

В течение 4 часов состояние больного было крайне тяжелым. Лишь после внутривенного введения норадреналина, гидрокортизона, мезатона оно несколько улучшилось. АД поднялось до 70/40 мм, пульс оставался аритмичным, появился кожный зуд.

Больной выписан на 25-е сутки после операции в удовлетворительном состоянии. Оставшийся во флаконе полиглюкин при бактериологическом исследовании оказался стерильным.

Данное наблюдение еще раз подчеркивает необходимость обязательного выполнения биологической пробы на реактивность, как это предусматривается инструкцией.

УДК 616—099

В. В. Бурмистров (Казань). Смертельное отравление нитробензолом

Незначительные количества попавшего в организм нитробензола вызывают тошноту, рвоту, недомогание. При попадании же больших доз возникают головная боль, головокружения (до обморочного состояния), сердцебиение, диспепсические явления, парестезии, парезы, судороги, фибриллярные мышечные подергивания. Явления эти могут возникнуть через 8—12 часов после отравления.

Смертельной дозой нитробензола для человека считается 3,0—4,0 (40—50 мг на кг веса). Но описаны случаи, когда смерть наступала даже от 2 капель нитробензола.

Приводим наше наблюдение.

С., 1944 г. рождения, выпила около 100 мл нитробензола. Спустя 1—2 часа была доставлена в больницу.

Общее состояние крайне тяжелое, полубессознательное. Зрачки расширены, взгляд устремлен вперед в одну точку. Резкий цианоз видимых слизистых и кожных покровов. Временами судороги, крик. Пульс 86, ритмичный. Тоны сердца чистые. Дыхание везикулярное. Живот мягкий, безболезненный.

Произведено промывание желудка с последующей дачей животного угля и введением апоморфина, введены сернокислая магнезия, адреналин, произведено кровопускание, а затем переливание крови.

Состояние больной прогрессивно ухудшалось, и через 3 часа после поступления она умерла.

Аутопсия. Кожа цианотична, трупные пятна сине-серого цвета. В местах инъекции на верхних и нижних конечностях значительные кровоизлияния. Мягкие мозговые оболочки и вещество головного мозга полнокровны. В белом веществе мозга — мелкоочечные рассеянные кровоизлияния. В полостях сердца и сосудах жидкая кровь с коричневатым оттенком. Мышца сердца на разрезе красноватого цвета. Легкие тестоватые на ощупь, под легочной плеврой мелкие кровоизлияния темно-красного цвета. На разрезе легочная ткань темно-красного цвета с коричневым оттенком; с поверхности разреза стекает значительное количество пенистой кровавистой жидкости. В желудке и в верхнем отделе кишечника содержится буроватого цвета с примесью черных частиц. От внутренних органов исходит резкий запах, напоминающий запах туалетного мыла.

При химическом исследовании внутренних органов найден нитробензол.

УДК 616—003.6—611.977

Л. М. Бакланова (г. Йошкар-Ола). Жидкое инородное тело в мягких тканях указательного пальца

Г., 27 лет, обратился 3/VIII 1963 г. в поликлинику с жалобами на боли во II пальце левой кисти и незначительную ранку в области мякоти пальца.

Во время работы он заметил, что у экскаватора «Беларусь» из трубки гидравлической системы через отверстие со спичечную головку сочится автоловое масло. При подъеме ковша в системе создается давление до 75 атмосфер. Замотав предварительно трубку изоляционной лентой, он прижал отверстие пальцем; в момент поднятия ковша, когда в системе развилось высокое давление, он почувствовал резкую боль в пальце.

Вся кисть покрыта темной маслянистой жидкостью, концевая и средняя фаланги II пальца левой кисти несколько утолщены, на мякоти пальца имеется отверстие со спичечную головку. При надавливании на клетчатку в окружности ранки из нее выделяется темная маслянистая жидкость. При ощупывании пальца пациент ощущает боль. Под местной анестезией произведено расширение раны с иссечением ее краев. Вся подкожная клетчатка области раны имеет темно-бурый цвет; вытекающая кровь смешана с маслянистой жидкостью. На неушитую рану наложена спиртовая повязка.

Лечение содовыми и марганцовыми ванночками, ихтиоловыми повязками и примочками из сока алоэ, УВЧ несколько уменьшили отечность, но по всей поверхности мякоти концевой фаланги появились многочисленные мелкие пустулки, при надавливании на которые выделялась капля гноя, смешанная с маслянистой жидкостью.

На контрольном рентгено снимке обнаружена продольная трещина концевой фаланги.

