

на все мышцы лица. Больной снял маску, решив, что через нее не поступает кислород. В это же время он «потерял зрение», повернулся на живот и потерял сознание. Дальнейших событий больной не помнит. Пришел в сознание, находясь вне барокамеры.

Общеклиническое обследование больного, данные ЭКГ и анализы крови, проведенные на следующий день, не выявили какой-либо патологии. Осмотрен через год. Здоров.

2. Е., 21 года, поступил в клинику инфекционных болезней 16/III 1976 г. по поводу смешанного цирроза печени после перенесенной болезни Боткина, печеночной недостаточности.

Интенсивная терапия в течение 18 дней с применением преднизолона, глюкозы, аскорбиновой кислоты, витаминов группы В, гемодеза, хлористого кальция, делагила, пенициллина не привела к улучшению состояния больного.

Ввиду тяжести состояния больному 4/IV назначена гипербарическая оксигенация. Сеанс гипербарической оксигенации проводили в воздушной барокамере при давлении 2 кгс/см². На 20-й минуте сатурации у больного появилось судорожное подергивание мышц лица, а затем верхних конечностей, после чего больной потерял сознание. Экстренная декомпрессия выполнена за 1,5 мин. По извлечении больного из барокамеры судороги прекратились. Дыхание свободное, ритмичное, 18 в минуту. После внутривенного введения 40 мл 40% раствора глюкозы, 10 мл 2,4% раствора эуфиллина через 5 мин по извлечении из барокамеры больной пришел в сознание, жалоб не связанный с пребыванием больного в барокамере, не было выявлено. От дальнейшего применения ГБО-терапии решено воздержаться. Больной погиб через 2 мес от тяжелой печеночной недостаточности.

С 1974 по 1978 г. в воздушной барокамере отделения ГБО-терапии клиники проведено лечение 1539 больных. Осложнения наблюдались только у 2 указанных выше больных. Всего было проведено 14358 сеансов по описанной методике. Тот факт, что кислородная интоксикация развилась лишь у 2 больных, дает основание предположить наличие у них индивидуальной непереносимости гипербарического кислорода.

Описанные осложнения побудили нас внести изменения в методику проведения сеансов гипербарической оксигенации в воздушной барокамере.

Наши наблюдения показали, что пробный сеанс не дает возможности определить индивидуальную чувствительность больного к кислороду, тем не менее мы считаем целесообразным его проведение для постепенной адаптации больного к воздействию гипербарии¹. С этой же целью в начале курса лечения проводим прерывистую гипербарическую оксигенацию. Сущность ее состоит в следующем. Во время первого сеанса через каждые 15 мин сатурации больной снимает маску и дышит воздухом барокамеры в течение 3—5 мин. Во время второго сеанса делаем один такой перерыв через 25—30 мин сатурации. Прерывистую гипербарическую оксигенацию проводим и при последующих сеансах, если у больного появляются предвестники кислородной интоксикации: затруднение дыхания, потливость, металлический привкус во рту, тошнота. Во время сеанса больному рекомендуем дышать ровно, в обычном для него ритме.

По такой методике проведено 3866 сеансов гипербарической оксигенации 361 больному. Осложнений не наблюдалось.

УДК 616.314—089.28+546.59]—06:616—056.3

В. Ю. Хитров, А. И. Заболотный (Казань). Случай аллергической реакции на золото

Мы наблюдали аллергическую реакцию на единичную золотую коронку.

П., 40 лет, обратился с жалобами на боли и отек в области верхней губы, которые возникли через 2 нед после того, как на центральный верхний резец повторно была установлена золотая коронка. Такие же изменения на губе уже наблюдались однажды, и появление их также совпало с установлением золотой коронки на этот же зуб.

Заподозрив «недоброкачественность» золота, коронку сняли, после чего все явления исчезли. При обследовании на месте контакта коронки с верхней губой на гиперемированной слизистой оболочке обнаружена эрозия размером 3×5 мм, болезненная при пальпации, покрытая легко снимающимся белым налетом. Ранее зуб лечен по поводу кариеса, электровозбудимость пульпы 11 мА.

