ОБМЕН ОПЫТОМ И АННОТАЦИИ

УДК 616—001.614.8

И. Н. Сеньков (Бугульма, ТАССР). Анализ сельскохозяйственного травматизма в Бугульминском районе ТАССР

Нами проанализированы причины травматизма среди работников сельского хозяйства Бугульминского района ТАССР за 1979—1983 гг. Число травм, непосредственно связанных с сельским хозяйством, составило 72%, в том числе с посевой — 28%, подготовкой кормов — 6%, уборочной страдой — 39%, осенне-зимним периодом — 16%, при контакте с животными — 11%. В 20% случаев травмы были получены в состоянии алкогольного опьянения. В структуре непроизводственного травматизма на долю бытового приходится 41%, уличного — 39%, транспортного — 20%.

Травмы подразделялись на ранения (19%), переломы (23%), ушибы и растяжения связок опорно-двигательного аппарата (35%), черепно-мозговые травмы (20%), из общего числа переломов открытых было 3%. Средняя длительность пребывания после работы на больничном листе достигала 67,8 дня.

Переломы и повреждения верхних конечностей были установлены у 23% пострадавших, кисти — у 27%, переломы черепа, ушибы и сотрясение головного мозга — у 21%, травма грудной клетки — у 11%, переломы позвоночника и таза — у 2%, нижних конечностей — у 26%.

Мы создали специальные врачебные бригады по обслуживанию сельского населения; по графику осуществлял выезд главных специалистов на село еженедельно с целью оказания практической помощи на месте; одновременно при таких выездах проводится консультативный прием больных; нуждающихся направляем на стационарное лечение. Эта работа улучшает медицинское обслуживание работников села, приближает к ним медицинскую помощь. Средние медицинские работники обычно заинтересованы в приезде специалистов и вызывают на прием больных, нуждающихся в консультации.

По утвержденному плану для сельских медицинских работников проводятся занятия с целью повышения их знаний и практических навыков, причем основное внимание уделяется организационной стороне дела — профилактике травматизма. Постоянно напоминаем, что медицинские работники должны анализировать все случаи травматизма, вести их строгий учет, разрабатывать профилактические рекомендации. Поскольку роль медицинского работника на селе заключается в максимальном приближении первой помощи при травмах к месту сельскохозяйственных работ, мы организовали обучение санитарных постов оказанию первой, а также само- и взаимопомощи, которое осуществляется нами в зимнее время. Кроме того, добиваемся, чтобы все труженики сельского хозяйства были обучены приемам и способам оказания первой помощи при травмах. При этом очень важно, чтобы работники села знали о том, в каких случаях и куда им следует обращаться за медицинской помощью.

УДК 617.51—089.844.001.6

Н. М. Мрасов, Л. И. Никошин (Казань). Краиопластика методом компрессии при хирургической обработке гнойных ран

Наличие мощных антибактериальных средств и положительные исходы применения глухого шва после хирургической обработки гнойных ран черепа и мозга дали нам основание в эксперименте на 36 собаках выяснить возможность первичного закрытия дефектов черепа с использованием разработанного на кафедре компрессионного метода краиопластики. Для этого животному под наркозом в теменно-височной области наносилась рана с образованием дефекта черепа и повреждением твердой мозговой оболочки. В рану вносили кусочки марли, загрязненные землей, содержащей ассоциацию разных микробов. Во время хирургической обработки (6—8 сутки после травмы) состояние большинства собак было тяжелым. Определялись высокая температура, потеря массы тела. В крови — лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, увеличенная СОЭ. Раны имели отечные края, были покрыты корками, гнойным отделяемым, грануляциями. Микробиная флора ран состояла из ассоциации гемолити-
ческого стафилококка, стрептококков, протея, кишечной палочки, анаэробов, по-разному чувствительных к антибиотикам.

Хирургическую обработку ран выполняли по общепринятым правилам. Дефекты костей черепа при этом доходили до 3,5×3 см и закрывались аллозными трансплантатами (кости черепа и подвздошная кость, консервированные в 0,5% растворе формалина) методом компрессии с силой до 60 кг. Достигалась плотная посадка трансплантата в дефект черепа, прочная фиксация и тесная связь с костями ложа. Перед зашиванием краев раны обкалывали раствором пенициллина. (100 тыс. ед. на 1 кг массы тела). В дальнейшем животные получали пенициллин в указанной дозе в течение 7 дней.

