности и родов

Из акушерско-гинекологической клиники (директор проф. А. И. Малинин) Казахского мединститута им. В. М. Молодова

Желая уточнить связь между малярией, беременностью и родами и в особенности выявить влияние малярии на послеродовой период, мы уделили внимание этому вопросу в работе нашей клиники.

По мнению Лаверана беременность не предрасполагает женщину к заболеванию малярией, но и не предохраняет от нее. На основании имеющихся литературных данных и наших наблюдений, мы также считаем, что заболеваемость малярией при беременности не увеличивается; следовательно беременность не предрасполагает к этому заболеванию, но при ней чаще наблюдается малярия в более тяжелой форме, чем у небеременных (Фридман, Кисель и др.).

Беременность при заболевании малярией, по наблюдению Соловьева и Гота, довольно часто заканчивается выкидышем, который происходит обычно после окончания малярийных приступов и, повидимому, зависит от воздействия плазмодийных токсинов.

Малярия прерывает беременность, делает женщину нередко стерильной, уменьшая таким образом число деторождений. Все это заставляет отнести к вопросу о влия-

янии малярии на беременность, к вопросу мало изученному, но имеющему большое значение, с большей серьезностью.

Повседневное наблюдение показывает, что малярия не является заболеванием, при котором обязательно должно произойти нарушение беременности. Во многих случаях беременность заканчивается нормальными родами, но дети, родившиеся от малярийных матерей, имеют меньший вес, хуже приспосабливаются к внешним условиям (Гот, Кочановский), вследствие чего жизнеспособность их понижается. Положением ухудшалось тем, что лечить малярию хинином при беременности раньше боялись, считая его абортным средством. Теперь же устанавливается научный взгляд, что хинин вызывает сокращение матки только в период сократительной деятельности (аборт или роды), вне этого хинин не действует на мускулатуру матки, следовательно, показан для лечения малярии при беременности не только для лечения матери, но и для сохранения беременности (Цитович).

Роды при заболевании малярией протекают нормально; лихорадка во время родов часто прекращается, но затем через несколько дней снова вспыхивает. Анализ этого явления еще не ясен. Нередко у женщин, длительно не имевших припадков малярии, они появляются в послеродовом периоде; обратное развитие матки часто бывает замедленным.

Если мы знаем, что различные обстоятельства, как душ на селезенку, кровопускание, ушибы, вспыскивание адреналина провоцируют скрытую малярию, то не будет удивительным провокационное действие родов на скрытую малярию, так как при повышенной мышечной работе наблюдается повышенная адреналинемия с последующей гликозурией, весьма благоприятные условия для развития плазмодиев. Отсутствие гнойных очагов в гениталиях, увеличение и плотность селезенки, желтушность родильниц — обычно наводит мысль на правильный диагноз, который подтверждается нахождением плазмодиев в крови.

Интересуясь вопросом влияния малярии на течение родов и послеродового периода, мы проводили наблюдения в течение года. Всего обследовано нами 270 родильниц, имевших в анамнезе заболевание малярией. Из 270 родильниц (8 или 2,9%) заболели малярией во время настоящей беременности, все остальные (74,8%) болели малярией и до нее. Возраст наших больных: до 20 лет — 46 сл. (17%), с 21 до 30 лет — 155 сл. (57,4%) и с 31 до 40 лет — 69 сл. (25,6%).

На первый взгляд кажется, что наиболее благоприятным для заболевания малярией является возраст от 21 до 30 лет, т. к. по нашим данным 57,4% больных малярией падало на это возраст. Однако делать категорический вывод на небольших цифрах мы не можем, тем более, что вообще большинство поступающих рожениц относится к этому возрасту.

Рецидив малярии в послеродовом периоде нами наблюдался у лиц, заболевших малярией во время настоящей беременности, в 21 сл. — 30,8%, а у болевших до настоящей беременности в 8 сл. — 3,3%.

В каждом из этих случаев производилось тщательное исследование крови, причем в 20 случаях найдены плазмодии малярии. Остальные случаи, где плазмодии не были в крови обнаружены, но клиническая картина ясно указывала на рецидив малярии, мы также регистрировали, как малярию. Правильное чередование приступов, увеличенная селезенка, желтушность родильниц, отсутствие объективных данных заболевания гениталий, измерение температуры через два часа и хорошие результаты лечения хинином подтверждали правильность диагноза.

Лечение проводили: раствор хинопина 1,5—2,0 подкожно в начале приступа или же хинин 0,5 за 5 час. до приступа и повторно ту же дозу за один час до приступа. Трех-четыре инъекций обычно было достаточно для купирования приступа малярии.

Таким образом мы можем отметить, что роды и послеродовый период, связанные с потерей крови, с предшествующей гипердрениемией и гипергликозурией, вследствие ослабления организма, могут провоцировать малярию. Малярия чаще может быть спровоцирована в послеродовом периоде у лиц, имевших клиническое проявление малярии во время данной беременности. Поэтому малярия, клинически отмеченная во время беременности, требует особо тщательной и систематической терапии в целях избежания провоцирования в послеродовом периоде.

Поступила 23.V. 1939.