

9/VII-60 г. мать вновь привезла девочку для лечения лучами радия в областной онкологический диспансер. 13/VII после предварительного удаления из влагалища гроздевидных масс произведена укладка препарата радия на 24 часа.

Больше зарядок ребенку не производилось, так как состояние стало прогрессивно ухудшаться. Развился перитонит.

При нарастающей интоксикации и диффузном метастазировании девочка умерла 13/VIII-60 г.

Поступила 15 февраля 1961 г.

СПОНТАННЫЙ РАЗРЫВ МАТКИ НА РАННЕМ СРОКЕ БЕРЕМЕННОСТИ

Е. Ф. Коновалов

Линейная больница ст. Бузулук
(главврач — С. И. Дудось) Куйбышевской железной дороги

Самопроизвольный разрыв матки в первой половине беременности встречается редко. По данным Л. С. Персианинова (1952), на 262 случая разрыва матки 24 (9,1%) произошли во время беременности, и из них только 5 — в первой ее половине.

Диагностика разрыва матки во время беременности трудна, а разрыв в ранние сроки беременности обычно не распознается. В этих случаях ставится диагноз кишечной непроходимости, аппендицита, прервавшейся внemаточной беременности, осложненного самоизвольного выкидыша или же внутреннего кровотечения неизвестной этиологии (В. Г. Линников, 1936; Е. А. Майзель, 1937; В. Малявинский, 1933; Л. С. Персианинов, 1947).

Приводим собственное наблюдение:

15/IX 1958 г. поступила больная М., 31 года. Замужем 2 года, последняя менструация в конце мая 1958 г. Первая беременность в 1948 г. закончилась самопроизвольными родами мертвым плодом весом 5100,0. Роды продолжались 48 часов. Послеродовый период осложнился метроэндометритом, пельвеоперитонитом, тромбофлебитом. На протяжении последующих 10 лет находилась под наблюдением женской консультации и периодически получала противовоспалительное лечение.

Считает себя беременной. Заболела на работе, появились сильные ноющие боли внизу живота, была немедленно госпитализирована. Через некоторое время появилась рвота и жидкий стул.

Общее состояние удовлетворительное, пульс — 92, хорошего наполнения, АД — 120/70. Кожа и видимые слизистые нормальной окраски. Живот мягкий, несколько болезнен в нижних отделах. Матка увеличена соответственно 16 неделям беременности, болезненна при смещении. Придатки без изменений. Выделения слизистые. Заподозрен угрожающий выкидыш и назначен постельный режим, внутримышечно прогестерон, опий и валериана в каплях.

На двенадцатый день состояние резко ухудшилось. Появилась бледность кожных покровов и видимых слизистых, которая быстро нарастала. Температура — 37,5°, пульс — 120, ритмичный, удовлетворительного наполнения, АД — 110/60. Живот напряжен, симптом Щеткина положительный, язык влажный, обложен. Рвота участилась. Стула не было. При бimanualном исследовании из-за напряжения передней брюшной стенки и болезненности определить матку и придатки не удалось. Выделения из влагалища слизистые, белые. Поставлен диагноз кишечной непроходимости. Больная 26/IX экстренно оперирована.

При вскрытии брюшной полости обнаружены большое количество жидкой крови и сгустков и разрывы матки, идущий по ее дну от одного угла к другому. Через разрыв в брюшной полости выпал плод с оболочками, послед частично выступал через разрыв. Длина плода — 14 см. Стенка матки в месте разрыва тонка, имеет вид белесоватого листка, к ней по задней части приращена плацента. Плацента с трудом отделена. Края разрыва иссечены и ушиты двухэтажным узловатым кетгутовым швом. Швы прикрыты свободным кусочком сальника.

Из-за тяжелого состояния больной стерилизация не была произведена, перелито 250 мл крови. Послеоперационный период протекал без осложнений. На 26 день больная выписана.

Причину спонтанного разрыва следует искать в тяжелой инфекции после первых родов, а возможно, и в глубоком врастании ворсин в стенку матки. Разрыв был диагностирован только во время операции, явно с опозданием. Нарастающий анемии не придавалось должного значения.

