

значение атравматичности операции, бережному отношению к мягким тканям, тщательному укрытию костных фрагментов мягкими тканями.

При открытых переломах мы широко применяем антибиотики местно, а в послеоперационном периоде в течение первых 7 дней внутриаптериально вводим антибиотки широкого спектра действия, 1% раствор хлористого кальция по 300—400 мл ежедневно.

После операций по поводу закрытых переломов диафиза бедра осложнений не было.

Из 23 больных с открытыми переломами бедра у 3 в послеоперационном периоде возникло осложнение в виде остеомиелита. Благодаря указанным мероприятиям воспалительный процесс у всех 3 больных был купирован.

Стержни после операции мы извлекали в сроки от 6 месяцев до 1 года после подтверждения сращения перелома рентгенографией.

ВЫВОДЫ

1. Показанием к раннему оперативному лечению свежих переломов диафиза бедра является отсутствие соприкосновения отломков при поперечном переломе со смещением на всю ширину и по длине, а также со смещением по ширине больше чем на половину диаметра кости (у взрослых) и интерпозиция мягких тканей как при поперечных, так и при косых переломах.

2. При соответствующих показаниях ранняя операция — в первые 7 дней после перелома — создает более благоприятные условия для сращения.

3. Внутрикостный фиксатор В. И. Фишкина и внутрикостный компрессирующий фиксатор нашей конструкции позволяют создать плотный, устойчивый остеосинтез, что обеспечивает первичное заживление костной раны.

4. Для ускорения формирования костной мозоли при несрастающихся и несросшихся переломах бедра следует шире использовать в дополнение к металлоостеосинтезу пристеночный аутоотрансплантат.

УДК 616—001.17—615.38/39

ПРЯМЫЕ ПЕРЕЛИВАНИЯ КРОВИ ПРИ ОЖОГАХ

Ал. К. Атанасов

Ожоговая клиника (зав.—доц. Д. Ранев) Института скорой помощи им. Н. И. Пирогова (София)

В последние годы вновь усилился интерес к прямому переливанию крови. Многие авторы подчеркивают высокую его эффективность по сравнению с трансфузиями консервированной крови. Так, Ф. А. Даниелян (1963), применив прямые гемотрансфузии у больных с ожогами, подчеркивал, что прямое переливание приводит к более быстрому улучшению общего состояния больных. Прямые переливания крови при ожогах применяют Ф. К. Папазов (1965), С. И. Выскубенко (1966), В. И. Бабюк (1966), указывая на их высокий терапевтический эффект.

Кровь, перелитая этим способом, обладает высокой бактерицидной активностью и имеет максимальное содержание витаминов, белков и электролитов.

Мы использовали прямые переливания крови в комплексе лечебных мероприятий у 28 больных в возрасте от 3 до 60 лет с преимущественно глубоким ожогом от 10 до 40% поверхности тела и у 15 примерно одинаковых по тяжести больных — переливание консервированной крови со сроком хранения от 9 до 20 дней.

Распределение больных по возрасту и распространенности ожога показано в таблице.

Возраст больных, лет	Прямое переливание			Трансфузия консервиро- ванной крови		
	процент обожженной поверхности					
	11—20	21—30	31—40	11—20	21—30	31—40
3—14	3	6	6	3	3	3
14—18	—	1	1	1	—	—
18—60	2	5	4	2	3	3

Прямые переливания крови обладают несомненно более выраженным дезинтоксикационным и стимулирующим действием. Они способствуют нормализации сна и аппетита, снижению диспепсических явлений и улучшению общего состояния. Более быстро восстанавливается количество эритроцитов и сывороточного белка (рис. 1), быстрее устраняется состояние анемии и гипопроteinемии.

