

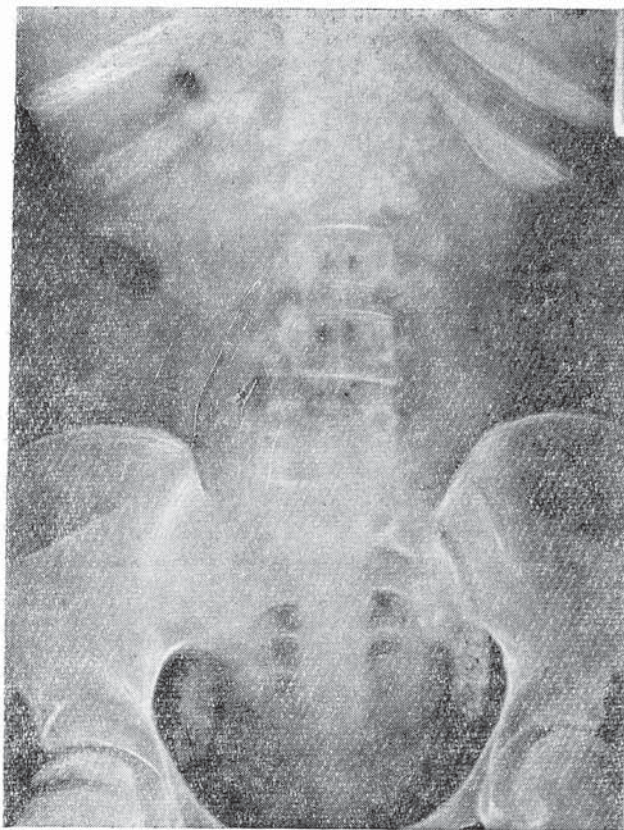


Рис. 2

Как явствует из приведенных примеров, рентгеновский метод позволяет отчетливо изучить не только изменения в лимфатических узлах, но и характер поражения лимфоузла, что особенно ценно по отношению лимфоузлов, расположенных глубоко в тканях и органах человека.

Поступила 7 декабря 1957 г.

СКОРОПОСТИЖНАЯ СМЕРТЬ СПОРТСМЕНА ВО ВРЕМЯ СОРЕВНОВАНИЙ¹

Д. И. З. 8 Ф.

Асс. С. Х. МУБАРАКШИНА

0,08 83p

Из кафедры судебной медицины (зав. — проф. М. Г. Береза) Казанского медицинского института

Спонтанные кровоизлияния в мозг в молодом возрасте сравнительно редки. В литературе имеется две работы по интересующему нас вопросу. М. И. Авдеев наблюдал кровоизлияния в мозг у детей и подростков в возрасте 10, 12 и 16 лет; они возникли в связи с гемангиомами в головном мозге и их разрывом. При этом несомненно значение нервно-психического фактора.

¹ Доложено на заседании Татарского отделения Всесоюзного научного общества судебных медиков и криминалистов в июне 1958 г.

О. П. Зелинский сообщил следующий случай:

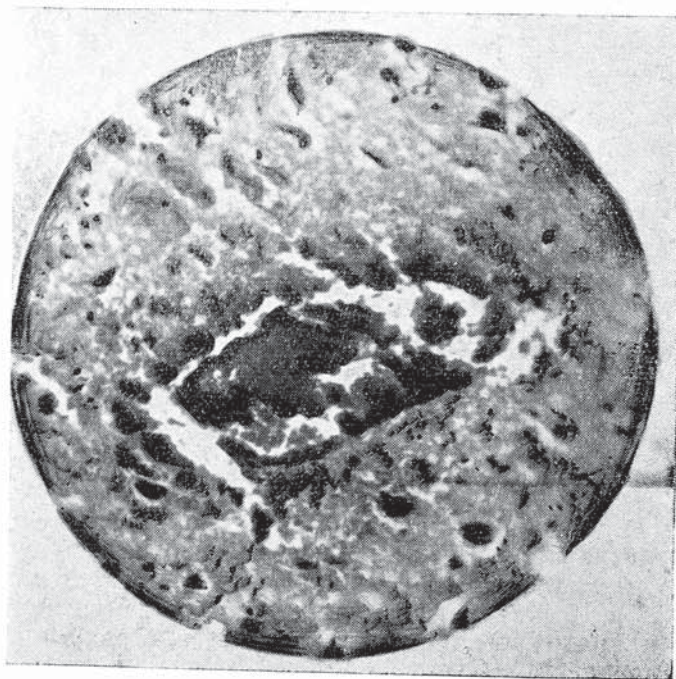
2 сентября 1958 г. были задержаны два тринадцатилетних мальчика, которые из озорства прокололи камеру колеса автомобиля. При задержании мальчик С. был очень взволнован, плакал, оправдывался и просил отпустить его домой. Затем у него появились рвота, резкая бледность, жалобы на головную боль и вскоре наступила потеря сознания. Он был доставлен домой, где через несколько минут и умер.

