

лась у женщины после родов в течение продолжительного времени. К счастью купирование повышенной активности противосвертывающей системы крови в сочетании с заместительной терапией прокоагулянтами быстро приводит к нормализации гемокоагуляции. Если у таких женщин через сутки взять кровь для исследований, то уже не удастся обнаружить каких-либо нарушений свертывающих свойств ее.

Лечение при акушерских кровотечениях целиком должно проводиться акушерками; они должны хорошо знать коагулологию. Роды протекают круглосуточно в каждом уголке нашей страны, и если даже в каждом областном центре в роддомах будет по одному специалисту-коагулологу, они не смогут оказать действенной помощи при возникновении кровотечения у женщины, рожающей в районной, номерной, участковой больницах, в колхозном родильном доме. Ведь кровотечения нередко возникают внезапно и протекают в быстром темпе, и чем раньше будет выяснен генез кровотечения и начато патогенетическое лечение, тем чаще такие осложнения будут заканчиваться благоприятно.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бокова Л. Б. Акуш. и гинек., 1963, 5. — 2. Зайцева Р. И., Смирнова Т. Н., Иванова И. А. Там же, 1966, 12. — 3. Кудряшов Б. А. Проблемы свертывания крови и тромбообразования. Медгиз, М., 1960. — 4. Калишевская Т. М., Кудряшов Б. А. Физиологический журнал СССР, 1962, 10. — 5. Кудряшов Б. А. Тез. докл. научн. сессии по фибринолизу. Л., 1965; Мат. конф. по пробл. свертывания крови. Баку, 1966. — 6. Котовщикова М. А., Кузник Б. И. Лаб. дело, 1962, 5. — 7. Куликова Н. Н., Шилко И. А. Мат. конф. по пробл. свертывания крови. Баку, 1966. — 8. Мачабели М. С. Вопросы клинической коагулологии. Тбилиси, 1962. — 9. Мачабели М. С., Завариева Н. М., Лабауха Г. Ш. Мат. конф. по физиологии, биохимии, фармакологии и клинич. применению гепарина. М., 1965. — 10. Персианинов Л. С., Порай-Кошиц К. В. Сов. мед., 1965, 5. — 11. Сушко А. А. Функциональная анатомия внутренних вен матки. Киев, 1966. — 12. Чаплыгина З. А. Материалы к изучению действия фибриногеназы в опытах на целом организме. Автореф. канд. дисс., Л., 1952. — 13. Шилко Н. А. Тр. Крым. мед. ин-та, Симферополь, 1962, т. 32; Акуш. и гинек., 1963, 2; В сб.: Маточные кровотечения в акушерстве и гинекологии. Киев, 1966. — 14. Шилко Н. А. и соавт. Тез. докл. 42-го пленума Ученого совета ЦОЛИПК. М., 1965. — 15. Albrechtsen O. Acta endocr., 1956, 23, 2, 207—216; 219—226. — 16. Beller F. Dtsch. med. Wschr., 1957, 23, 913—918. — 17. Elsner P. Geburts und Frauenklinik, 1958, 18, 14, 438—443. — 18. Niesert H. Arch. Gynäk., 1955, 187, 2, 144—153. — 19. Phillips L., Montgomeri G., Taylor H. Am. J. Obstet. Gynec., 1957, 73, 43—56. — 20. Selye H. Blood, 1956, 26, 5, 533—540. — 21. Schild W. Dtsch. med. Wschr., 1965, 90, 32, 1402—1406. — 22. Schneider C. Surg. Gynec. Obstet., 1951, 92, 27—34; Ann. N. Y. Acad. Sciences, 1959, 75, 2, 635—675. — 23. Smith O., Smith G. Science, 1945, 102, 2645, 253—254. — 24. Todd A. J. Path. Bact., 1959, 78, 1, 281—283. — 25. Niewiarowski S., Kowalski E. Rev. Hémat., 1958, 13, 320.

КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

УДК 616—002.5

А. И. Ширинская и Д. К. Баширова (Казань). Генерализованный туберкулез у ребенка четырех месяцев

М., 4 мес., поступил 1/IV 1965 г. после 30-го дня болезни, с диагнозом: коклюш, рахит II, гипотрофия. Родился от первой беременности, доношенным, при нормальных родах, весом 3100,0 от здоровых и молодых родителей. Вскармливался грудью. Контакт с больными туберкулезом не установлен. До 3-месячного возраста ребенок хорошо развивался, прибывал в весе. С 4-го месяца мальчик стал плохо сосать, терял в весе, у него появился несильный и нечастый кашель. Через 10—15 дней повысилась температура, состояние ребенка ухудшилось, кашель усилился, стал приступообразным. Во время кашля наблюдалось покраснение лица, цианоз губ. 29/III 1965 г. был диагностирован коклюш, и 1/IV 1965 г. больного перевели в инфекционную больницу.