Больной уже более 3 лет не носит золотое обручальное кольцо из-за постоянного мокнутия кожи под ним. Кожная проба с 1% раствором хлористоводородного золота (для контроля — с физиологическим раствором) оказалась резко положительной. Через 5—6 ч после постановки пробы у больного появилась головная боль, тошнота, общая слабость, отмечалось нарушение сна. Усилилось жжение и болезненность

¹ Примечание редакции. При пробном сеансе представляется целесообразным зарегистрировать ЭЭГ больного для выявления судорожной готовности мозга.

на месте эрозии. Через 24 ч на месте постановки пробы была обнаружена резкая гиперемия размером с 3-копеечную монету, с очагом некроза в центре.

После снятия золотой коронки больному назначены полоскания раствором фурацилина (1:5000) и аппликации 5% метилурациловой мази. Через неделю эрозия полностью эпителизировалась. На этот зуб больному была изготовлена пластмассовая коронка.

Данное наблюдение подтверждает вероятность контактной реакции слизистой оболочки полости рта на золото.

УДК 617.713—004.1—073.178

Я. М. Вургафт (Казань). Влияние помутнений и бельм роговицы на показания тонометрии

В литературе нет единого мнения о том, каким способом наиболее рационально измерять внутриглазное давление (ВГД) при бельмах. Мы поставили перед собой цель выяснить в клинических условиях влияние на данные аппланационной тонометрии размеров, интенсивности и расположения помутнений роговицы и с учетом полученных сведений разработать наиболее рациональный способ оценки тонометрических показаний при бельмах.

Исследование было проведено на 91 глазу больных с различной степенью и протяженностью помутнений роговицы (табл. 1).

К неинтенсивным отнесены помутнения, сквозь которые просматриваются радужка и зрачок, а к интенсивным — бельма, сквозь которые радужка и глубже лежащие отделы глаза не видны. К частичным помутнениям и бельмам мы отнесли такие, площадь которых не превышала 1/3 поверхности роговицы, к субтотальным и тотальным — занимавшие соответственно около 2/3 и более 2/3 поверхности роговой оболочки. Контрольную группу составили 57 парных глаз, где тонометрию производили как в центре роговицы, так и на ее периферии при взгляде больного кверху, книзу, вправо и влево. При неинтенсивных помутнениях роговицы любой локализации и в части протяженности осуществляли тонометрию 10 г тонометром Маклакова и в части случаев — эластотометрию по Филатову—Кальфа.

При правильных тонометрических отпечатках диаметры измеряли с помощью линейки А. П. Нестерова. В части случаев при сочетании помутнений роговицы с астигматизмом, когда кружок имел овальную форму, измеряли «косой» диаметр кружка, т. е. под углом 45° к наименьшему. Когда тонометрический отпечаток формировался так, что часть его соответствовала зоне бельма, а другая часть — прозрачной зоне роговицы, прямое измерение диаметра отпечатка было невозможно, и диаметр рассчитывали по величине хорды с заданной высотой сегмента для правильного участка окружности отпечатка по формуле:

$$D = \frac{(l/2)^2 + h^2}{h}$$

где D — диаметр отпечатка, l — длина хорды, h — высота сегмента.

Результаты тонометрии при неинтенсивных бельмах и на здоровых глазах

Данные тонометрии, мм			
при неинтенсивных помутнениях роговицы		на здоровых глазах	
в зоне помутнения	вне зоны помутнения	в центре роговицы	на периферии роговицы
6,2 (от 5,1 до 7,3)	6,12 (от 5,3 до 7,2)	6,6 (от 6,5 до 7,5)	6,6 (от 6,4 до 7,1)

При тонометрии на здоровых глазах существенной разницы в показаниях тонометра в зависимости от места его приложения не было отмечено. При тонометрии глаз с неинтенсивными бельмами различной локализации и протяженности также не

Таблица 1

Помутнения роговицы глаз

Протяженность помутнений и бельм	Выраженность помутнений	
	неинтенсивные	интенсивные
I. Частичные	16	30
II. Субтотальные	20	18
III. Тотальные	7	—

Данные, полученные при тонометрии группы неинтенсивных бельм и парных здоровых глаз, представлены в табл. 2. Указаны средние величины и крайние варианты тонометрии как в зоне бельма, так и в прозрачной части роговицы. Последнее требовало смещения глаза в каком-то направлении, и поэтому для контроля приведены величины, полученные на парных здоровых глазах в 2 позициях (в центре и на периферии).