

4-м году заболевания стали возникать отеки, развился асцит. Х. неоднократно госпитализировалась в стационары города с различными диагнозами: атеросклеротический кардиосклероз, ревматизм с непрерывно рецидивирующим течением, сочетанный митральный порок сердца, постмиокардитический кардиосклероз, диффузный миокардит, рак печени (10 лет назад перенесла экстирпацию матки по поводу рака шейки).

Лечение кардиотоническими средствами и диуретиками эффекта не дало, что заставляло более 10 раз проводить парацентезы.

При поступлении больной обращали на себя внимание кахексия, вынужденное положение (сидя), цианоз губ. Пульс 90—120 в 1 мин, мерцательная аритмия. Число дыханий — 36 в 1 мин. Границы сердца: правая — на 4 см от правого края грудины, верхняя — на уровне II ребра, левая — по средней подмышечной линии в 6-м межреберье. Тоны сердца глухие, грубый систолический шум над всей проекцией сердца. АД 90/50 мм рт. ст. Над легкими справа определяется притупление перкуторного звука и ослабление дыхания в нижнебоковых отделах за счет гидроторакса. Живот резко увеличен в объеме, асцит. Печень плотная, выступает на 12 см из-под края реберной дуги. Селезенка не увеличена. На ногах плотные большие отеки.

Анализ крови: Эр. $3,87 \cdot 10^{12}$ в 1 л, Hb 1,86 ммоль/л, Л. $6 \cdot 10^9$ в 1 л, б. — 1%, э. — 1%, с. — 78%, лимф. — 9%, мон. — 11%, СОЭ — 12 мм/ч. С-РБ (1), слоновые кислоты — 320 ед., глобулины — 50%: $\alpha_1 + \alpha_2$ — 16%; β — 12%; γ — 22%.

Анализ мочи: плотность 1,025, белок — 0,39%, Л. — 18—20, эр. — 10—14, гиалиновые цилиндры 0—2 в поле зрения.

ЭКГ выявила нормосистолическую форму мерцания предсердий с политопными желудочковыми экстрасистолами.

Проводимая терапия (ионостабилизирующий раствор хлористого калия, строфантин, плазма, натрия гидрокарбонат внутривенно, 4,0 лазикса внутривенно, вероширон 8 табл. в день, панангин внутривенно, унитиол) оказалась безуспешной. На 6-й день пребывания в стационаре при явлениях нарастающей сердечной недостаточности больная умерла.

Данные аутопсии: сердце круглой формы, масса его — 750 г. Правое предсердие растянуто огромными сгустками. Правый желудочек мягче левого. На эпикарде несколько довольно крупных белых пятен омозелостей, в левом предсердии крупный рыхлый сгусток крови. Клапаны построены правильно. 3-створчатый клапан тонкий, атриовентрикулярное отверстие растянуто до 13 см, хордальные нити короткие, прикреплены к гипертрофированным сосочковым мышцам. Трабекулярные мышцы очень гипертрофированы. На пристеночном эндокарде обоих желудочков — поверхностные белые пятна. Мышца сердца мягковатая, тускло розовая, сухая, на задней стенке два небольших плотных белых рубца. Толщина левого желудочка 2 см, правого — 0,7 см. Печень плотная, крупнозернистая, масса ее — 1900 г. Результаты гистологического исследования (проф. Бирюков М. Л.): резкая гипертрофия, пролиферация клеток межклеточной ткани с развитием миофиброза. Очаговое утолщение эндокарда.

В нашем наблюдении прижизненная диагностика идиопатической гипертрофии миокарда была основана на отсутствии анамнестических указаний на перенесенный ревмокардит, инфаркт миокарда, наличие значительной кардиомегалии и прогрессирующей сердечной недостаточности, торпидной к проводимой диуретической и кардиотонической терапии.

УДК 614.8

И. Н. Сеюков (Бугульма, ТАССР). Травматизм среди рабочих-строителей

Нами изучен травматизм (включая микротравмы) рабочих СМУ за 1968—1977 гг. К особенностям труда указанной категории рабочих относится то, что основные работы производятся ими в полевых условиях, под открытым небом. Обращает на себя внимание текучесть кадров: ежегодно меняется от 20% до 25% рабочих, но 75—80% рабочих трудятся на одном производстве 18—25 лет. Производственный травматизм составляет от 3,1 до 2,4 случая в год на 100 работающих. Коэффициент тяжести травм за 10 лет (с 1968 по 1977 г.) снизился с 81,7 до 43,5 дня. Наблюдается также тенденция к снижению числа тяжелых производственных травм с повреждением костей верхних и нижних конечностей.

Большинство травм (90,1%) возникло во время трубопроводных работ, где наиболее частой причиной несчастных случаев — в 65—67% — было падение труб при сварке; 18% травм произошли при работе на транспорте в сочетании с погрузкой и разгрузкой, до 10% — при работе на механизмах (трубоукладчиках, трубоочистных, трубоизоляционных машинах) и до 6% — вследствие падения с трубовоза на скользких дорогах, падения в траншею. Эти травмы, как правило, связаны со сложными погодными условиями.