При поступлении температура 38°, кашель редкий, приступообразный, продолжительностью 30—60 сек. Вне приступа кашля ребенок спокойный, активный. Вес при поступлении 4400,0. Подкожно-жировой слой отсутствует везде, кроме щек. Кожа чистая, сероватого цвета, сухая. Периферические лимфатические узлы не увеличены.

Большой родничок 3×3 см, края податливы, краниотабес, намечались «рахитические четки».

Дыхание пуэрильное, хрипов нет, перкуторный звук над легкими не изменен. Границы сердца в пределах нормы, тоны чистые, пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения. Зев, слизистые ротовой полости чистые. Живот вздут, мягкий. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1 см, селезенка — на 2 см. Стул и мочеиспускание в норме.

Рентгеноскопия грудной клетки: легочные поля чистые, правый корень расширен, тяжист в нижнемедиальном отделе. Рисунок не четкий.

29/III. РОЭ — 6 мм/час, Л. — 15 750, п. — 18%, с. — 40%, л. — 27%, м. — 15%.
2/IV Гем. — 56%, э. — 4 300 000, ц. п. — 0,65, РОЭ — 7 мм/час, Л. — 15 200, п. — 26%, с. — 41%, л. — 23%, м. — 10%.

В моче патологических изменений не найдено.

Реакция Пирке отрицательна.

Больной получал внутримышечные инъекции стрептомицина (по 40 000 ед. 2 раза в день), витамины В₁, В₂, С, D, гамма-глобулин, переливание нативной плазмы, сердечно-сосудистые средства.

Состояние больного прогрессивно ухудшалось, а 5/IV 1965 г., т. е. на 5-й день пребывания в стационаре, значительно ухудшилось. Ребенок стал очень беспокойным, ночь не спал, была однократная рвота, перестал сосать. Заметной одышки не было, но даже в покое был цианоз губ. В легких по-прежнему прослушивалось жесткое дыхание. Кашель до 9 раз в сутки, продолжительностью 30—60 сек. Живот вздут, но мягкий, на пальпацию ребенок не реагирует, стул каловый, оформленный. Состояние ребенка продолжало ухудшаться, и мальчик скончался при явлениях сердечно-сосудистой недостаточности.

Клинический диагноз: коклюш — запущенная, тяжелая форма; гипотрофия III ст., рахит II — цветущий; двухсторонняя мелкоочаговая пневмония.

Патологоанатомический диагноз: первичный легочный туберкулезный комплекс с лимфогематогенной генерализацией; милиарный туберкулез легких; туберкулез лимфатических узлов брыжейки тонкого кишечника, брюшины; разлитой фибринозный перитонит с кровоизлияниями в брюшину; двухсторонняя гипостатическая пневмония; дистрофия почек, печени; истощение.

УДК 616.24—002.5—615.724.8—616.89

Я. Д. Кацлан (Николаев). Острый психоз у больного туберкулезом легких, леченного циклосерином

Циклосерин — антибиотик широкого спектра, действует и на микобактерии туберкулеза. При приеме этого препарата очень часто отмечаются побочные явления, в основном со стороны центральной нервной системы. Тяжелые психические расстройства при нем отмечаются сравнительно редко.

Приводим наше наблюдение.

В., 35 лет, поступил на стационарное лечение 15/VII 1964 г. по поводу впервые выявленного диссеминированного туберкулеза легких в фазе распада. ВК+. Общее состояние больного удовлетворительное.

Больному были назначены тубазид, ПАСК и стрептомицин. 18/IX 1964 г. наложен пневмоперитонеум. В декабре 1964 г. стрептомицин был отменен. 26/I 1965 г. назначен циклосерин по 0,25 в сутки, затем доза препарата была увеличена до 0,7. Больной чувствовал себя хорошо, жалоб не предъявлял.

4/II 1965 г. в 21 час у больного началось сильное возбуждение. Он ругался, приставал к соседям по палате, всю ночь не спал, ходил, что-то бормотал. В 8 часов утра он заснул. Проснулся в 10 часов утра и сразу же набросился на соседа по койке, начал его избивать, затем стал бить посуду, ругаться. С большим трудом с помощью нескольких мужчин его удалось уложить в постель. Больному было введено внутримышечно 2 мл 2,5% раствора аминазина, после чего он уснул.

В тот же день больного консультировал психиатр и никаких ненормальных явлений со стороны психики не обнаружил. Больной сам рассказал врачу о своем буйстве, но объяснить причину такого состояния не мог. Консультант назначил больному на ночь 2,5% раствор аминазина по 2 мл и рекомендовал отменить прием циклосерина.

Через 40 мин. после осмотра консультантом состояние больного резко изменилось, и с признаками буйного помешательства он был направлен в психиатрическую больницу.

После введения аминазина больной успокоился и в дальнейшем вел себя нормально, ночь спал спокойно. Утром никаких жалоб не предъявлял, о себе дал правильные анамнестические сведения, о случившемся помнит отдельные фрагменты. В дальнейшем никаких нарушений психики не отмечалось.