

По всем легочным полям выслушиваются влажные хрипы. Сделано обменное переливание крови, внутривенно перелито 500 мл 5% раствора глюкозы, введены сердечные средства. Гемодинамические показатели улучшились, но появилось нарушение дыхания: масса влажных хрипов в легких, розовая пенистая мокрота. Внутривенная трансфузия прекращена. Сделана трахеостома, через которую произведено отсасывание геморрагической жидкости в количестве 1200 мл. В трахею подавался кислород в смеси с парами спирта, периодически отсасывалось содержимое. Через 4 часа явления отека легких исчезли, прослушивались небольшие хрипы под ключицами. Дыхание ровное, глубокое. Больная выздоровела.

IV. П., 25 лет, поступила 2/V 1963 г. после приема 2,0 пахикарпина. Больная в сознании. АД 110/80, пульс 80, число дыханий 36. Выраженный цианоз кожи и слизистых.

Промыт желудок. Дан увлажненный кислород через маску. Произведено обменное переливание крови, внутривенно перелит 5% раствор глюкозы. После перечисленных мероприятий гемодинамические показатели держались стабильно, дыхание ровное, глубокое. В хорошем состоянии больная выписана на 6-й день.

ВЫВОДЫ

1. При тяжелых отравлениях пахикарпином обязательным является обменное переливание крови, искусственное дыхание в условиях поверхностного наркоза.

2. При оказании первой помощи больным с отравлением пахикарпином внимание врачей скорой помощи должно быть обращено на устранение дыхательной недостаточности.

3. Больных с отравлением пахикарпином целесообразно направлять в хирургический стационар.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дынина Р. Ф., Казанцев Л. И., Шварц Э. Г. Суд. мед. экспертиза. 1961, 4. — 2. Михлина Д. Я. Клин. мед. 1964, 6.

УДК 616 — 099

КЛИНИКА И ТЕРАПИЯ ОСТРОГО ОТРАВЛЕНИЯ ДИХЛОРЕТАНОМ¹

В. Ф. Богоявленский, С. Х. Салихова, Э. В. Карпова

Кафедра пропедевтики внутренних болезней (зав. — доц. Г. З. Ишмухаметова)
Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института на базе
7-й городской больницы г. Казани (главврач — С. Г. Соркина)

Дихлорэтан в последние годы находит все более широкое применение в народном хозяйстве в качестве пестицида, растворителя красок и масел, антисептика, инсектицида, полуфабриката для синтеза полимерных материалов. Он может служить для дегазации и дезактивации в зимних условиях (А. А. Летавет, С. А. Рубчевский, И. Хаген), в косметической и медицинской промышленности (Либе).

Дихлорэтан по своему действию на организм человека близок к четыреххлористому углероду (И. Хаген) и обладает высокой токсичностью, независимо от пути попадания его в организм (ингаляционно, контактно или энтерально). Прием внутрь 10—15 мл дихлорэтана обычно кончается полным выздоровлением, если своевременно приняты меры (А. А. Летавет, И. Я. Сосновик). Высокой токсичностью обладает доза 30—40 мл, но отравление поддается лечению при возможно ранней госпитализации — в первые 1—2 часа (В. В. Салина). Смертельная доза дихлорэтана — 40—100 мл и более (Л. Ф. Буданова, О. И. Глазова). По С. А. Рубчевскому, абсолютно смертельной дозой являются 3 мл на 1 кг веса тела.

Дихлорэтан вызывает некробиоз в печени, быстрое развитие некронефроза. Происходит и токсическое поражение сердечной мышцы. Характерно развитие геморрагического капилляротоксикоза с появлением мелкоочечных кровоизлияний в оболочках мозга, серозных оболочках, эпикарде (А. А. Летавет). На центральную нервную систему дихлорэтан в малых дозах воздействует, вызывая легкий наркоз. В больших дозах он приводит к отеку мозга, его набуханию и размягчению (Либе).

Обычно смерть при отравлении дихлорэтаном наступает в первые трое суток еще до развития изменений в печени и почках (Л. Ф. Буданова), причем иногда может быть период временного улучшения, «относительного благополучия» (О. И. Глазова).

¹ Доложено на заседании Общества терапевтов ТАССР 26/III 1965 г.

Быстро развивается геморрагический диатез (Г. Н. Медведев), только на четвертый день появляются симптомы токсического гепатита (Г. А. Паин).

Клиническая картина отравления складывается из следующих симптомов.

Больные жалуются на головные боли, головокружения, шум в ушах, понижение слуха. Возникают боли в сердце стенокардитического типа. Боли в подложечной области и в правом подреберье.

При приеме дихлорэтана внутрь вначале появляются симптомы раздражения желудочно-кишечного тракта: слюнотечение, тошнота, рвота, рвотные массы с примесью желчи и крови. Характерен специфический запах дихлорэтана изо рта и от рвотных масс. Позднее присоединяется понос.