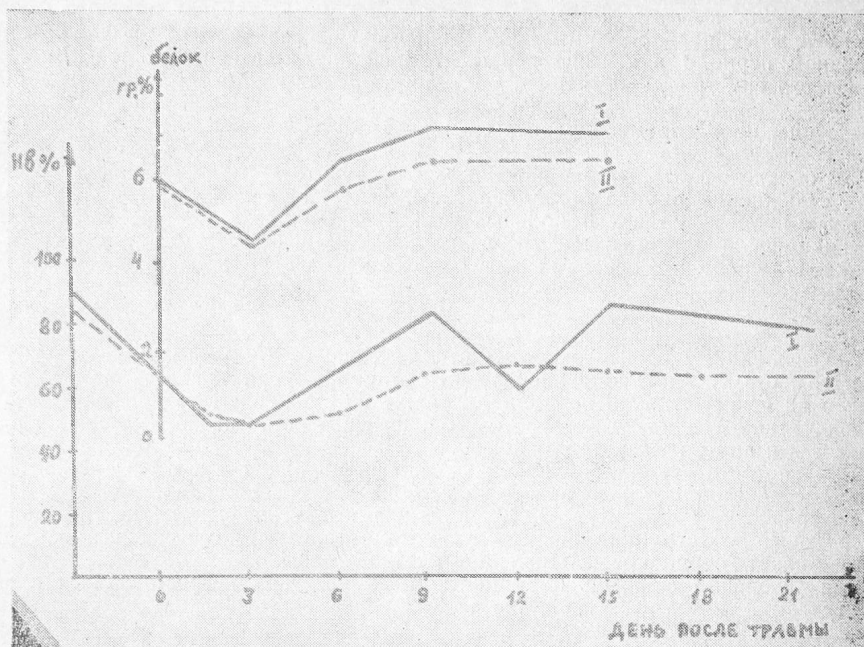


Рис. 1. Количество гемоглобина и сывороточного белка в зависимости от срока заболевания и метода гемотрансфузии.
I — прямое переливание; II — трансфузия консервированной крови.

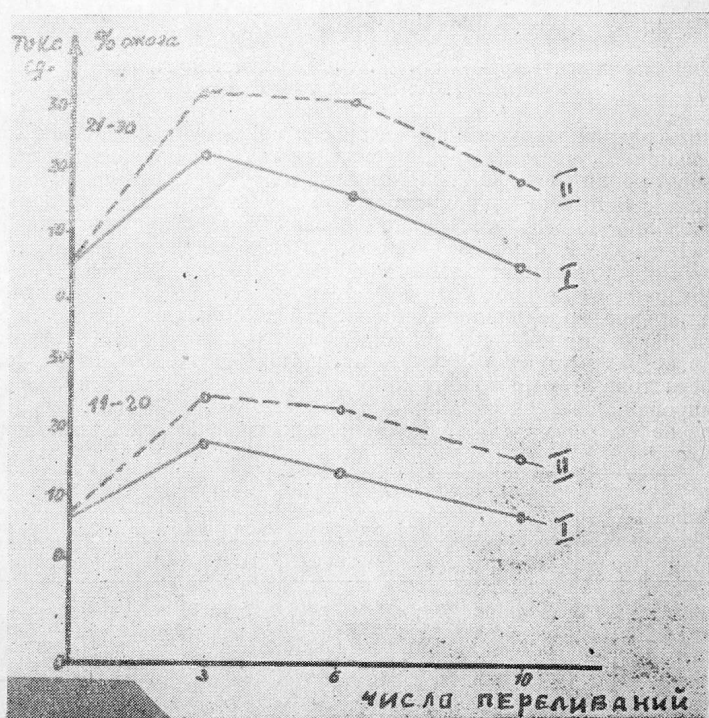


Рис. 2. Токсичность сыворотки крови в зависимости от метода переливания.
I — прямое переливание; II — трансфузия консервированной крови.

Под влиянием ожоговой травмы повышается токсичность сыворотки крови. Рост токсичности прямо пропорционален тяжести ожога и зависит от времени начала и характера терапии. Уровень токсичности оказывается наиболее высоким к 6—9-му дню после травмы при благоприятном течении заболевания. Под влиянием прямых гемотрансфузий кривая токсичности не достигает такой высоты, как при переливаниях консервированной крови, и быстрее снижается (рис. 2).