После операции состояние всех животных улучшилось, раны за jakiли первичным натяжением, лишь у 2 собак наблюдалось поверхностное нагноение отдельных швов без расхождения краев ран.

— Через 4—6 мес у собак с аллозной трансплантацией костями черепа на препаратах дефекты черепа были закрыты тканью, по виду и плотности не отличающейся от костей ложа и прочно с ними сращённой. На рентгенограммах плотность трансплантатов была, как правило, такой же, как у окружающих костей черепа. Гистологически на месте трансплантатов имелась компактная костная ткань, составляющая единое целое с костями ложа.

У животных с аллозной трансплантацией подвздошной костью на препаратах дефекты черепа были закрыты тканью костной плотности, сращенной с краями ложа. На рентгенограммах трансплантаты по плотности не отличались от костей ложа. Гистологически трансплантат представлял собой кость компактного и губчатого строения.

У всех животных с проникающими ранениями отмечались сращения твердой мозговой оболочки с трансплантатом.

У 6 собак контрольной группы пластика дефектов черепа после хирургической обработки инфицированных ран производилась обычными, применяемыми в клинике способами. У всех у них наблюдалось нагноение ран и отторжение пересаженных трансплантатов.

Таким образом, полученные данные позволяют заключить, что первичная краино-пластикометодом компрессии во время хирургической обработки инфицированных ран головы возможна и дает в условиях эксперимента удовлетворительные результаты.

УДК 616.24—008.331.1—072

В. Н. Ослюпов, Д. К. Ходжаева, В. К. Ануфриева, О. О. Зайцева, А. И. Нефедова (Казань). Эхокардиографические и рентгенографические сопоставления в диагностике первичной легочной гипертензии

Первичная легочная гипертензия долгое время рассматривалась как редкое заболевание, однако со конца 60-х годов произошел скачкообразный рост частоты этого заболевания.

В данном сообщении нами показаны диагностические возможности ненаркозных методов исследования — эхокардиограф и радиограф — при описании случаев первичной легочной гипертензии.

Г., 22 лет, был госпитализирован в 7-ю городскую больницу г. Казани 6/Х 1983 г. с направительным диагнозом: бронхиальная эмфизема. При поступлении жаловался на кашицу с небольшим количеством серозной мокроты, одышку, сменявшийся характера при незначительной физической нагрузке, поглубок, субфебрильную температуру. Сообщал, что «о врожденном пороке» слышал в школьные годы, но был призван в армию, служил во флоте. В последние годы стал отмечать плохую переносимость физических нагрузок, периодический кашель. В 1982 г. диагностирован очаговый туберкулез легких.

Последнее ухудшение состояния наступило остро: 15/IX 1983 г. поднялась температура до 39°С, появилась кашица с мокротой, усилилась одышка. Больной консультирован фтизиатрами, и настоящее состояние было расценено как неспецифическая среднедолевая пневмония. При обследовании отмечены выраженный артериоз, ходячие руки, слабость теслососкости. Грудная клетка астеническая, число дыханий 20 в 1 мин. Церкуторный звук легочной, дыхание жесткое, выслушиваются единичные сухие хрипы. Границы сердца существенно не расширены, I тон сохранен, над легочной артерией значительно выражен акцент II тона и выслушивается систолический тон изгиания, а также короткий протодиастолический шум Грехема—Стила. Пульс — 75 уд. в 1 мин, ритмичный, слабого наполнения, АД — 14/7,1/0 кПа (110/80 мм рт. ст.). Заметна эпигастральная пульсация. Живот мягкий, безболезненный, печень — у края правой реберной дуги. Анализ крови: Кр.=7,1·10^12 в 1 л, Hb = 3,04 ммоль/л, цв. показатель = 0,83, тромбоц. = 263·10^9 в 1 л, л. = 7,2·10^9 в 1 л; СОЭ = 1 мм/ч. Температура — 38,6%. Периодограмма — 2 в поле зрения. Анализ мочи патологических изменений не выявлен. В мокроте BK не найдены. ЭКГ: синусовый ритм, резкое отклонение электрической оси сердца вправо, K-типа гипертрофии правого желудочка, гипертрофия правого предсердия. Рентгенография органов грудной клетки: легкие —