В 1960 г. больная снова забеременела. Рекомендовано сделать аборт, от которого больная категорически отказалась. До 23 недель беременности состояла под наблюдением консультации и затем госпитализирована. Беременность протекала нормально. Роды осложнены преждевременным отхождением вод. Учитывая отягощенный аку-

М. Л. Орр и др., 1954), которые, пользуясь грубыми морфологическими методами исследования, пришли к выводу о малой токсичности хлористого метиленена. И. П. Уланова (1954) при гистологическом исследовании органов экспериментальных животных, погибших в результате хронического воздействия хлористого метиленена, нашла изменения главным образом в головном мозгу и в печени. В печени у животных она обнаружила выраженное диффузное размножение ретикуло-эндотелиальных элементов, а также мелкокапельное ожирение и паренхиматозное перерождение клеток.

Что же касается сведений о влиянии хлористого метиленена на организм человека при хронической интоксикации, то они совершенно недостаточны.

В связи с этим мы и поставили перед собой задачу исследовать состояние печени у работающих с хлористым метиленом и метанолом в обследованных нами производственных помещениях. А. А. Терентьева (1949), Э. М. Бонгард и А. Г. Иванова (1956), описывая клинику острой интоксикации хлористым метиленом, находили изменения главным образом в печени и почках. Они считают, что этот яд обладает общетоксическим действием.

И. Е. Голубовским (1960) исследовалось состояние внутренних органов у 125 рабочих, особое внимание уделялось состоянию печени при этой интоксикации. Основную массу исследуемых составляли женщины (90%) со стажем работы с хлористым метиленом и метанолом до 3 лет (82%) и до 5 лет (18%).

Жаловались на боль в правом подреберье 33 (26%), тошноту — после приема жирной пищи — 21 (16%), рвоту — 2 (2%), горечь по утрам во рту — 19 (14%), плохой аппетит — 16, на боль в области сердца — 12 (9%), быструю утомляемость — 35 (28%), головную боль к концу смены — 55 (44%), раздражительность — 15 (12%), тревожный сон — 10 (8%). Печень пальпировалась у 26 (21%), причем у 15 была болезненна (12%). Желтушность мягкого нёба определялась у 12 (9%), симптом Ортнера и Кера — у 6 (4%), глухость сердечных тонов — у 23 (18%), боль по ходу толстого кишечника — у 12 (9%) и увеличенная щитовидная железа — у 11 (8%).

Из 125 исследованных у 59% активность фосфатазы крови была нормальной, у 30% — несколько повышенной и у 11% — значительно повышенной (от 6 до 10 и более ед. по Боданскому).

Билирубин крови у 74% был в норме и у 21% — несколько повышен (от 0,7 до 1,0 мг%), у 5% был от 1,0 до 2 и более мг%.

Сахар в крови натощак у 35% колебался от 75 до 60 мг% и у 5% был ниже 60 мг%. Протромбин у 30% колебался от 85 до 67% и у 4% — от 67 до 56%. Проба Квика — Пытеля (исследовано 40 рабочих) у 45% колебалась от 75 до 60%, у 27% была ниже 60%. Реакция Вельтмана (исследовано 85 человек) у 90% имела сдвиг влево.

Все эти данные свидетельствуют о поражении печени при хроническом воздействии упомянутых веществ.

Проведенные санитарно-технические и гигиенические мероприятия в производстве основы пленки значительно снизили выделение паров метанола и метиленхлорида в воздух помещений, что привело к улучшению условий труда.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бонгард Э. М. и Иванова А. Г. Материалы по вопросам гиг. тр. и кл. проф. болезней, 1956.—2. Голубовский И. Е. В кн.: Материалы общепищевой конференции. Казань, 1960, т. 10.—3. Камчатнов В. П., Самойлова А. И., Корсакова Е. И. Там же.—4. Терентьева А. Н. Тр. Ростовского на Дону медицинского института, 1949, 9.—5. Уланова И. П. Вопр. гиг. труда при работе с хлористым метиленом в производстве кинопленки. Дисс., М., 1954.

Поступила 10 декабря 1961 г.

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ РОДОВСПОМОЖЕНИЯ В БОЛЬШЕ-БЕРЕЗНИКОВСКОМ РАЙОНЕ МОРДОВСКОЙ АССР

Н. Я. Назаркин

Больше-Березниковская районная больница Мордовской АССР
(главврач — Н. И. Старцев)

Еще 4 года назад в нашем районе колхозных родильных домов не было. В районной и одной из участковых больниц было всего 12 коек для рожениц.

Получив в 1958 г. одобрение и всемерную поддержку РК КПСС и райсовета, а также широкой общественности района, строительство колхозных родильных домов