

жести шока. При олигурии происходит нарастание в организме продуктов азотистого обмена и продуктов распада тканевого белка на фоне поражения других органов выделения. Таким образом, азотемия имеет как ретенционное, так и продукционное происхождение.

Наибольшее значение в лечении ожогового шока придают инфузиям. Большинство авторов считает нецелесообразным переливать в сутки более 3—3,5 л жидкости; в первые 6—8 часов рекомендуется вводить 1—2 л. Диурез не ниже 30 мл в час и АД выше 100 указывают на эффективность инфузационной терапии. При венозном давлении 150—200 мм вод. ст. вливание жидкости уменьшают или прерывают.

Если нет рвоты, обильное питье существенно помогает лечению шока; на литр воды добавляют чайную ложку NaCl и 2/3 чайной ложки бикарбоната натрия.

Лучше действуют гемотрансфузии. В среднем достаточно ввести 300 мл крови. Переливают также плазму или полиглюкин.

Для устранения гиперкалиемии вливают 100—300 мл 3—5% раствора NaCl. Мягкая коррекция гипонатриемии достигается инфузией сухой плазмы на физиологическом растворе.

Метаболический ацидоз корректируют внутривенным вливанием 5% раствора бикарбоната натрия (до 350 мл, в зависимости от веса больного).

Показано применение осмотических диуретиков: 500—1000 мл 4—9% раствора мочевины, 25—30 мл 30% раствора гипосульфита натрия, 250—500 мл 20% раствора маннитола. Мочевина эффективна и при приеме внутрь (100 мл 30% раствора мочевины на 5—10% растворе глюкозы). В случае рвоты этот раствор можно вводить в микроклизме.

При олигурии рекомендуют паранефральную новокаиновую блокаду и внутривенное введение 600—700 мл 0,125% раствора нозокаина.

Автор считает, что абсолютных противопоказаний к общему обезболиванию у обожженных нет, а относительными являются распространенная пневмония, сердечно-сосудистая недостаточность, выраженные нарушения функции печени и почек, опасная анемия и гипопротеинемия. Лучше всего сочетать поверхностный эндотрахеальный наркоз с миорелаксантами.

При ранних превентивных операциях современное общее обезболивание в сочетании со своевременным и полным возвращением кровопотери значительно уменьшает риск обширных некрэктомий.

Одной из нерешенных проблем в терапии обожженных является обезболивание их в палате, т. е. в то время, когда нет ни операций, ни перевязок. Сейчас с этой целью назначают опиаты в сочетании с пипольфеном. Малые транквилизаторы неэффективны. При умеренных болях вводят внутримышечно 50% раствор анальгина.

В настоящее время местная анестезия при операциях у обожженных в значительной степени уступает свои позиции общему обезболиванию.

Применяют обезболивание методом электрофореза новокаина.

Местная анестезия допустима при небольших вмешательствах у взрослых и при невозможности использовать другие виды обезболивания.

Возможность и относительная безопасность наркозов при перевязках обеспечивается кратковременностью (от 8 до 25 мин.) и поверхностным уровнем наркоза. За 30—40 мин. до наркоза вводят 0,8—1 мг атропина и 10—20 мг промедола или пантопона.

Масочный наркоз закисью азота при перевязках не нашел широкого применения. Весьма перспективен фторотановый наркоз.

Автор указывает, что после нескольких наркозов часто возникает «привыкание» к наркотическому веществу, повышается устойчивость к нему, увеличивается период индукции, уменьшается глубина сна от одинаковых количеств наркотиков.

По мнению автора, изменения внутренних органов в связи с многократным применением наркоза невелики и обратимы.

До сих не ясно, влияет ли наркоз на течение ожоговой болезни.

В заключение автор пишет, что многие частные вопросы обезболивания и реанимации у обожженных в настоящее время остаются еще не решенными.

Данная монография принесет, безусловно, большую пользу всем врачам, курирующим обожженных.

