

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.

В данном сообщении обобщен опыт применения 1859 ингаляционных наркозов у 1745 ортопедо-травматологических больных, лечившихся в республиканской больнице Марийской АССР в течение последних 10 лет (1960—1969). Возраст больных колебался от 2 месяцев до 85 лет, 128 чел. были старше 50 лет.

Характер хирургических вмешательств и метод анестезии: резекция, артродез, открытое вправление вывиха суставов — 40/57 (в числителе — количество масочных наркозов, в знаменателе — эндотрахеальных), фиксация позвоночника, ламинэктомия, дискэктомия — 9/112, операция по поводу тяжелых комбинированных травм — 6/36, остеосинтез — 133/269, костно-сухожильная пластика на стопе и кисти — 170/31, кожная пластика — 83/15, закрытая репозиция переломов костей и вправление вывихов — 516/48, перевязки — 174/0, прочие — 96/64.

Масочных наркозов проведено 1227, эндотрахеальных — 632. Премедикация и методика проведения наркозов были общепринятыми.

Анестезия обеспечивалась эфиром (657/510 раз), закисью азота (345/39), эфиром + закисью азота (162/81), фторотаном (17/0), фторотаном + закисью азота (46/2).

Масочный наркоз применяли при кратковременных и средней продолжительности операциях и манипуляциях. При этом в качестве основного наркотика раньше использовали преимущественно эфир, а у лиц пожилого возраста, тяжелых больных с сопутствующими заболеваниями — закись азота; в настоящее время в случаях применения масочного метода анестезии мы отдаем предпочтение фторотану в потоке закиси азота.

Индукцию в наркоз начинаем закисью азота с кислородом. Затем постепенно подаем фторотан до 3 об.%. Поддержание наркоза на 1-м уровне III стадии осуществляем подачей от 0,5 до 2,0 об.% фторотана в смеси с закисью азота в соотношении с кислородом 3:1, 2:1 или 1:1 по полуоткрытому контуру дыхания аппаратом УНАП-2.

Нами проведено 46 фторотано-закисно-азотно-кислородных масочных наркозов. У больных наступало быстрое и приятное засыпание с переходом в стабильный, нужной глубины наркоз с достаточной релаксацией, уменьшением секреции слюнных и бронхиальных желез.

Быстрота прекращения наркотизирующего действия фторотана в сочетании с закисью азота, отсутствие посленаркозной депрессии дыхания и вторичного сна позволили применить эту смесь и в амбулатории (у 12 больных).

Многокомпонентный эндотрахеальный наркоз мы проводили прежде всего при сочетанных повреждениях костей и внутренних органов, а также при больших по объему, тяжести, длительности и степени риска плановых операциях. Этот способ обезболивания мы нашли показанным и в 163 случаях вынужденного положения больного на операционном столе: в боковой позиции или на животе.

Почти все операции протекали при стабильных гемодинамических показателях. Этому способствовало углубление наркоза, внутривенное введение анальгетиков и 0,25% раствора новокаина в наиболее травматичные моменты операции, а также инфльтрация новокаином области оперативного вмешательства, своевременное и адекватное восполнение кровопотери, использование релаксантов, профилактика постуральных реакций кровообращения.

В процессе практического применения ингаляционного наркоза мы учитывали и анализировали его осложнения. Масочные наркозы чаще всего осложнялись рвотой:

Из серьезных осложнений эндотрахеального наркоза нами отмечены: парциальный бронхоспазм — у 1 больного, острый стенотический постинтубационный ларинготрахеит — у 4, острая глубокая гипотензия постурального характера — у 3. Летальных исходов, обусловленных обезболиванием, не было.

Острую глубокую гипотензию мы наблюдали у больных с патологией тазобедренного сустава, позвоночника в ответ на их поворот в боковую позицию после индукции в наркоз и интубации.

Умеренная постуральная гипотония встречается часто. Так, изучая реакцию кровообращения на поворот тела у 40 больных, находящихся под наркозом, мы обнаружили ее у 19. Пульс участился у 18 больных, замедлился у 7 и не изменился у 15.

С целью предупреждения постуральных реакций кровообращения мы с 1965 г. интубируем всех ортопедо-травматологических больных, которым предстоит операция в положении на боку, в той же позиции. При этом голову больного поворачиваем на 45° в сторону, противоположную боку, на котором лежит больной (при переломах и вывихах в шейном отделе позвоночника интубируем, не меняя положения головы больного).

У пациентов с осложненными переломами позвоночника интубация в боковой позиции устраняет опасность дополнительного повреждения спинного мозга при их повороте в состоянии наркоза и мышечной релаксации.

Мы считаем, что этот способ интубации особенно показан экстренным травматологическим больным, которым предстоит операция на боку, так как в таком положении значительно уменьшается вероятность развития аспирации желудочного содержимого в дыхательные пути в период индукции в наркоз и интубации.

