

С., 39 лет, поступила 2/IV 1964 г. с жалобами на недомогание, ноющие боли в животе, учащенное мочеиспускание, запоры. В последние 3—4 месяца больная стала просиживать у себя в правом подреберье плотную подвижную опухоль.

5 беременностей закончились нормальными родами, 3 — абортами.

Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный. В правой половине живота, несколько выше пупка — плотная гладкая подвижная опухоль округлой формы 8×8 см, в нижней части живота — опухоль эллиптической формы, исходящая из малого таза, верхний полюс ее на 4 см выше лона.

Опухшие стенки влагалища. Шейка матки чистая, располагается ближе к лону. Тело матки обычной величины, интимно спаяно с опухолью, заполняющей полость таза и смещающей матку вверх и к лону. Опухоль 12×10×10 см, с неровной поверхностью у верхнего полюса, местами плотной, местами туго-эластической консистенции, малоподвижная. Параметры свободны, выделения обычные. Исследование безболезненно.

Диагноз: фиброма брыжейки кишечника, кистома яичника, опухшие стенки влагалища.

11/IV 1964 г. под местной инфильтрационной анестезией срединным разрезом вскрыта брюшная полость. При ревизии обнаружена кистовидная опухоль в полости таза, расположенная на заднеправой поверхности тела матки и заднем листке правой широкой связки с распластанными на ней правыми придатками. Придатки не изменены. На брыжейке поперечно-ободочной кишки подвижная, замурованная в саленнике вторая такая же опухоль. Печень и другие органы брюшной полости без особенностей. Произведена экстирпация матки с правыми придатками и эхинококковой кистой. Удалена эхинококковая киста брыжейки толстого кишечника. Для предупреждения выпадения произведено укрепление культи влагалища по методу Б. Б. Кушнирова.

Макропрепарат: удаленная матка и придатки без особенностей. Обе кистовидные опухоли содержат полости, выстланные хитиновой капсулой с неровной шероховатой поверхностью. В полостях кист прозрачная бесцветная жидкость со множеством дочерних пузырей.

Послеоперационный период протекал без осложнений. С. выписана на 15-й день после операции в хорошем состоянии.

УДК 616.831—002—616.5—002.957

### М. Н. Хартахай и Г. Г. Динисламов (Стерлитамак). Токсический энцефалит при отравлении пчелиным ядом

Мы решили сообщить об остром отравлении пчелиным ядом с преимущественным поражением головного мозга, которое завершилось летальным исходом. В доступной нам литературе аналогичных наблюдений мы не нашли.

А., 48 лет, доставлен на машине скорой помощи в очень тяжелом состоянии.

14/VII 1966 г. в 17 час. большого изжалил рой пчел в лицо и шею. Вначале самочувствие его оставалось удовлетворительным, но спустя несколько часов появилась головная боль, стало сводить правую руку, а вскоре и правую ногу. Около 2 часов ночи 15/VII больной упал с кровати в бессознательном состоянии.

Сознание затемнено. Обильный холодный пот, температура 38°, дыхание везикулярное, частое, поверхностное. Тоны сердца приглушены, пульс 160, АД — 150/60 мм. Зрачки круглые (d=s), с вялой реакцией на свет. Глазные яблоки совершают плавательные движения. Легкая сглаженность левой носогубной складки. Активные движения в конечностях отсутствуют, тонус мышц в правой руке и ноге выше, чем слева. Сухожильные рефлексы с рук и ног d>s, двусторонний симптом Бабинского. Менингеальных знаков не отмечается.

Сделана спинномозговая пункция. Ликвор прозрачный, вытекал ускоренными каплями. Цитоз 15 клеток в 1 мм<sup>3</sup>, белок 0,33%, реакция Панди слабо положительная. Л. — 13 800, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, РОЭ 2 мм/час. В моче белок — 0,33%.

Диагноз: тяжелая острая интоксикация пчелиным ядом с преимущественным поражением головного мозга (токсический энцефалит).

Больному назначили капельное вливание раствора 5% глюкозы и 0,85% физраствора (в 1-й день 2 л в сутки, во 2 и 3-й день — по 4 л в сутки). Перелили 2 ампулы сухой плазмы внутривенно, одну ампулу одногруппной крови. Проводили десенсибилизирующую терапию: 10% раствор хлористого кальция внутривенно 2 раза в день, 1% раствор димедрола, гидрокортизон по 50 мг 2 раза в день. АКТГ по 60 мг в сутки. На протяжении всех дней вводили стрептомицин внутримышечно, давали лобелин, кислород, цититон.