В 3—11% всех травм причиной их явилось несоблюдение промышленных и других санитарно-гигиенических норм. Из этого числа в 15—21% травмы обусловливались работой без средств защиты, в 20—34% — захлапленностью рабочего места на сварочных площадках, в 33—45% — употреблением алкоголя и в 10—32% — другими факторами.

77—92% рабочих, получивших травму, — лица в возрасте от 18 до 40 лет. Эта возрастная группа составляет основную массу работающих и принимает наиболее активное участие в производственном процессе. Среди них минимальное число травм отмечается у лиц со стажем от 8 до 15 лет. 30—46% всех травм возникает в первой половине рабочего дня. По дням недели травматизм наиболее высок в понедельник (до 26%), а к концу недели он идет на спад.

В 63—71,3% всех случаев травматизма повреждались конечности (в том числе нижние — в 43—56,3%), на черепно-мозговую травму приходилось 8,9—14,1%. Реже встречаются повреждения глаз, грудной клетки, позвоночника, таза, живота. Сочетанные травмы наблюдались в 30,9—47,3%. Среди переломов костей скелета 3—11% составили открытые. От общего числа травм на долю микротравм (ушибов, ссадин, растяжений связок, повреждений мягких тканей) приходилось 85%. Травм со смертельным исходом не было.

Мы убеждены, что снизить травматизм и его тяжесть можно только при тесном контакте медицинских работников с отделом по технике безопасности и администрацией производства. Снижение за 10 лет частоты и тяжести производственного травматизма было достигнуто именно таким путем.

Руководством СМУ совместно с отделом по технике безопасности были за эти годы приняты меры по улучшению бытовых условий рабочих на полевых работах, по повышению техники безопасности, например по повышению надежности крепления труб при сварочных и погрузо-разгрузочных работах, а также по соблюдению трудовой дисциплины рабочими. Прикрепленный врач больницы, фельдшер здравпункта на трассе своевременно оповещали руководство управления о каждом случае обращения к ним больных с производственной травмой. Кроме того, они проводили предварительные медицинские осмотры для определения возможности допуска к работе в сложных или неблагоприятных погодных условиях. Основная же роль медицинских работников состояла в систематическом учете и анализе производственного травматизма, в организации и обучении санитарных постов и групп само- и взаимопомощи, в обеспечении максимального приближения первой помощи при травме к месту происшествия.

УДК 616.33—089.87—089.811/814:616.151.5

Канд. мед. наук А. М. Старухин (Куйбышев-обл.). Состояние гемокоагуляции при операционной кровопотере

Реакция системы свертывания крови в ответ на операционную кровопотерю была и остается предметом пристального внимания исследователей. Мы проанализировали коагулограммы больных язвенной болезнью (71 чел.), которым произведена резекция желудка под эндотрахеальным наркозом эфиром с использованием мышечных релаксантов. Исследования крови мы проводили в динамике операции. Операционную кровопотерю определяли гравиметрическим способом.

Большой интерес представляют показатели гемокоагуляции больных с крайними вариантами операционной кровопотери. Для анализа по этому признаку больные бы-

Показатели гемокоагуляции при крайних вариантах кровопотери ($M \pm m$)

Показатели гемокоагуляции	При кровопотере до 0,25 л			При кровопотере свыше 0,85 л		
	до операции	мобилизация желудка	конец операции	до операции	мобилизация желудка	конец операции
Время свертывания крови (Ли — Уайт, мин) . . .	4,3±0,20	4,4±0,57	4,0±0,48	4,2±0,61	3,8±0,22	3,5±0,34
Толерантность плазмы к гепарину (Поллер, мин) . .	7,7±0,77	7,2±1,26	7,2±1,10	9,0±0,93	6,1±0,26	5,7±0,53
Время рекальцификации плазмы (Бергергоф — Рока, с)	126±9,32	109±7,91	111±8,38	120±8,24	91±6,29	82±6,59
Протромбиновый индекс (Квик — Туголуков, %) . .	93±2,47	91±2,45	94±3,58	96±3,19	95±6,81	93±7,73
Содержание фибриногена (Рутберг, мкмоль/л) . .	14,6±0,7	14,8±0,6	14,8±0,7	15,0±0,6	12,7±1,0	12,1±0,8
Активность фибриназы (Балуда и соавт., %) . . .	109±3,60	84±5,27	98±4,79	101±4,22	56±5,37	74±8,42
Время фибринолиза (Коваржик — Булук, мин) . .	225±18,2	173±21,0	182±16,0	151±13,4	162±32,0	165±20,9
Гепарин (Калуженко — Мурчакова, ед./мл) . . .	6,3±0,47	4,7±0,87	3,7±0,59	7,7±0,87	4±0,71	4,6±0,69