

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 ристомциномом.

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 ристомциномом, 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 желудка, 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 желудка. 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.