Таким образом, мы можем утверждать, что прямые переливания крови обладают более высокими дезинтоксигирующими свойствами. При тяжелых ожогах прямые гемотрансфузии оказываются методом выбора гемотерапии в комплексном лечении.

ЛИТЕРАТУРА

1. Арьев Т. Я. Термические поражения. Медицина, Л., 1966.
2. Бабюк В. И. Ортопед., травм. и протез., 1966, 4.
3. Вискубенко С. И. Вopr. радиологии и гематологии. Томск, 1965.
4. Даниелян Ф. А. Материалы научн. конф. по проблеме заготовки и перелив. крови. Л., 1963.
5. Папазов Ф. К. Материалы IV научн. конф. Дон. ж. д. Донецк, 1965.

УДК 616.831.9—002—002.5

О ТУБЕРКУЛЕЗНОМ МЕНИНГИТЕ У ВЗРОСЛЫХ

Доц. Е. Е. Полушкина

Курс туберкулеза (зав. — доц. Е. Е. Полушкина) Ижевского медицинского института, Республиканское противотуберкулезное объединение (главврач — Г. В. Шатрова)

При ранней диагностике, своевременном комплексном лечении с включением туберкулостатической терапии выздоровление при туберкулезном менингите стало довольно закономерным явлением. Однако еще наблюдаются и случаи с летальным исходом.

Некоторые отличия проявлений туберкулезного менингита у взрослых, особенности его течения в настоящий период, когда возможно его возникновение у больных различными формами туберкулеза, чаще на фоне неполноценного лечения туберкулостатическими препаратами, иногда приводят к поздней диагностике, заставляют внимательно анализировать каждый случай заболевания туберкулезным менингитом.

Мы изучили истории болезни 56 взрослых больных туберкулезным менингитом (38 мужчин и 18 женщин), которые находились на лечении в стационаре республиканского противотуберкулезного объединения с 1947 г.

20 больных были в возрасте до 20 лет, 16 — от 21 до 30 лет, 9 — от 31 до 40 лет, 10 — от 41 до 50 лет и 1 — старше. 30 больных проживали в городах, 26 — в сельской местности. Разницы в заболеваемости по сезонам года не было. 18 чел. поступили на 1-й неделе заболевания, 8 — на 2-й, 5 — на 3-й и 25 — на 4-й и позже. У 39 больных была базилярная форма туберкулезного менингита, у 9 — менинго-энцефалит, у 8 — спинальная форма. У 15 больных туберкулезный менингит сочетался с гематогенно-диссеминированным туберкулезом легких, у 3 — с очаговым, у 8 — с инфильтративно-пневмоническим, у 10 — с фиброзно-кавернозным, у 3 с первичными формами. У 9 чел. одновременно с поражением легких обнаружены внелегочные формы туберкулеза. У 18 в мокроте определено миковыделение.

По течению болезни в половине наблюдений можно выделить типичный вариант, у 9 больных было острое начало заболевания, у остальных клинические проявления не были ярко выражены, и первоначально диагностировались другие заболевания.

Наиболее характерно атипичное течение заболевания у больных туберкулезом, которые принимали туберкулостатическую терапию: у них проявление туберкулезного менингита первоначально принимали за лекарственную непереносимость.

Первым и наиболее постоянным симптомом болезни является головная боль, которая отмечалась всеми больными, чаще в лобной зоне; интенсивность головных болей нарастала в вечернее и ночное время и усиливалась при световых и звуковых раздражителях.

Рвоты не было только у 3 больных. У 42 больных температурная кривая имела интермиттирующий характер, у 4 — гектический, у 10 был субфебрилитет. Нормализация температуры у большинства больных произошла почти одновременно с нормализацией ликвора.

Менингеальные симптомы были у всех больных, однако у трети они не были яркими.

Глазодвигательный нерв был поражен у 49 больных, отводящий — у 42, периферический паралич лицевого нерва был у 35. Другие проявления, как и указанные выше, встречались в самых различных вариациях.