

дры в большом количестве в виде детрита. При отдельном исследовании дневной и ночной мочи реакция Грегерсена положительно только в ночной порции. Окончательно диагноз подтвержден постоянным обнаружением гемосидерина в моче при многократном ее исследовании. Больной находился в клинике 44 дня. Получал стол 76, пенициллин, преднизол, нерабол, адонизид, витамины, метионин, глюкозу внутривенно. Перед выпиской гем. 31 ед., Э. 1330 000, тромбоциты 80 000, РОЭ 55 мм/час. В крови резко выражен анизо-пойкилоцитоз.

УДК 616.62—617.711—616.72—002

В. М. Андреев (Казань). О лечении синдрома Рейтера гризеофульвином

Как известно, уретро-окуло-синовиальный синдром (синдром Рейтера) складывается из гнойного уретрита, гнойного конъюнктивита и артрита. Вопрос об этиологии этого синдрома до сих пор остается открытым. В последнее время появились сообщения о наличии специфического возбудителя (вирус). Синдром Рейтера, по мнению большинства исследователей, является вариантом течения ревматоидного артрита.

В ряде случаев мы могли убедиться в упорстве течения заболевания при применении обычной в клинике ревматоидной терапии с введением глюкокортикоидов.

В 1968 г. Николау, Неаги и Букур сообщили о благоприятном действии гризеофульвина в одном тяжелом случае синдрома Фиссенже — Леруа — Рейтера. Через 3 недели лечения гризеофульвином (ликуденом) по 1,5 в день было достигнуто выраженное улучшение: в последующие 3 недели гризеофульвин применяли по 1,0 в день, и больной выздоровел.

Мы наблюдали благоприятный эффект при применении гризеофульвина у больного с выраженным синдромом Рейтера.

У Н., 48 лет, через неделю после острой респираторной инфекции появился сильнейший гнойный конъюнктивит. Вскоре больного стало беспокоить частое болезненное мочеиспускание, обильные выделения из уретры. В это же время появились боли в левом лучезапястном, плечевых, коленных суставах, припухлость их. При обследовании в дерматовенерологическом диспансере специфическая инфекция не была обнаружена. В течение месяца больной лечился амбулаторно с диагнозом «цистит» и «полиартрит» (пенициллин, бутадиион, облучение кварцем). Затем 1,5 месяца находился в терапевтическом отделении городской больницы, где получал преднизолон (начал с 30 мг в день), реопирин, димедрол, анальгин и др., но безуспешно. Переведен в нашу клинику, где находился с 7 сентября по 22 октября.

При поступлении жаловался на боли в коленных, левом плечевом, правом лучезапястном суставах, скованность по утрам, потливость. Больной с большим трудом поднимается с постели. Правый лучезапястный сустав деформирован, движения в нем резко ограничены. Правый коленный сустав несколько припухший, движения в нем и в левом плечевом суставе вызывают резкую боль. Температура субфебрильная. Со стороны сердца, легких, органов брюшной полости особых изменений нет. На рентгенограммах пораженных суставов патологических изменений костей не обнаружено.

Лечение дексаметазоном, бутадиионом, реопирином не дало эффекта. Наконец, больному назначили гризеофульвин-форте по 0,125 г 4 раза в день. Примерно к концу 3-й недели состояние его несколько улучшилось, уменьшились боли в суставах, стала менее выраженной скованность по утрам, увеличился объем движения в пораженных суставах. С 4-й недели больной получал гризеофульвин-форте по 0,125 г 3 раза в день. Через 2 месяца от начала приема гризеофульвина состояние его стало хорошим. Только при длительной ходьбе отмечает тяжесть в стопах. Суставы без деформации. РОЭ 6 мм/час.

УДК 616.981.551

С. С. Валитов, В. М. Фишелев, О. Н. Магер (Казань). Реанимация при генерализованном столбняке

Специфическая профилактика столбняка путем активной и пассивной иммунизации, как показывает опыт, решена блистательно. Но в целом проблема остается нерешенной, так как эффективной терапии нет, и в каждом случае общего столбняка прогноз остается сомнительным. Лечение по существу начинается только тогда, когда уже произошла фиксация токсина в тканевых структурах и когда ликвидация возбудителя и образуемого им свободного токсина уже не может оборвать цепного процесса развития болезни. Этиологическая терапия здесь не играет существенной роли. Центр тяжести переносится на терапию патогенетическую, в которой важное место отводится неспецифическим реанимационным мероприятиям.

Приводим наше наблюдение.

Г., 43 лет, доставлена 29/IX 1970 г. в 15 час. 15 мин. с диагнозом: столбняк. 18/IX больная упала и получила ушибленную рану затылочной области головы. Никуда не обращалась, продолжала работать. Вынуждена была обратиться к хирургу лишь 23/IX, на 6-е сутки, когда из раны появились гнойно-кровянистые выделения с неприятным запахом. Рана была обработана хирургом. Хирург не считал нужным вводить ПСС, так как 4 месяца назад больной была введена ПСС в связи с переломом ключицы.