А. М. Окулов (Казань)

НЕКРОЛОГ

УДК 57 (092 Файзуллин)

ДОЦЕНТ САЛИХ ГИРФАНОВИЧ ФАЙЗУЛЛИН

10 июня 1971 г., на 67-м году жизни, скончался бывший проректор по учебной работе, доцент кафедры биологии Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова, кандидат биологических наук, член КПСС с 1944 г. Салих Гирфанович Файзуллин.

С. Г. Файзуллин родился в 1904 г. в г. Перми. В 1929 г. окончил Казанский государственный университет по специальности зоология позвоночных; еще студентом начал педагогическую деятельность. С 1926 по 1935 г., преподавал биологию на рабочих факультетах в ряде казанских вузов (сельскохозяйственном, педагогическом энергетическом, химико-технологическом), возглавлял кабинет биологии на рабфаке КГПИ; принимал участие в составлении ряда учебников по биологии на татарском языке.



Начиная с 1931 г., т. е. со времени организации кафедры биологии, и до ухода на пенсию в 1967 г. Салих Гирфанович работал в Казанском медицинском институте, сначала ассистентом, а с 1936 г.—доцентом кафедры биологии.

С. Г. Файзуллин изучал диспропорциональный рост в онтогенезе, что было темой его кандидатской диссертации, успешно защищенной им в 1941 г. Проблеме изменений роста некоторых водных животных под влиянием условий внешней среды были посвящены и дальнейшие его работы. В последние годы он занимался исследованием распространения гельминтов у детей дошкольного возраста и степени инвазированности яйцами гельминтов внешней среды некоторых районов г. Казани. Эту работу он проводил совместно с сотрудниками городской СЭС.

С. Г. Файзуллин длительное время выполнял в институте большую административную работу: был проректором по учебной работе, зам. декана санитарно-гигиенического, а затем педиатрического факультетов.

Его неоднократно избирали в партбюро педиатрического факультета, в течение многих лет он был парторгом кафедры, активно участвовал в избирательных кампаниях.

За свою многолетнюю и безупречную работу С. Г. Файзуллин был награжден орденом «Знак почета», тремя медалями и грамотами Президиумов Верховного Совета РСФСР и ТАССР. Его имя неоднократно заносилось на Доску почета сотрудников института.

Он был всегда отзывчивым, добрым, выдержаным, корректным в обращении со студентами и сотрудниками; был истинным воспитателем студенчества, достойным членом Коммунистической партии.

Таким он останется в памяти всех близко знавших его.

Группа товарищей

УДК 617 (092 Мифтахов)

ДОЦЕНТ НАРИМАН АБДРАХМАНОВИЧ МИФТАХОВ

2 августа 1971 г. скоропостижно скончался декан педиатрического факультета Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им С. В. Куршова доцент Нариман Абдрахманович Мифтахов.

Н. А. Мифтахов родился 26/IX 1929 г. в Лайшевском районе ТАССР в семье крестьянина. В 1953 г. он окончил лечебный факультет Казанского медицинского института и в течение 7 последующих лет работал главным врачом и хирургом Урус-синской больницы Ютазинского района ТАССР, по материалам которой им была опубликована работа о результатах операций резекции желудка. В 1961 г. он поступил в аспирантуру на кафедру оперативной хирургии и топографической анатомии Казанского медицинского института. Успешно выполнил диссертацию по топографии желчевыводящих путей под руководством проф. В. Х. Фраути и блестяще защитил ее в 1965 г.

С 1964 г. он работал ассистентом, а в 1968 г. был избран доцентом кафедры хирургии детского возраста.

Одновременно Н. А. Мифтахов вел большую работу в качестве главного специалиста Министерства здравоохранения ТАССР по детской хирургии и внес ощущимый вклад в организацию хирургической помощи детям г. Казани, ТАССР и соседних областей и республик. Он принимал самое деятельное участие в организации клиники детской хирургии при 6-й и 15-й клинических больницах г. Казани.

В 1970 г. Н. А. Мифтахов был избран деканом педиатрического факультета Казанского медицинского института.

Круг научных интересов Н. А. Мифтахов был исключительно широк. Он изучал вопросы внутрипеченочной топографии и вариации желчевыводящих путей, разрабатывал проблему этиологии, диагностики и хирургического лечения болезни Фаволи — Гиршпрунга