Не меньшее значение имеет профилактика послеоперационной постуральной гипотензии. С этой целью к моменту поворота больного из вынужденного положения на спину мы принимаем меры для полной нормализации объема циркулирующей крови (переливание крови и кровезаменителей), восстановления сосудистого тонуса (мезатон, норадреналин, метоксамин, глюкостероиды) и улучшения сократительной функции миокарда (глюкоза, дифосфатфруктоза, АТФ, кокарбоксилаза, витамины В₁, В₆, С). Поворот тела выполняем медленно, поэтапно. При низком венозном давлении целесообразно кратковременное придание телу умеренного положения Тренделенбурга с последующим поворотом его на спину.

По окончании травматического этапа операции наркоз у этой группы больных ведем только закисьем азота (2:1, 1:1) и не применяем нейроплегических, антигистаминных средств, что способствует более быстрому восстановлению компенсаторно-адаптационных механизмов сердечно-сосудистой и дыхательной систем организма.

УДК 616.714/716—616—001—616—003.215

Канд. мед. наук Г. С. Книрик, Е. К. Валеев (Казань). Эхоэнцефалография при внутричерепных гематомах

Диагностика интракранеальных гематом представляет значительные трудности. Наряду с применением клинических и других методов обследования, мы с 1969 г. используем одномерную эхоэнцефалографию с помощью отечественного эхоэнцефалографа ВНИИПМ «Эхо-11».

За последние 9 лет были выявлены травматические внутричерепные гематомы у 115 больных, из них 17 были в крайне тяжелом состоянии и вскоре скончались, несмотря на принятие мер по реанимации. У них внутричерепные гематомы были найдены на патологоанатомическом вскрытии.

98 больных (возраст — от 4 до 79 лет) были прооперированы. Эпидуральные гематомы были у 42, субдуральные — у 33, эписубдуральные — у 6, внутримозговые — у 16, желудочковые — у 1 больного.

Эхоэнцефалография совершенно безвредна. С ее помощью мы диагностировали внутричерепные гематомы у 23 больных при закрытой травме черепа и головного мозга. При внутричерепной гематоме на эхоэнцефалограмме мы получали смещение срединного эха, смещение эхосигналов боковых желудочков, а иногда и появление импульсов непосредственно от очага кровоизлияния. Таким образом, спустя 5—7 мин. от начала обследования появлялась возможность судить о наличии или отсутствии интракранеальной гематомы. У 4 больных с кровоизлиянием в полюса лобной и затылочной долей, при двусторонних гематомах и выраженном отеке головного мозга возникало множество интенсивных импульсов от различных структур головного мозга, и срединное эхо выявлялось с большим трудом. При указанных обстоятельствах мы прибегали к наложению трепанационных отверстий в области предполагаемой гематомы.

Даже при правильной своевременной диагностике внутричерепной гематомы не всегда достигался успех от операции. Так, из 98 оперированных больных скончалось 28. Причиной смерти было вовлечение в патологический процесс ствола головного мозга (кровоизлияние, набухание, дислокация). О динамике заболевания мы судили по регрессу симптоматики и данным эхоэнцефалографии.

При благоприятном течении нормализация срединного эха наступала к концу первой недели. У 2 больных из 23 срединное эхо пришло к норме на 14—16-е сутки. У 1 из них после удаления обширной эпидуральной гематомы развился отек мозга, по поводу чего больной оперирован повторно на 11-е сутки после травмы.

В тех же случаях, когда в указанные сроки смещения М-эхо не устранялось (4 случая), на секции был констатирован отек и набухание головного мозга с наличием повторного кровоизлияния.

При обследовании через год после травмы у 11 больных с травматической болезнью головного мозга, жалующихся на умеренные головные боли, раздражительность, быструю утомляемость и плохой сон, эхоэнцефалография выявила расщепленное срединное эхо, связанное с получением отдельных импульсов от стенок 3-го желудочка, при этом расстояние между ними было более 7 мм. Это свидетельствовало о наличии внутричерепной гидроцефалии, что соответствует литературным данным. При пневмоэнцефалографии у этих больных диагноз подтвердился.

Таким образом, использование метода эхоэнцефалографии при обследовании больных с закрытой травмой черепа и головного мозга позволяет своевременно выявить внутричерепную гематому и судить о динамике процесса, происходящего в головном мозге в резидуальном периоде.

УДК 616—003.282—616—001—616.714/716

А. И. Стародубцев (Калуга). Ранняя диагностика травматической ликвореи

На протяжении ряда лет в процессе наблюдения и лечения больных с травматической и послеоперационной ликвореей было отмечено, что остающиеся на постель-