

4. Существенное значение для возникновения пороков внутриутробного развития имели явления угрожающего недонашивания, при которых может легко наступать расстройство маточно-плацентарного кровообращения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бакпева Р. Г. Акуш. и гинек., 1956, 2.— 2. Беккер С. М. В кн.: Влияние осложнений беременности и родов на здоровье детей первых лет жизни. Медицина, Л., 1966; Акуш. и гинек., 1968, 9.— 3. Бескровная Н. И. Акуш. и гинек., 1970, 2; там же, 1970, 3.— 4. Бескровная Н. И., Либих Р. Ф., Слепых А. С. Клиника и диагностика синдрома Штейна — Левенталя. Медицина, Л., 1970.— 5. Бодяжина В. И. Вопросы этиологии и профилактики нарушений развития плода. Медгиз, М., 1963.— 6. Вайман И. М. Материалы научн. конф. Черновицк. обл. зобно-эндокр. диспансера. Черновицы, 1963; Акуш. и гинек., 1964, 3; Поликистозное перерождение яичников (синдром Штейна — Левенталя). Минск, изд. «Беларусь», 1969.— 7. Варнавская Т. Материалы II Всесоюзн. конф. по вопр. физиол. и патол. эндокр. системы женщины. Тбилиси, 1966.— 8. Гармашова Н. Л. В кн.: Рефлекторные реакции женского организма. Медгиз, Л., 1952; В кн.: Проблемы совр. эмбриологии. Изд. ЛГУ, Л., 1956; В кн.: Патофизиология внутриутробного развития. Л., 1969.— 9. Квартер Е. И. и Крымская М. Л. Тр. XI Всесоюзн. съезда акуш. и гинек. М., 1963; Акуш. и гинек., 1964, 3.— 10. Моисеенко М. Д., Шахновская В. Ф., Голубева И. В. Акуш. и гинек., 1964, 3.— 11. Никитин А. И. и Самошкина Н. А. В кн.: Синдром Штейна — Левенталя. Медицина, Л., 1970.— 12. Персианинов Л. С. Акуш. и гинек., 1961, 6.— 13. Петров-Маслаков М. А. В кн.: Влияние осложнений беременности и родов на здоровье детей первых лет жизни. Медицина, Л., 1966.— 14. Петров-Маслаков М. А. и Репина М. А. Там же.— 15. Прудникова В. В. и Пчелинцева Т. В. Там же.— 16. Слепых А. С., Бескровная Н. И., Арсеньева М. Г., Калашникова Е. П., Либих Р. Ф. Материалы II Всесоюзн. конф. по вопр. физиол. и патол. эндокр. системы женщины. Тбилиси, 1966.

УДК 616.981.232

К ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКЕ МЕНИНГОКОККОВЫХ ИНФЕКЦИЙ

*Канд. мед. наук Г. И. Рузаль, Ф. В. Тарнопольская,
Н. Н. Дунаева, Л. К. Цукерман*

*Казанский НИИЭМ (директор — канд. мед. наук. Т. А. Башкирев) и городская СЭС
(главврач — канд. мед. наук А. Н. Крепышева)*

Мы провели опыт посева исследуемого материала из носоглотки на 1 чашку 20% сыровоточного агара и полчашки элективной среды с ристомидином и параллельно на среду обогащения. Материал забирали двумя сухими тампонами: одним производили посев на плотные питательные среды, второй погружали в среду обогащения — 0,1% полужидкий агар, содержащий в 100 мл среды 20 мл сыровотки и 0,75 мл раствора ристомидина (20 000 ед. в 1 мл). Среда была разлита в пробирки по 3 мл. Посевы транспортировали в лабораторию на грелках. Через 24 часа инкубации в термостате производили рассев со среды обогащения на полчашки 20% сыровоточного агара. Через сутки на этих чашках появлялся обильный рост чистой культуры менингококка.

Было обследовано 109 чел. При прямом посеве на плотные питательные среды выделено 9 культур (8,25%), со среды обогащения — 10 (9,17%).

Сравнительная высеваемость менингококка при прямом посеве на плотные питательные среды и среду обогащения

Коллективы	Число обследованных лиц	Выявлено носителей	Выделено культур			
			20% сыровоточный агар и среда с ристо- мидином		среда обогащения	
			абс.	%	абс.	%
Школа	32	2	2	6,25	2	6,25
Детский сад	51	6	5	9,80	6	11,76
Ясли	26	2	2	7,69	2	7,69
Итого	109	10	9	8,25	10	9,17

Далее в опыт было взято 17 коллективов, равноценных по возрастному составу детей, времени изоляции больного, начала обследования коллектива и доставки материала в лабораторию. В одних коллективах посев проводили согласно методическим указаниям № 850—70 от 15/VI 1970 г., в других — на 0,1% полужидкий сывороточный агар с ристомидином.