В продолжение всего периода лечения выделялась маслянистая жидкость из поряжоти пальца. Временами появлялась болезненность в подмышечных узлах слева.

Через 7 недель со дня травмы функция и чувствительность пальца хороша, только остался синюшный цвет, отечность и пористость концевой и средней фаланг. При повторной рентгенографии через 6 месяцев на снимке костных изменений нет.

УДК 612.014.4

Ф. Г. Сайфуллина (Казань). Патология челюстно-лицевой области у рабочих, занятых в производстве моющих синтетических средств

Обследовано 145 рабочих в возрасте от 16 до 60 лет, из которых мужчин было 21 и женщин — 124.

При осмотрах кожных покровов челюстно-лицевой области выявлены папулы и пустулы у 38 чел., пигментные пятна — у 18, фибромы — у 5, папилломы — у 1. Сухость наружного ската слизистой, главным образом нижней губы, найдена у 43 рабочих, трещины — у 25, поверхностные изъязвления — у 10. У отдельных работников обнаружены гиперкератозы, лейкоплакии, папилломы. Эти изменения чаще имелись у лиц с многолетним стажем работы.

На слизистой щек у 16 чел. были десквамация, изъязвления, папилломы, пигментные пятна, гемангиомы.

Аналогичные изменения на языке выявлены у 38 чел.

На деснах верхней и нижней челюстей, на небе патологические изменения обнаружены у 55 чел. (хронические воспаления, гиперемия, изъязвления).

У 23 рабочих установлен пародонтоз I—II ст. с атрофией десневого края.

Результаты обследования побуждают усилить проведение лечебных и профилактических мер на данном предприятии.

УДК 616.8—009.836.12

И. Д. Биргер и М. А. Шмакова (Казань). Нарколепсия с психическими нарушениями

Характерные признаки этого заболевания — внезапные приступы дневного засыпания, катаплексия и нарушение ночного сна.

Нарколепсия относится к неврологическим заболеваниям, ибо редко сопровождается расстройствами психики. Однако у обследованных нами больных выявлялись разной продолжительности нарушения психики в форме слухового галлюциноза и гипногагических галлюцинаций.

Н., 36 лет, поступил в стационар психоневрологического диспансера 16/XI 1965 г. с жалобами на частые приступы засыпания в дневное время, длящиеся от 10—15 мин. до 1—2 часов, головные боли и периодически повторяющиеся приступы мышечной слабости всего тела длительностью 1—3 мин., вызываемые различными эмоциями. Заболевание развивалось постепенно после перенесенной в конце 1957 г. травмы головного мозга с потерей сознания. Со второй половины 1964 г. у больного наблюдался слуховой галлюциноз: в течение 4 дней он слышал голоса жены и ее брата, которые говорили о нем что-то нехорошее. В стационаре у больного неоднократно наблюдались приступы дневного засыпания и потеря тонуса мышц всего тела, когда больной во время смеха вдруг умолкал, голова склонялась на грудь, ноги подкашивались, и больной падал. При этом сознание сохранялось, но говорить он не мог. Через 1—2 мин. приступ проходил.

Определялась слабость конвергенции, легкая анизорефлексия коленных рефлексов. Брюшные рефлексы вялые, быстро истощаются без заметной разницы сторон.

Сознание ясное. Речь монотонная, замедленная. Эмоционально неустойчив, легко возбудим. В беседе быстро истощается, засыпает.

2. И., поступил 16/XI 1965 г. с жалобами на возникающие 3—5 раз в день (чаще при физической нагрузке) приступы сна, длящиеся 20—50 мин.; приступы потери тонуса мышц в течение 1—3 мин., вызываемые эмоцией; головные боли и беспокойный ночной сон: больной видит себя в загробном мире, разговаривает со своими умершими родными. Такое состояние длится в течение 5 лет. В 1946 г. больной перенес менингоэнцефалит. С этого времени стал отмечать приступы сонливости в дневное время, длящиеся 1—2 мин., а позднее 15—30 мин. и дольше. С 1961 г. появились приступы аффективной потери тонуса мышц шеи, рук и ног.

Во время пребывания в стационаре приступов катаплексии не наблюдалось, приступы дневного засыпания отмечались за настольными играми, за едой и длились 5—10 мин. Больной большую часть дня проводил в постели. Неврологически отмечается слабость конвергенции и легкая асимметрия носогубных складок.

Сознание ясное. Эмоционально лабилен, склонен к раздражительности, при которой проявляются выраженные вегетативно-сосудистые нарушения. Отмечаются нарушения восприятий в форме гипногагических галлюцинаций. В первые дни находде-