

## ЛИТЕРАТУРА

I. Arenberg M. D., William F., Marovitz Ph., Shambangh G. Acta oto-laryngol. (Stockh.), 1970, Supp., 275, 49.—2. Hallpike C. S., Cairns H. J. Laryngol. and Otology, 1980, 94, 805.

Поступила 23 ноября 1984 г.

## ОБМЕН ОПЫТОМ И АННОТАЦИИ

УДК 616—001:614.8

### И. Н. Сеюков (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 посевной — 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 производственного травматизма на долю бытового приходится 41%, уличного — 39%, транспортного — 20%.

Травмы подразделялись на ранения (19%), переломы (23%), ушибы и растяженные связки опорно-двигательного аппарата (35%), черепно-мозговые травмы (20%), из общего числа переломов открытых было 3%. Средняя длительность пребывания пострадавших 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 осуществляем выезды 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 заранее знают о 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). Краниопластика 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 краниопластики. Для этого животному под наркозом в теменно-височной области наносилась рана с образованием дефекта черепа и повреждением твердой мозговой оболочки. В рану вносились кусочки марли, загрязненные землей, содержащей ассоциацию разных микробов. Ко времени хирургической обработки (6—8-е сутки после травмы) состояние большинства собак было тяжелым. Определялась 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. Микробная флора ран состояла из ассоциации гемолити-

ческого стафилококка, стрептококков, протей, кишечной палочки, анаэробов, по-разному чувствительных к антибиотикам.

Хирургическую обработку ран выполняли по общепринятым правилам. Дефекты костей черепа при этом доходили до  $3,5 \times 3$  см и закрывались аллогенными 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 края раны обкалывались 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 зажили первичным натяжением, лишь у 2 собак наблюдалось поверхностное нагноение отдельных швов без расхождения краев ран.

Через 4—6 мес у собак с аллотрансплантацией костями черепа на препаратах дефекты черепа были закрыты тканью, по виду и плотности не отличавшейся от костей ложа и прочно с ними сращенной. 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 ложем.

У животных с аллотрансплантацией 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 краниопластика методом 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. Ослопов, Д. К. Ходжаева, В. К. Ануфриева, О. О. Зайцева, А. И. Нефедова (Казань). Эхокардиографические и реографические сопоставления в диагностике первичной легочной гипертензии**

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

В данном сообщении нами показаны диагностические возможности неинвазивных методов исследования — эхокардиографии и реографии — при описании случая первичной легочной гипертензии.

Г., 22 лет, был госпитализирован в 7-ю городскую больницу г. Казани 6/X 1983 г. с направительным диагнозом: бронхопневмония? При поступлении жаловался на кашель с небольшим количеством серозной мокроты, одышку смешанного характера при незначительной физической нагрузке, потливость, субфебрильную температуру. Сообщает, что «с 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  $39^{\circ}\text{C}$ , появилась кашель с мокротой, усилилась одышка. Больной консультирован фтизиатрами, и настоящее состояние было расценено как неспецифическая среднедолевая пневмония. При обследовании отмечены выраженный акроцианоз, холодные руки, слабость телосложения. Грудная клетка астеническая, число дыханий 20 в 1 мин. Перкуторный 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 изгнания, а также короткий протодиастолический шум Грехема—Стила. Пульс — 75 уд. 1 мин, ритмичный, слабого наполнения, АД —  $14,7/10,7$  кПа ( $110/80$  мм рт. ст.). Заметна эпигастральная пульсация. Живот мягкий, безболезненный, печень — у края правой реберной дуги. Анализ крови: эр. —  $7,1 \cdot 10^{12}$  в 1 л, Нб —  $3,04$  ммоль/л, цв. показатель — 0,83, тромбоц. —  $263 \cdot 10^9$  в 1 л., л. —  $7,2 \cdot 10^9$  в 1 л; СОЭ — 1 мм/ч. Гематокрит — 86%. Полихроматофилы — 1—2 в поле зрения. Анализ мочи патологических изменений не выявлен. В мокроте БК не найдены. ЭКГ: синусовый ритм, резкое отклонение электрической оси сердца вправо, R-тип гипертрофии правого желудочка, гипертрофия правого предсердия. Рентгенография органов грудной клетки: легкие —