При прямом посеве на плотные питательные среды от 289 обследованных менингококк выделен у 23 лиц (7,88%). При посеве от 196 чел. на среду обогащения процент положительных результатов составил 7,65% (15 культур).

Таким образом, высеваемость менингококка со среды обогащения была такой же, как при прямом посеве на плотные питательные среды. Несмотря на то, что при качественном проведении посева материала непосредственно на плотные питательные среды результат анализа может быть выдан через 48 часов, а со среды обогащения — через 72 часа, есть определенные преимущества используемой нами питательной среды. Они заключаются в следующем: 1) первичный посев материала в полужидкий агар прост и облегчает доставку его в лабораторию; 2) получение обильного роста чистых культур в пересеве со среды обогащения облегчает работу бактериологов по выделению менингококков; 3) 0,1% полужидкий сывороточный агар с ристомидином, являясь средой обогащения, в то же время служит консервантом и транспортной средой.

ОБМЕН ОПЫТОМ И АННОТАЦИИ

УДК 616.12—001.4

Н. К. Зорин (г. Ковылкино). Помощь при ранениях сердца в районной больнице

За 1967—1970 гг. в хирургическом отделении Ковылкинской центральной больницы находилось на лечении по поводу проникающего ранения грудной клетки с повреждением сердца 3 больных. У 1 из них повреждение сердца было проникающим и у 2 — непроникающим. Ранения были нанесены острыми предметами (нож, отвертка).

Приводим наши наблюдения.

К., 17 лет, доставлен 30/IV 1967 г. в бессознательном состоянии, через 30 мин. после ранения ножом в левую половину грудной клетки. Пульс не определяется, АД 40/0. В приемном покое начато внутриартериальное нагнетание однокрупной крови (450 мл) и искусственное дыхание. Больной взят в операционную. Под эндотрахеальным наркозом при одновременном внутривенном и внутриартериальном переливании крови и полиглюкина произведена торакотомия слева, ушивание непроникающей раны правого предсердия, удаление сгустков крови из околосердечной сумки, промывание околосердечной сумки раствором антибиотиков, дренирование плевральной полости через контрапертуру в IX межреберье. Послеоперационный период осложнился эмпиемой плевры, которая излечена консервативно в течение 5 месяцев.

Через 3 года К. чувствует себя хорошо, занимается спортом, имеет второй разряд по легкой атлетике.

П., 23 лет, доставлен 18/VI 1967 г. в бессознательном состоянии, через 20 мин. после нанесения ранения ножом в левую половину грудной клетки. Пульс и АД не определяются. Под эндотрахеальным наркозом с миорелаксантами при параллельном переливании однокрупной крови (750 мл) произведена торакотомия в V межреберье, ушивание непроникающей раны левого желудочка, удаление сгустков крови из околосердечной сумки, промывание ее раствором антибиотиков, дренирование плевральной полости резиновой трубкой. Послеоперационный период протекал гладко. Выздоровление. Через 4 месяца после операции П. стал выполнять прежнюю работу. Осмотрен через 3 года. Жалоб нет. Состояние хорошее, работает трактористом.

З., 16 лет, доставлен 31/X 1970 г. через 20 мин. после нанесения ранения в левую половину грудной клетки. Больной без сознания, кожные покровы бледно-синюшные, покрыты холодным липким потом. Пульс не определяется, АД 50/30. Под эндотрахеальным наркозом с миорелаксантами при одновременном внутривенном переливании крови (450 мл), полиглюкина (450 мл), сухой плазмы (250 мл) произведена переднебоковая торакотомия в V межреберье слева. При ревизии ранение оказалось проникающим в полость левого желудочка. Рана ушита узловыми шелковыми швами после тампонирования раны указательным пальцем левой кисти. Послеоперационный период сопровождался двухсторонней пневмонией. Пациент выписан на 40-й день по выздоровлении. Осмотрен через 4 месяца. Жалоб не предъявляет. Состояние хорошее.

УДК 616—089.5—031.81—615.835.5

Ю. М. Скоморохов, Л. К. Большунова, В. И. Шаров (Йошкар-Ола). Ингаляционный наркоз в ортопедо-травматологическом отделении

Достижения современной ортопедии и травматологии во многом обусловлены успехами обезболивания и реаниматологии, позволивших расширить объем и уменьшающих риск операций.