

Внутренние органы без патологических отклонений, АД — 120/60, окружность живота — 97 см, высота стояния дна матки — 42 см, размеры таза — 25—28—31—20. Положение плода правильное, позиция первая, сердцебиение плода слева ниже пупка ритмичное, 120. Предлежит головка малым сегментом во входе в малый таз.

На протяжении дня 14/1-56 г. родовая деятельность была слабой. Схватки повторялись вначале через 10—12 мин, а затем через 8—10 мин. В 20.00 роженице профилактически проведена триада по Николаеву. С 24 ч. 15/1 родовая деятельность активизировалась: схватки стали повторяться через 5—6 мин.

В 1 ч. 30 мин при вагинальном исследовании найдено: раскрытие наружного зева на 2,5 пальца, плодный пузырь цел, головка большим сегментом во входе в малый таз. Стреловидный шов в поперечном размере.

В 2 ч. общее состояние роженицы удовлетворительное, пульс — 74, хорошего наполнения. Головка плода в полости малого таза. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 120. Мочится самостоятельно, схватки через 4—5 мин, активные.

Внезапно роженица почувствовала сильную боль в низу живота и стала резко бледной, родовая деятельность прекратилась, из влагалища появилась кровь в небольшом количестве, пульс — 86, слабого наполнения. Сердцебиение плода перестало прослушиваться. Над лоном — резкая болезненность и припухлость, симптом Щеткина положительный. АД — 90/60.

Установлен разрыв матки.

Под общим эфирным наркозом срединным разрезом между пупком и лоном послонно вскрыта (А. Я. Добринский) брюшная стенка. В брюшной полости — жидкая кровь около 200 мл.

На передней поверхности матки ближе к левому ее краю обнаружен разрыв длиной 12 см. Через разрыв выпячивается плодный пузырь. Края разрыва разможжены. Разрыв распространяется на нижний сегмент матки. Через рану разрыва извлечен доношенный мертвый плод мужского пола весом 2900,0.

Произведена суправагинальная ампутация матки.

Послеоперационное течение гладкое. Заживление первичным натяжением. Выписалась в удовлетворительном состоянии на 18-й день.

Орд. М. Г. Галеева (Казань). Успешное лечение сулемового отравления без применения противоядий

П., 21 г., поступила в 14 часов 20/X 1959 г. с жалобами на тошноту, рвоту, жжение и сухость во рту, боли в животе, головокружение, общую слабость.

Случайно приняла 20 мл 2% раствора сулемы. Через некоторое время пошла к своим родственникам, живущим в другой части города, которым сказала о приеме сулемы. Родственники дали ей выпить молока, после чего появилась рвота, затем была вызвана скорая помощь, которая доставила больную в клинику.

Тотчас же по поступлении больной в клинику было сделано промывание желудка с прибавлением активированного угля, дано молоко, введено внутривенно 20 мл 10% раствора гипосульфита натрия и 20 мл 40% раствора глюкозы.

Температура тела нормальная. Некоторая бледность кожных покровов. Язык сухой, обложен белым налетом, гиперемия зева, миндалины не увеличены. Легкие в норме. Границы сердца в норме, первый тон на верхушке несколько приглушен, пульс — 84, ритмичный, хорошего наполнения, АД — 110/80. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена, селезенка не пальпируется. Анурия.

Гем — 82%, Э. — 4 860 000, Л. — 15200, с. — 81,5%, п. — 7%, л. — 6%, м. — 5,5%, РОЭ — 10 мм/час.

Назначено лечение: подкожное введение физиологического раствора 400 мл по утрам, и во вторую половину дня — 4,5% раствора глюкозы 500 мл, инъекции кофеина по 1 мл 10% раствора 2 раза в день, грелки на область поясницы, полоскание рта, инъекции пенициллина 4 раза в сутки по 100 000 ед. внутримышечно.

На второй день поступления моча у больной выделялась каплями, которые терялись и не могли быть собраны. Наблюдалась задержка стула. Общая слабость усилилась, больная стала возбуждена, временами впадала в сонливое состояние, жаловалась на головные боли.

Остаточный азот крови — 89 мг%.

Боли в животе усилились. Пить и есть больная не могла из-за последующей рвоты. Температура — 37,5°.

Введение физиологического раствора и глюкозы было увеличено до 1,5 л за сутки.

Сделано кровопускание (300 мл) с последующим переливанием крови (200 мл).

На третий день появился стул с обильным отделением крови и слизи, рвота продолжалась, рвотные массы жидкие с примесью в небольшом количестве желчи.

Повторно сделано кровопускание (300 мл) с последующим переливанием одноименной крови (200 мл). Уремические явления нарастали. На 4-й день заболевания появились выраженный ртутный гингивит, стоматит и точечные кровоизлияния на коже всего тела. АД — 110/60. Живот вздут, болезненность разлитого характера. Анурия. Остаточный азот крови — 120 мг%.