Судебно-медицинским исследованием трупа обнаружено обширное кровоизлияние в левое полушарие головного мозга с распространением в желудочки и субарахноидальные пространства. На секции отмечались также мелкоточечные кровоизлияния в вещество зрительных бугров. Никаких следов механической травмы на трупе не было. В сером веществе головного мозга обнаружен мелкий кровеносный сосуд с большим мешковидным выпячиванием, с истончением стенки (микроаневризма), разрывом ее и с периваскулярным очагом кровоизлияния в области истонченной части аневризмы. Очевидно, что психическая травма и связанное с ней резкое повышение кровяного давления явились провоцирующим моментом для разрыва аневризмы.

В нашей практике наблюдался следующий случай:

Спортсмен Я., 30 лет, 2 марта 1958 г. участвовал в соревновании по хоккею. Незадолго до конца игры почувствовал себя плохо и был выведен с поля, жаловался на боли в правой височной области, наблюдалась рвота. Через несколько минут скончался.

При судебно-медицинском исследовании трупа обнаружены кровоизлияние под мягкую мозговую оболочку мозжечка, обширный очаг кровоизлияния в вещество правой доли мозжечка и небольшое количество жидкой крови в желудочках мозга. В мягких покровах головы никаких повреждений не было. Кости свода и основания черепа целы. Сердце размером $10,5 \times 10,6$ см, вес сердца — 450 г, толщина мышцы

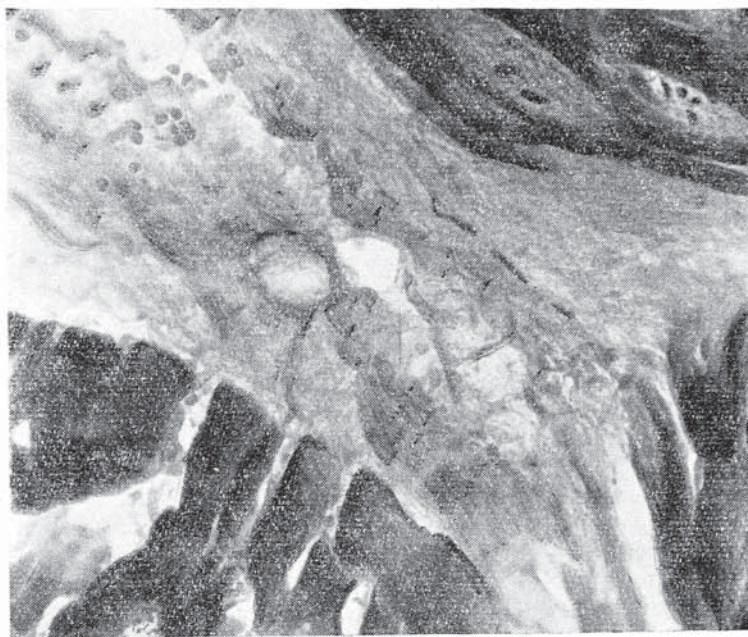


Микрофото № 1.
Стволовая часть головного мозга. Клеточная инфильтрация стенки кровеносного сосуда, кровоизлияние.
Увеличено в 330 раз.

левого желудочка сердца — 1,8 см, правого — 0,9 см. Двухстворчатые клапаны сердца сильно утолщены по краям, беловатого цвета. На интима венечных сосудов имелись единичные бляшки, величиной $0,3 \times 0,3$ см, возвышающиеся над поверхностью. В мышце сердца на разрезе видны тонкие беловатые прослойки соединительной ткани. На интима аорты имелись единичные бляшки, размерами до $0,5 \times 0,5$ см, возвышающиеся над поверхностью. Миндалевидные железы на продольном разрезе красноватого цвета, при надавливании выделялись гнойные пробочки. Слизистая дыхательных путей резко покрасневшая, набухшая, покрыта тонким слоем слизи. Со стороны остальных органов никаких изменений, кроме полнокровия, не наблюдалось.