Кожа лица, шеи, ушей багрово-красного цвета. Цианоз губ. Иктеричность кожи. Контактный дерматит. Раздражение и гиперемия слизистых рта, языка, зева, глотки.

Потеря сознания, бред. Появляются тонические и клонические судороги.

Зрачки расширены. При исследовании глазного дна — гиперемия сосков зрительных нервов. Ухудшение зрения, «туман» в глазах.

Легкие: одышка, появление влажных и сухих хрипов.

Сердечно-сосудистая система: глухость тонов сердца. Тахикардия. Пульс частый, мягкий, слабого наполнения. АД понижается, иногда первоначально повышается.

Печень увеличенная, болезненная. Желтуха.

Моча: билирубинурия, уробилинурия, альбуминурия. Гематурия.

Кровь: нейтрофильный лейкоцитоз. Билирубинемия.

При оказании помощи (отравление через рот) рекомендуют следующие лечебные мероприятия:

промывание желудка водой со взвесью активированного угля (20,0 на 1 л), 2% раствором жженой магнезии или бикарбоната натрия;

рвотные средства — 1% раствор апоморфина 0,5—1 мл подкожно (если больной в сознании);

солевое слабительное — 25,0—30,0 сернокислой магнезии или сернокислого натрия с 30,0—40,0 активированного угля в виде взвеси в 300—400 мл воды;

сифонную клизму (по показаниям);

внутривенно 10—15 мл 10% раствора хлористого кальция или глюконата кальция;

внутривенно капельно 500—1000 мл 5% раствора глюкозы и 300—500 мл физиологического раствора;

кровопускание (400—500 мл) с обменным переливанием свежей одноклассной крови. Инфузии нативной плазмы.

В случае анурии и развития уремии необходимо подключить больного к аппарату «искусственная почка».

Рекомендуется инсулин-глюкозотерапия. Можно парентерально в «коктейлях» капельно с 500 мл 5% раствора глюкозы вводить аскорбиновую кислоту 5% раствор 8—12 мл, 2 мл тиамин гидрохлорида (5% раствор), 2—3 мл 2,5% раствора пиридоксина, 1—2 мл пангамовой кислоты (вит. В₁₅). Показано внутримышечное введение 300—400 мг цианкоболамина. Препараты печени — антианемин или камполон 2 мл внутримышечно. Метионин до 5,0 в сутки. Холин-хлорид 20% раствор 10 мл внутривенно капельно, предварительно разведенный в 300 мл 5% раствора глюкозы;

ингаляции карбогена. Искусственное дыхание при необходимости;

введение кортикостероидов — кортизона или преднизона;

сосудистые средства — кордиамин 2 мл подкожно, коразол 10% раствор 1 мл внутривенно (по показаниям) или внутримышечно, подкожно. Кофеин, камфора, эфедрин, мезатон и т. д.;

сердечные средства — строфантин (коргликон, конваллатоксин) 0,05% 0,4—0,5 мл внутривенно, очень медленно в 15—20 мл 40% раствора глюкозы;

1% раствор лобелина (или цититон) 1 мл подкожно или внутримышечно.

Приводим наши наблюдения:

1. Н., 32 лет, художник, поступил в клинику 7/III-64 г. За 12 часов до госпитализации выпил около 80 мл дихлорэтана. Сразу же появилось чувство жжения на языке, в глотке, желудке. Больной выпил около литра молока и вызвал рвоту. Состояние первоначально улучшилось, наступила эйфория. При поступлении жаловался на резкую слабость; обращало на себя внимание замедление речи. Состояние тяжелое, адинамия. Кожа покрыта холодным потом, T° — 35,6°. Тоны сердца глухие, пульс 110, слабого наполнения и напряжения. АД 100/85. Болезненность по всему животу, особенно в области печени. Через 22 часа после приема яда появилось резкое возбуждение, двигательное беспокойство, бред. Лицо гиперемировано, слизистые губ и языка ярко-розовые. Язык обложен белым налетом, изо рта специфический запах дихлорэтана. На верхушке сердца и на легочной артерии появился грубый систолический шум.

Анализ мочи: 160 мл, уд. вес 1010, кислая, мутная, соломенно-желтого насыщенного цвета. Белка — 3,3%. В осадке: эпителий плоский 2—3 в поле зрения, лоханочный и почечный — в большом количестве. Эритроциты свежие до 6, лейкоциты 4—9, цилиндры гиалиновые 0—1, зернистые — 1—3 в поле зрения. Анализ сделан на вторые сутки отравления.

Анализ крови: Гем. — 14,84 г%, Э. — 4 550 000; ц. п. 0,93, РОЭ — 4 мм/час. Л. — 14 460, ю. — 0,5%, п. — 27%, с. — 68, л. — 4%, м. — 0,5%.