С утра 28/IX (на 11-й день травмы) больная заметила, что рот как будто меньше открывается, что стала картавить; появились слабость и быстрая утомляемость. В этот же день она пошла на прием. Хирург сделал перевязку раны, а ее состояние объяснил ей как последствие травмы черепа. Возвращаясь из поликлиники, больная почувствовала сильную слабость, еле дошла до дому. Дома она уже не могла открывать рта и объяснялась с членами семьи с помощью записок. Ночь провела очень беспокойно — нарастала слабость, появились боли в мышцах конечностей.

На другой день, утром 29/IX, попыталась встать с постели и упала на пол. До прихода с работы родных весь день пролежала на полу — не было сил встать. В этот же день больная была доставлена сначала в инфекционную больницу, оттуда переправлена в хирургическое отделение.

Состояние больной средней тяжести. Сознание ясное, температура 38,6°, пульс 100, АД 140/80. Дыхание поверхностное, незаметное, учащенное. Кожные покровы бледно-синюшной окраски. Тризм, нарушены речь и глотание, есть намеки на *risus sardoniacus*.

Больная спокойна. Самопроизвольных судорог нет, но они легко провоцируются, например попыткой тыльного сгибания стопы. Тонус мышц повышен — сгибание и разгибание конечностей встречают сопротивление; ригидность брюшной стенки, а также мышц спины.

На затылочной области головы на участке 5 × 6 см волосы выбриты, широкий рубец длиной около 4 см, несколько отечный, гиперемированный, но безболезненный и сухой.

Диагноз: острый генерализованный столбняк.

С первой минуты больная передана под наблюдение и лечение врачей анестезиологическо-реанимационного отделения. Для нее выделена отдельная палата, организован индивидуальный сестринский и врачебный пост с необходимым оборудованием и медикаментами (наркозный аппарат, электроотсос, интубационные трубки, ларингоскоп, кислород и т. д.).

В день поступления после подкожных проб введено внутривенно 150 тыс. ед. ПСС под тиопенталовым наркозом, во 2-й день — 120 тыс. ед. внутримышечно и на 3-й день — 100 тыс. ед. внутримышечно. Дальнейшее введение ПСС, по литературным данным, не имеет смысла, так как весь циркулирующий свободный токсин указанными дозами нейтрализуется. Средств для нейтрализации фиксированного в нервных клетках токсина пока нет.

В первые дни, 29—30/IX судорог не было, поэтому ограничились внутримышечным введением нейроплегических смесей 3—4 раза в сутки, введением хлоралгидрата в клизме, внутривенно жидкостей для поддержания водного баланса.

1/X (на 3-й день поступления) появились редкие судороги, не очень сильные и непродолжительные (10—15 сек.). В течение дня такие судороги наблюдались 7 раз. Угрозы асфиксии не было, гемодинамика оставалась стабильной. Терапия та же. За сутки введено 2,5 л жидкости. Диурез — 880 мл.

2/X судороги участились, а с 3 часов дня они стали непрерывными. Прежняя терапия была явно недостаточной. Добавили оксипутират натрия — по 10 мл 20% раствора внутривенно в 17.00 и 18.00. Эффект очень кратковременный, через 30—40 мин. судороги возобновляются. С 20.00 судороги стали более сильными и продолжительными. В 01.00 во время одного из приступов произошла остановка дыхания, сердца, АД упало до 0. Зафиксирована клиническая смерть. Немедленно интубирована трахея и налажена искусственная вентиляция легких (ИВЛ), произведен наружный массаж сердца, введены медикаментозные средства внутрисердечно и внутривенно. Дежурному анестезиологу удалось оживить больную.

3/X больная оставалась под воздействием наркотиков (оксипутират натрия), нейроплегиков, мышечных релаксантов (тубокурарин). Самостоятельное дыхание выключено, полная нейромышечная блокада. Наложена трахеостома для искусственной вентиляции легких.

4/X во второй половине дня больная снова переведена на самостоятельное дыхание. Тонус мышц и рефлексы по-прежнему повышены. Больная продолжала получать нейроплегические смеси и хлоралгидрат в клизме. На этом фоне наблюдались малые судороги, но длительных и сильных судорог, угрожающих асфиксией, больше не было.

В дальнейшем все усилия были направлены на борьбу с легочными осложнениями и гипертермией, на поддержание нормальной гемодинамики, корригирование водно-электролитного баланса и щелочных резервов, восстановление энергетических ресурсов. Большое внимание уделяли сохранению проходимости дыхательных путей. Через трахеостому каждые 30—40 мин. приходилось разжижать (антибиотики в сочетании с ферментными препаратами или раствором бикарбоната натрия) и отсасывать бронхиальный секрет. Жидкости в основном вводили внутривенно. Питание больная получала через зонд 1—2 раза в день в виде питательной смеси Спасокукоцкого.