Гистологически: в стенках сосудов головного мозга имелись клеточная инфильтрация, в некоторых же — явления плазморрагии; множественные мелкие кровоизлияния путем диапедеза в стволовую часть мозга и крупное кровоизлияние в правом полушарии мозжечка (см. микрофото № 1).

Мышца сердца: межуточная ткань местами сильно утолщена, пронизана серозным экссудатом, ее волокна разъединены, местами заметны клеточная инфильтрация и очажки мелких кровоизлияний в межуточной ткани (см. микрофото № 2).



Микрофото № 2.

Мышца сердца. Межуточная ткань отека, разрыхлена, с клеточной инфильтрацией и очажками кровоизлияний. Увеличено в 330 раз.

Следовательно, в нашем случае отмечены: инфекционный васкулит, межуточный серозный миокардит, кардиосклероз, множественные кровоизлияния в стволовую часть мозга, большое кровоизлияние в правом полушарии мозжечка, венозное полнокровие внутренних органов.

Инфекционный васкулит, по всей вероятности, был связан с гриппозной инфекцией. Механизм кровоизлияния можно объяснить повышением кровяного давления в головном мозгу, которое могло возникнуть при волнении во время игры. Механическая травма полностью исключена данными судебно-медицинского вскрытия трупа и предварительного дознания.

Хотя спортсмены до начала игры подвергаются медицинскому осмотру, но гриппозное состояние легко может быть нераспознанным, если сам спортсмен умышленно не предъявлял никаких жалоб (многие

смотрят на грипп, как на легкое заболевание, которое можно перенести на ногах).

В декабре 1957 г. производилось полное диспансерное обследование состояния здоровья нашего спортсмена Я., занимавшегося спортом с 17 лет; оказалось: кровяное давление в спокойном состоянии — 130/70, а после трехминутного бега — 180/70. Осциллометрия, электрокардиограмма, анализы крови и мочи не показали отклонений от нормы.

ЛИТЕРАТУРА

1. М. И. Авдеев. Сборник научных работ по судебной медицине и пограничным областям, № 2, 1955, стр. 53—57. 2. Зелинский О. П. Вопросы судебно-медицинской экспертизы, сборник статей под редакцией Авдеева М. И., 1954, стр. 291—293.

Поступила 13 сентября 1958 г.

ВСПЫШКА ДИЗЕНТЕРИИ ЗОННЕ ПИЩЕВОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ В ЗАКРЫТОМ ОЧАГЕ

И. Е. АЛАТЫРЦЕВА, Ю. Т. КУЗЬМИНА, М. В. КОЧЕВА,
И. И. РЫЖКОВА, С. А. ФЕДОРОВА

Казанский научно-исследовательский институт эпидемиологии, микробиологии
и гигиены и Республиканская СЭС

Накопилось большое число наблюдений, указывающих на значительную роль пищевого фактора в эпидемиологии дизентерии. Установлено, что подавляющее большинство известных в литературе вспышек дизентерии, связанных с приемом инфицированной пищи, обусловлено бактериями вида Зонне. Это, по-видимому, зависит от повышенной устойчивости во внешней среде возбудителей дизентерии и особенно палочки Зонне.

Причиной пищевых вспышек дизентерии могут быть самые разнообразные пищевые продукты — мясные, овощные, молочные.

Общими чертами дизентерии, вызванной приемом инфицированной пищи, являются внезапное начало, выраженный токсикоз в первые дни, почему эти вспышки до бактериологического обследования трактуются как пищевые токсикоинфекции. Но клиническая картина в ряде случаев носит полиморфный характер, когда, наряду с явлениями острого гастроэнтерита и выраженной интоксикации, наблюдаются легкие энтериты, без общей температурной реакции, рассматриваемые в настоящее время как легкие атипичные формы дизентерии. Несколько позже выявляются случаи типичной дизентерии — тяжелые и средней тяжести.

Летом 1957 г. мы наблюдали вспышку дизентерии среди детей в учреждении санаторного типа, вызванную возбудителем вида Зонне и охватившую около половины находящихся там детей и часть персонала. Возникновение дизентерии Зонне у детей санатория было связано с наличием среди работников кухни больных дизентерией и инфицированием последними молока.

Заболевания среди детей начались внезапно 30 июля и продолжали регистрироваться до 16 августа. Всего заболело 170 человек: детей — 160, медицинских работников — 7, работников пищеблока — 2.

Клиническая картина заболеваний отличалась легкостью течения, большим процентом атипичных форм и кратковременностью заболевания (в среднем не свыше 3—4 дней). В отдельных случаях заболевание заканчивалось в течение одних суток. Наибольшая продолжитель-