

## Э. Х. Закиров (Альметьевск). Длительное искусственное дыхание

К., 40 лет, поступил 26/VII 1968 г. с жалобами на онемение всего тела, затруднение глотания, недостаток воздуха, сердцебиение, боль в области шеи, чувство страха смерти. Болен 5 дней. В апреле, мае, июне 1968 г. работал в лесу и неоднократно снимал впившихся в кожу клещей.

Общее состояние очень тяжелое, лицо одутловатое, с цианотичным оттенком. В позе Ромберга большой неустойчив. Держать голову прямо может не более 2—3 сек. Судорожные подергивания мышц лица. Зрачки слегка расширены, реакция на свет вялая. Небольшая асимметрия носо-губной складки слева. Сухожильные рефлексы с рук и ног высокие (слева больше, чем справа). Слева симптом Бабинского положительный. Брюшные рефлексы резко ослаблены. Менингеальные знаки отрицательные. Двигательное возбуждение. Дыхание 30—40, поверхностное. В нижних отделах легких рассеянные сухие хрипы.

Тоны сердца чистые. Пульс 100, напряженный, ритмичный. АД 200/100.

Спустя 2 часа с момента поступления больной внезапно потерял сознание; остановилось дыхание, исчез пульс, АД не определяется. Начато искусственное дыхание (рот в рот) и закрытый массаж сердца. Через 3 мин. на лучевой артерии появился нитевидный пульс. Самостоятельное дыхание отсутствует.

Введено внутривенно 2 мл кордиамина, 40 мг гидрокортизона, 1 мл цититона, 1 мл лобелина, 1 мл мезатона. Через 6 мин. с момента остановки дыхания возобновились редкие поверхностные дыхательные движения грудной клетки, прояснилось сознание; однако через 3 мин. дыхание вновь прекратилось. Начато искусственное дыхание аппаратом ДП-8. В легких появилось множество разнокалиберных влажных хрипов. Отек легких был купирован введением внутривенно  $\text{CaCl}_2$ , глюкозы со строфантином, гидрокортизона и эвакуацией пенистой розовой жидкости через эндотрахеальную трубку.

В последующем больной получал антибиотики, витамины ( $\text{B}_1$ ,  $\text{B}_{12}$ ,  $\text{B}_6$ ,  $\text{C}$ ), сердечно-сосудистые средства, глюкозу, сернокислую магнезию, прозерин. Гемодинамические показатели нормализовались. Через 6 час. непрерывной работы аппарат ДП-8 был временно отключен. Отмечены признаки самостоятельного дыхания в течение 20—25 сек. В последующем аппарат отключали через каждые 3—4 часа. Спустя 24 часа интервал самостоятельного дыхания увеличился до 1,5—2 мин., а к концу 2-х суток — до 5—6 мин. В начале 3-х суток больной самостоятельно дышал 15—20 мин. Через 68 часов аппарат ДП-8 отключили. Дыхание свободное, без каких-либо затруднений. Больной слаб, отмечаются судорожные подергивания мышц лица и конечностей. Через месяц все эти явления исчезли.

На основании анамнестических данных и клиники заболевания был предварительно поставлен диагноз: полиоэнцефалитическая форма клещевого энцефалита с бульбарными параличами.

Реакция торможения геагглютинации: 30/VII—1 проба — отрицательная, 12/VIII—2 проба — 1:40. Нарастание титра геагглютинации в течение короткого промежутка времени подтвердило предварительный диагноз клещевого энцефалита.

30/VIII больной выписан в удовлетворительном состоянии. Осмотрен через 2 месяца. Жалоб нет. Трудоспособен.

Наше наблюдение показало, что применение длительного искусственного дыхания может оказаться эффективным при обратимых параличах дыхательного центра.

удк 616—001

## Г. И. Гусаков (Казань). Тяжелая комбинированная травма у ребенка

Г., 7 лет, поступила 15/IV 1968 г. через 40 мин. после транспортной травмы в крайне тяжелом состоянии, без сознания, с двигательным беспокойством. Пульс 130, слабого наполнения и напряжения, АД 70/0, дыхание поверхностное, 14 в мин. Из правого и левого наружных слуховых проходов и правого носового хода выделяется кровь с примесью ликвора. Анзизокория. Реакция зрачков на свет вялая. Плавающий взор. Корнеальный и глотательный рефлексы отсутствуют. На болевой раздражитель ребенок не реагирует. Левосторонний гемипарез. Периодически гипертонус в правых конечностях, левые сухожильные и периостальные рефлексы больше правых. Брюшные рефлексы отсутствуют. Двухсторонний симптом Бабинского и симптом Оппенгейма справа. Менингеальных знаков нет.

На передней поверхности левого плечевого сустава рана  $6 \times 2$  см, с ровными краями, умеренным кровоточением; рана мягких тканей в правой паховой области  $10 \times 2$  см. Живот слегка напряжен в нижнем отделе. Над лоном и в пахово-подвздошных областях подкожная разлитая гематома, распространяющаяся на левое бедро.

На рентгенограмме костей таза: перелом лобковой и седалищной костей без смещения отломков.

Диагноз: закрытая травма черепа, ушиб головного мозга тяжелой степени с наличием стволовых симптомов; двухсторонний перелом основания черепа в области пирамид височных костей; закрытый перелом лобковой и седалищной костей слева без сме-