На вторые сутки, несмотря на принятые меры дезинтоксикации, коматозное состояние углубилось, возникли клонико-тонические судороги, птоз правого века, усилились горизонтальные «плавательные» движения глазных яблок, исчезли зрачковые

реакции. Появилось чейнстоксовское дыхание. Пульс 160, мерцательная аритмия. АД — 105/60 мм.

На 3-и сутки наступило полное расслабление всей мускулатуры (атония), сухожильные рефлексы исчезли. Патологические рефлексы Бабинского с двух сторон остались. В легких сухие и влажные хрипы.

18/VII в 3.00 при явлениях падения сердечно-сосудистой деятельности и остановки дыхания больной умер.

На секции найдены множественные точечные кровоизлияния во всех отделах мозга, отек его. Оболочки бледно-серые, уплотненные, отечные, борозды сглажены. Особенно множественные кровоизлияния — в левой половине полушария мозга. В глубине ткани височной доли очаг кровоизлияния округлой формы диаметром 1,8 см, окружающая ткань мозга кашицеобразной консистенции. Кровоизлияния под висцеральной плеврой, в эндокарде, в ткани легких.

УДК 616.411—089.87—612.015.31

#### **Л. П. Коробкова (Куйбышев). Содержание меди, железа, сидерофилина в сыворотке крови после спленэктомии**

Учитывая большую роль Си и Fe в процессах кровотоления и окислительно-восстановительных реакциях в организме, мы изучали их обмен после спленэктомии.

Обнаружить нарушения в обмене Fe можно путем определения негемоглобинного Fe сыворотки крови. Мы пользовались для этого орто-фенантролиновым методом. За норму принимали колебания в пределах 78—119 мкг% у мужчин и 55,7—101,5 мкг% у женщин (Е. А. Гуляев, 1960). Нагрузка с восстановленным водородом Fe проведена по методу М. С. Дульцина (1948), сидерофилин определяли по методу Шаде в модификации М. М. Шерба, содержание Си в сыворотке крови — по методу Шмидта в модификации А. Г. Рахманкулова и И. А. Коптевой (1965).

Было обследовано 65 больных с хроническими заболеваниями печени: 54 с портальным циррозом печени, 2 — с билиарным, 9 — с прогрессирующим течением хронического гепатита. Спленэктомия с органоаномозами произведена у 25 больных портальным циррозом печени. Кроме того, были обследованы 10 чел., у которых селезенка была удалена по поводу травмы; эти люди до несчастного случая были клинически здоровыми.

Полученные нами данные показали, что после спленэктомии при циррозе печени и по поводу травмы существенных нарушений в обмене Fe и Си не произошло. Это обусловлено компенсаторными возможностями организма. При сопутствующих заболеваниях и послеоперационных осложнениях возможно снижение содержания негемоглобинного Fe и повышение Си сыворотки крови, что следует учитывать при оценке показателей негемоглобинного железа, меди и сидерофилина.

УДК 616—001—613.6

#### **С. Д. Лебедев (Йошкар-Ола). Производственный травматизм на Марийском целлюлозно-бумажном комбинате**

Нами изучено 1545 производственных травм с временной утратой трудоспособности на Марийском целлюлозно-бумажном комбинате за 1956—1965 гг.

За 10 лет коэффициент частоты производственного травматизма уменьшился в 2,6 раза (4,5 на 1000 работающих в 1956 г. и 1,7—в 1965 г.).

Снижение производственного травматизма на комбинате началось с 1959 г., когда хирург-травматолог начал активно участвовать в расследовании причин несчастных случаев. Было обращено внимание администрации и общественных организаций комбината на важность профилактики производственного травматизма. Значительно способствовала снижению производственного травматизма на комбинате проводимая в течение семилетки реконструкция цехов.

Наибольшее количество несчастных случаев падало на лесотопливный цех (18,7%), целлюлозный завод (16,8%), транспортный цех (13,6%), бумажную фабрику № 1 (3,0%). Коэффициент частоты был самым высоким на Свяжском руднике по подземной добыче известкового камня, затем в складе готовой продукции, транспортном цехе, целлюлозном заводе, ремонтно-механическом, лесотопливном, ремонтно-строительном цехах.

За 10 лет на погрузочно-разгрузочных работах и при перемещениях тяжестей возникло 43,2% всех травм, из них 70,0% — при работе без применения механизации. На работы по ремонту и реконструкции машин, оборудования и сооружений приходится 19,1% травм, из них 28,1% — при пользовании различными механизмами. С эксплуатацией оборудования связано 16,9% травм. При передвижениях людей в процессе работы возникло 14,3% травм, из них 47,9% — внутри цехов (из-за скользкости плиточных полов, которые моют водой из шлангов или заливают ею, из-за неисправностей водоза-