

рентгеновский луч направляют на лобную пазуху под углом 5—10°, для чего рентгеновскую трубку наклоняют в каудальном направлении. Ход луча может быть теменно-подбородочным или подбородочно-теменным. Во втором случае благодаря приближению к касете лобных пазух размеры определяются более точно.

У 6 собак сделано патологоанатомическое вскрытие в фазе разгара заболевания. Обнаружены яркие признаки воспалительного процесса в пораженной пазухе. В контрольной пазухе патологических изменений не было.

УДК 616.24

И. Г. Даниляк (Москва). Синдром Шарко

Кашле-обморочный синдром (потеря сознания на высоте приступа кашля) впервые описан клиницистами прошлого века Шарко и Говерсом и, под названием бетолепсия (кашлевая эпилепсия), — М. И. Холоденко. Данному синдрому посвящены единичные работы (М. И. Холоденко, 1959; И. И. Лерман, А. С. Балабуха, 1959; М. А. Явчуновская, 1963; М. А. Немченко, 1965). Он мало знаком широкому кругу врачей, особенно терапевтам. Поэтому описание больного с синдромом Шарко имеет определенное практическое значение.

Приводим наше наблюдение.

Ц., 59 лет, поступил 31/VIII 1964 г. с жалобами на одышку, кашель с трудно отделяемой мокротой, периодически наступающее во время приступов сильного кашля обморочное состояние.

С 1957 г. стал значительно прибавлять в весе. 3 года назад появилась одышка, кашель, за последние полгода они значительно усилились. С 16 лет Ц. много курит.

Состояние средней тяжести. Рост 167 см, вес 104 кг. Резкий диффузный цианоз. Патозность голеней. Избыточное отложение жира, преимущественно в передней брюшной стенке. Одышка в покое. Грудная клетка бочкообразной формы. Над легкими коробочный звук, выдох удлиннен; рассеянные сухие хрипы.

Во время приступа сильного кашля багровеет лицо и иногда наступает кратковременная потеря сознания. Никакими другими патологическими явлениями приступ не сопровождается.

Память несколько снижена. Интеллект сохранен. Отклонений со стороны психики не отмечено.

Рентгеноскопия грудной клетки. Прозрачность легочной ткани повышена. Легочный рисунок избыточен. Диафрагма расположена высоко, подвижна. Сердце широко лежит на диафрагме, увеличено за счет левого желудочка. Отложение жира в области верхушки сердца. Аорта расширена, уплотнена. Выбухает конус легочной артерии.

ЭКГ: синусовый ритм. Электрическая ось сердца расположена горизонтально. Диффузные изменения миокарда.

Гем. — 105 ед., Э. — 5 700 000, Л. — 6200, РОЭ — 14 мм/час. Мокрота слизистая, вязкая, лейкоцитов до 30 в поле зрения.

Поставлен диагноз: ожирение, пневмосклероз, эмфизема легких, легочное сердце, выраженная легочная и правосердечная недостаточность II ст., атеросклероз аорты; атеросклеротический кардиосклероз.

Назначены малокалорийная диета, разгрузочные дни, кровопускания, мочегонные, вливания эуфиллина, пенициллин в аэрозоле, содовое питье, отхаркивающие средства, лечебная гимнастика.

Состояние больного значительно улучшилось, уменьшилась одышка, прекратился кашель. Выписан в удовлетворительном состоянии.

Кашле-обморочный синдром возникает преимущественно у больных с хроническим легочным сердцем, у которых пароксизм кашля, резко усиливая имеющуюся гипоксию мозга, вызывает бетолепсию.

По мнению М. И. Холоденко, возникновению кашле-обморочного синдрома способствуют эпилептоидная психопатия, хронический алкоголизм, органические процессы в головном мозге (атеросклероз, остаточные явления инфекции и травмы).

ГИГИЕНА ТРУДА И ПРОФЗАБОЛЕВАНИЯ

УДК 616—057

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ РАБОЧИХ ВАЛЯЛЬНО-ВОЙЛОЧНОГО ПРОИЗВОДСТВА

Н. Н. Краснощекоев

Казанский научно-исследовательский институт охраны труда ВЦСПС

Заболеваемость рабочих на предприятиях валяльно-войлочного производства выше, чем во многих отраслях промышленности и в целом по всей легкой промышленности. На Казанском валяльно-войлочном комбинате с 1959 по 1964 г. интенсивные годовые показатели заболеваемости в основных цехах были выше, чем в целом по комбинату и