Гем. — 73%, Э. — 3 700 000, РОЭ — 37 мм/час, Л. — 10900, с. — 87%, п. — 0,5%, л. — 8%, м. — 4%, э. — 0,5%. Хлориды крови — 402 мг%.

На фоне проводимого лечения больной в третий раз были сделаны кровопускания (150 мл) и трансфузия крови (230 мл), двухсторонняя паранефральная блокада по Вишневскому и УВЧ на поясничную область ежедневно с мощностью 80 ватт, от 3 до 10 мин.

На четвертый, пятый и шестой дни заболевания общее состояние продолжало оставаться тяжелым. Остаточный азот крови достиг 160 мг%. Хлориды крови — 400%, Гем. — 73%, Э. — 3 700 000, Л. — 10900, РОЭ — 37 мм/час. Температура повысилась до 38°. АД — 110/60.

Продолжались трансфузии крови с предварительным кровопусканием.

Была сделана повторно двухсторонняя паранефральная блокада. На седьмой день, на фоне тяжелого уремического состояния, больная впервые выделила 50 мл мочи. Белка — 0,33%, в осадке много эритроцитов, эпителиальных клеток, клеток почечного эпителия, цилиндры, преимущественно восковидные.

С появлением мочи состояние больной стало улучшаться. На 8-й день болезни выделено 500 мл мочи. Рвота прекратилась, прекратились носовые кровотечения, появился стул. Количество каловых масс небольшое, с примесью слизи и крови в большом количестве. Остаточный азот — 150 мг%. Гем. — 64%, Л. — 15100, РОЭ — 51 мм/час.

Стал возможным прием жидкости и пищи. Было назначено обильное питье, и отменены подкожные введения глюкозы и физиологического раствора, переливания крови и кровопускания.

Дополнительно внутрь был назначен кортизон в дозе 0,25 мг три раза в день.

Вскоре появилась полиурия (до 3500 мл). Белка — от 0,33% до 0,066%, в осадке много эпителиальных клеток, клеток почечного эпителия, эритроцитов, как свежих, так и выщелоченных, цилиндры в небольшом количестве — зернистые и гиалиновые. Остаточный азот постепенно снижался и на 10-й день заболевания достиг 45 мг%, затем — 30 мг%.

Гем. — 53%, Л. — 8200 с выраженным лимфоцитозом (до 49%), РОЭ — 30 мм/час. АД — 110/60.

Больная выписалась в хорошем состоянии на амбулаторное наблюдение.

Спустя два месяца Гем. — 73%, Э. — 4 020 000, РОЭ — 7 мм/час, Л. — 4460, э. — 3%, п. — 4%, с. — 58%, л. — 31%, м. — 4%.

Удельный вес мочи — 1020, белка — следы, в осадке — лейкоциты и эпителиальные клетки в небольшом количестве.

В. П. Камчатнов, Ф. А. Яхин (Казань). Рефлекс Данини — Ашнера у работающих в абсолютной темноте

В общем звене исследования нервной системы у работающих в темноте был использован для выявления вегетативных сдвигов рефлекс Данини — Ашнера.

Исследование проводилось в течение всей рабочей смены, то есть в начале работы, перед обедом, после обеда и в конце работы. Наблюдению подвергались 7 работающих в темноте и 8 работающих на свету в течение 2 рабочих смен. Все исследуемые были женщины. Как в «темных профессиях», так и в профессиях на свету для исследования были отобраны работающие с одинаковым возрастом и стажем. Давление на глазное яблоко было приблизительно одинаковым у всех исследуемых и включало в себя степени давления разной интенсивности — от слабого до сильного (до появления неприятных болевых ощущений в глазу). Пульс измерялся в течение 30 сек до давления на глазное яблоко, во время давления — 30 сек и после проведенного давления (15 сек).

При сопоставлении частоты пульса у работающих в темноте и на свету и после обработки полученных данных методом дисперсионного анализа мы не установили существенной разницы как в целом, так и в динамике рабочей смены. При сопоставлении же средних показателей реакций Данини — Ашнера у работающих в темноте и на свету и после обработки полученных данных методом дисперсионного анализа мы установили, что в целом есть существенная разница и близки к статистической достоверности средние в начале, после обеда и в конце работы.

У исследованных лиц, работающих в темноте, характер изменения пульса наиболее часто протекал по типу отрицательного и извращенного, в то время как у работающих на свету изменение пульса не подходит ни к одному из перечисленных типов и, по-видимому, относится к нормальным физиологическим компенсаторным реакциям нервной системы.

Анализ полученных результатов дает основание предполагать некоторую особенность течения нервных процессов у работающих в абсолютной темноте.

Можно думать, что в условиях работы в темноте на смену нормальных кортико-висцеральных взаимоотношений приходят парабитические процессы, которые являются следствием утомления ЦНС и появления защитных реакций торможения.