Больному систематически проводилась активная дезинтоксикационная терапия (промывание желудка, глюкоза и т. д.), вводились сердечные и сосудистые средства, антибиотики и др.

Явления резкого угнетения дыхательного центра, сердечно-сосудистой слабости, анурия нарастали, и спустя 55 час. 45 мин с момента отравления больной умер. На вскрытии (прозектор С. И. Митковецкий) обнаружены отек и гиперемия мозга и легких. Гиперемия и бурая атрофия в печени. Мутное набухание в почках. Мышца сердца дряблая, на разрезе имеет вид ошпаренного мяса. На поверхности сердца, легких, в слизистой желудка множество мелкоочечных кровоизлияний.

2. Ш., 27 лет, поступил в клинику 16/II-64 г. За 2 час. 30 мин до госпитализации выпил 1/2 стакана дихлорэтана; перед этим принял 1—1,5 стакана 40° алкоголя. Через некоторое время уснул и впал в бессознательное состояние, появилось прерывистое шумное дыхание, а в стационаре — рвота. Промывные воды и рвотные массы с темными, цвета кофейной гущи, хлопьями. Через 10—12 час. больной пришел в сознание, ответы на вопросы дает замедленно. Жалуется на жжение по ходу пищевода и боли в животе, одышку, тошноту.

Кожные покровы бледные. Цианоз. Одышка — 32 дыхания в мин. В легких выслушиваются влажные мелко- и среднепузырчатые хрипы. Сердце: тоны глухие. Пульс 102, ритмичный, с единичными экстрасистолами. АД 130/100. Язык обложен грязным налетом. Живот напряженный, болезненный, преимущественно в подложечной области. На 14 час. отравления АД 150/110. Олигурия перешла в анурию.

Проба Грегерсена ++++.

Анализ мочи: уд. вес 1010, белка — 6‰. В осадке клетки эпителия 0—1, эритроциты свежие 4—5, цилиндры гиалиновые единичные в поле зрения.

Анализ крови: Гем. — 99%, Э. — 5 260 000, ц. п. — 0,98, РОЭ 7 мм/час. Л. — 31 000, ю. — 1,5%, п. — 31%, с. — 55%, л. — 9,5%, м. — 3%.

Несмотря на активную дезинтоксикационную и патогенетическую терапию, больной скончался спустя 19 часов с момента приема дихлорэтана. На вскрытии (прозектор М. Г. Файзуллин) констатированы отек мозга, его размягчение, отек легких. На поверхности сердца под эпикардом, на легких и в слизистой желудка и кишечника обнаружены множественные пятна темно-красных кровоизлияний от мелкоочечных до $0,3 \times 1,0$ см. Мышца сердца на разрезе синюшного серо-красного цвета. Почки и печень — гиперемия и отек, начальные явления цирроза печени.

ЛИТЕРАТУРА

1. Арлянский И. С. Тр. Астрах. мед. ин-та, 1956, т. XII, в. 2. — 2. Будаnova Л. Ф. Тер. арх. 1965, 3. — Глазова О. И. Отравления и первая помощь при них. Медгиз, М., 1952. — 4. Морозов Г. Н., Фармакол. и токсикол. 1958, 1. — 5. Паин Г. А. Врач. дело. 1958, 11. — 6. Профессиональные болезни (руковод. для врачей). Ред. А. А. Летавет. Медицина, М., 1964. — 7. Рубчевский С. А. Материалы изучения клинической картины и лечения острых отравлений дихлорэтаном (экспериментальное исследование). Автореф. канд. дисс. Куйбышев-обл., 1962. — 8. Салина В. В. Сов. мед. 1958, 10. — 9. Сосновик И. Я. Клиника и профилактика отравления ядохимикатами. Медгиз, М., 1959. — 10. Хаген И. Клиника профессиональных заболеваний. Пер. с нем. Медгиз, М., 1961. — 11. Liebe S. Zeitschr. ärztl. Fortbild. 1961, 55, 2.

УДК 618.31

БЕРЕМЕННОСТЬ В ОСТАТКЕ ЛЕВОЙ ТРУБЫ В СОЧЕТАНИИ С ПРАВОСТОРОННЕЙ ТРУБНОЙ БЕРЕМЕННОСТЬЮ

А. П. Осипов

Шереметьевская больница (главврач — Е. В. Коноплева) Нижнекамского района Татарской АССР

Двухсторонняя трубная беременность относится к редким формам внематочной беременности, еще к более редким формам относится беременность культи удаленной трубы. По данным Л. И. Карынбаевой, подобная беременность ей встретила один раз (за 10 лет) на 1690 операций по поводу внематочной беременности.

Приводим наше наблюдение.

К., 37 лет, поступила в 9 часов 14/V 1965 г. в сопровождении хирурга соседней участковой больницы с жалобами на сильные боли внизу живота, больше в правой