

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

ли разделены на 2 группы. К 1-й группе отнесен 21 больной с кровопотерей от 0,1 до 0,25 л. Во 2-ю группу включены 6 больных, у которых кровопотеря была от 0,85 до 2,6 л (у 2 больных — 0,85 л, еще у 2 — 1 л, у 1 больного — 2 л и у 1 — 2,6 л).

В ответ на операционную кровопотерю наблюдалась активация всех фаз гемостаза, ведущая к повышению коагулирующего потенциала крови (см. табл.). При этом количественные изменения некоторых факторов свертывания крови обнаруживали линейную зависимость от величины операционной кровопотери.

У больных 2-й гр. закономерно снижалось содержание фибриногена. Уменьшение концентрации последнего можно было бы отнести за счет кровопотери. Тем не менее мы не можем связывать снижение содержания фибриногена только с кровопотерей, так как последняя полностью восполнялась. Так, больным 1-й гр. перелито 0,361 л, больным 2-й гр. — 1,285 л при средней кровопотере 0,190 л и 1,385 л соответственно. По-видимому, уменьшение концентрации фибриногена обусловлено также и повышенным использованием его в процессе внутрисосудистой коагуляции, особенно при длительных и травматичных операциях, которым подверглись больные 2-й группы.

Уменьшение концентрации фибриногена, как правило, сопровождалось обнаружением в нем фракции Б, т. е. его качественными изменениями. В свою очередь выявление фракции Б фибриногена, по мнению ряда авторов, имеет диагностическое значение для целей своевременного выявления предтромботического состояния в послеоперационном периоде.

Как видно, в условиях оперативного вмешательства кровопотеря способствует развитию гиперкоагуляции.

УДК 615.843:617.7

**Н. А. Валимухаметова, Н. В. Федорова, заслуж. врач РСФСР
В. А. Идиатова (Казань). Лечение диадинамическими токами заболеваний глаз**

В офтальмологической практике используются три вида диадинамических токов: двухтактный непрерывный, ток коротких периодов и ток длинных периодов, однако единая методика диадинамотерапии пока не разработана.

В настоящем сообщении представлены результаты применения диадинамических токов для снятия болевого синдрома и воспалительных явлений при различных заболеваниях глаз. Из 25 получавших диадинамотерапию больных 3 были в возрасте от 5 до 10 лет, 8 — от 11 до 20 лет, 7 — от 21 до 40 лет, 5 — от 41 до 60 лет и 2 — старше 60 лет. Флегмона слезного мешка диагностирована у 2 больных, аллергический конъюнктивит — у 1, химический ожог роговицы с иридоциклитом — у 2, иридоциклит при проникающем ранении глаза — у 9, эндофтальмит — у 2, иридоциклит после экстракции катаракты — у 3, воспаленные конъюнктивы и век после различных операций (дермоидная киста, птоз и т. п.) — у 4, герпетический кератоиридоциклит — у 2. Среди больных с проникающими ранениями глаз у 2 кроме иридоциклита была вторичная катаракта, у 2 — гемофтальм и у 2 — экссудат в стекловидном теле. У большинства пациентов заболевание сопровождалось болевым синдромом или неприятными ощущениями в больном глазу.

Лечение диадинамическим током чаще проводили в период, когда другое комплексное лечение уже не давало положительной динамики, реже — в сочетании с другими видами лечения.

Для диадинамотерапии использовали отечественный аппарат «СНИМ-1». Процедуры начинали с применения двухтактных непрерывных токов на 30 с, затем включали токи короткого периода на 150 с и (с 3-й процедуры) токи длинного периода на 390 с. Для предупреждения привыкания к току следует всегда менять полярность на обратную в пределах каждого вида тока. Один электрод устанавливали на глаз, другой — у внутреннего отдела брови или на височную область. Силу тока повышали постепенно с 0,5 до 2,5 мА до появления ощущения вибрации. 2—3 процедуры получили 5 больных, 4—5 процедур — 4, 6—10 процедур — 11, 11—15 процедур — 5.

Терапевтический эффект проявлялся быстро. Нередко уже после первой процедуры наступает анальгезирующий эффект, который держится 6—8 ч. У большинства больных после 2—3 процедур стихали боли, уменьшалась интенсивность блефароспазма, инъекции глазного яблока. Так, у Ф., 22 лет, у которого вследствие проникающего ранения обоих глаз, несмотря на усиленное комплексное лечение, были настолько упорные боли в левом глазу, что он не мог спать, уже после первого сеанса диадинамотерапии боли значительно ослабли, после второго исчезли, заметно уменьшились воспалительные явления. При перерывах в лечении воспалительные явления в глазу усиливались. Больной получил 10 сеансов диадинамотерапии, боли не возобновлялись.

У одного из двух больных с гемофтальмом диадинамотерапия привела к заметному просветлению стекловидного тела. Больной получил 15 сеансов. У 2 больных с кератоиридоциклитами после диадинамотерапии наступили положительные сдвиги: ускорилась эпителизация роговицы, стали рассасываться инфильтраты.

У 3 из 25 больных (с аллергическим конъюнктивитом, эндофтальмитом и флегмоной слезного мешка) диадинамотерапия не дала положительного эффекта. Ухудшения состояния глаз в процессе лечения описанным методом мы не наблюдали.