6/X, на 8-й день болезни, состояние больной снова резко ухудшилось. Выявлен гипокалиемический алкалоз. Причин для развития этого состояния в данном случае было несколько: отсутствие поступления калия, увеличение его потерь через почки в результате гормональной терапии, а самое главное — большие потери в результате колоссальной мышечной работы. Дефицит калия подсчитывали и восполняли 0,3% раствором KCl на 5% растворе глюкозы с инсулином в течение 3 дней под контролем определения калия плазмы.

10/X калий плазмы 21,5 мг%, рН 7,36. Стойко нормализовался электролитный баланс, а также гемодинамика. Пульс 100—110 при температуре 38,3°.

13/X, на 15-й день болезни, удалена трахеостомическая трубка и катетер из вены, так как полностью исчезли судороги. Индивидуальный врачебный пост снят, сестринский оставлен. Эвакуация бронхиального секрета продолжалась через трахеостомный свищ, что позволило успешно справиться с легочными осложнениями.

Температура снизилась до нормы лишь 19/X, на 22-й день болезни. Через 3 дня после этого закрылся трахеостомный свищ. В течение всего острого периода больная получала антибиотики, гормональные препараты (100—120 мг в день гидрокортизона, АКТГ), кардиотоники и витамины. Препараты в основном вводили внутривенно. Больная выписана 16/XI, через 1,5 месяца, в хорошем состоянии.

УДК 616.981.551—612.014.464

Ю. Н. Белокуров, Ю. А. Водолазов, А. Н. Каменный, Б. В. Попов, Б. Н. Кирсанов (Ярославль). Ингаляции кислорода под повышенным давлением при столбняке

Достигнутые в последние десятилетия успехи в изучении действия повышенного давления кислорода (ПДК) на организм позволили использовать этот метод при ряде хирургических инфекций. Первая попытка применения ПДК при столбняке оказалась удачной: из 16 больных удалось спасти 15. Поскольку опыт лечения столбняка таким способом еще очень мал, мы сочли целесообразным привести наше наблюдение.

С., 46 лет, 24/VIII 1969 г. был ранен дробью в правую половину шеи и спины. В районной больнице сделана первичная хирургическая обработка раны и введена профилактическая доза противостолбнячной сыворотки (3000 АЕ) и столбнячный анатоксин. На 7-е сутки с момента травмы у больного повысилась температура до 38°, в области раны появились сильные боли и судорожные подергивания мышц правого плечевого пояса. На следующий день состояние ухудшилось, судороги участились, стало трудно дышать. Больной с подозрением на столбняк переведен в хирургическую клинику.

При поступлении состояние средней тяжести, сознание ясное. Положение вынужденное (сидит в кровати, голова приведена к правому плечу). Дыхание затрудненное, до 40, поверхностное, умеренный цианоз губ. Пульс 80, АД 135/80. Кожа влажная, холодный пот. На шее справа обширная рана с рваными краями, уходящими в слой глубоких мышц спины. При ревизии раны под лопаткой обнаружен войлочный пыж и дробь. Рану расширили, инородные тела удалили. При малейшем прикосновении к коже и инъекциях возникают сильные судороги мышц плечевого пояса. Клинический диагноз: местный столбняк, инфицированная рана правого плечевого пояса после ранения дробью.

Начато лечение: ПСС по 300 000 АЕ в сутки внутривенно, кислород постоянно, анальгетики, антигистаминные и десенсибилизирующие средства. Состояние больного продолжало ухудшаться, местные судороги усиливались, на 3-и сутки появились судорожные сокращения жевательной мускулатуры, диафрагмы и мышц правой ноги. Во время судорог стал появляться ларингоспазм и кратковременный диффузный цианоз. Ввиду безуспешности проводимого лечения и генерализации процесса решено провести лечение ПДК. Проведен один 1,5-часовой сеанс ПДК с давлением O_2 до 3 атм. На следующие сутки прогрессирования симптомов не отмечено, дыхание стало свободнее, одышка уменьшилась до 24 в мин., но приступы судорог возникают при малейшем прикосновении к больному. Через день сеанс ПДК повторен. Состояние больного улучшилось, судороги редкие и только в мышцах плечевого пояса, дыхание ровное. В последующие дни прогрессивно наступало улучшение, и на 15-й день с момента поступления клинические проявления столбняка полностью исчезли. 22/X больной выписан с полным клиническим выздоровлением.

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

УДК 617.55—089

ОРГАНИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОСТРЫХ ПРОЦЕССАХ В БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПО МАТЕРИАЛАМ СЕЛЬСКОГО РАЙОНА

М. В. Буйлин

Республиканская клиническая больница ТАССР

В организации хирургической помощи сельскому населению самым сложным вопросом является оказание неотложной хирургической помощи. Намечившееся общее направление к оказанию специализированной медицинской помощи в центральных