

ных была достоверно повышена как при I, так и при II ст. активности ревматического процесса.

Следовательно, при первичном и возвратном ревмокардите и ревматических пороках сердца без нарушения кровообращения активность фибриназы независимо от степени активности ревматизма находится в пределах нормы. У больных с ревматическими поражениями сердца и нарушением кровообращения установлена обратная зависимость активности фибриназы от степени нарушения кровообращения: чем значительнее нарушение кровообращения, тем ниже показатели активности фибриназы. Содержание фибриногена у больных первичным и возвратным ревмокардитом при I степени активности процесса остается в пределах нормы либо проявляет тенденцию к повышению, а при II степени активности достоверно повышено.

У больных первичным и возвратным ревмокардитом при I и II степени активности процесса независимо от степени нарушения кровообращения регистрируется положительная реакция на криофибриноген. Тромбоцит при первичном ревмокардите и I степени активности процесса не выходит за пределы нормы; при II степени активности он повышен.

УДК 615.841:616—089.28:612.171.3

Канд. мед. наук И. П. Арлеевский (Казань). Электрическая дефибрилляция у больного с шариковым протезом митрального клапана

Сообщения об электроимпульсном устранении мерцательной аритмии у лиц с протезами клапанов сердца редки. Приводим наше наблюдение.

У. С., 1922 г. рождения, в 1962 г. во время профосмотра был обнаружен порок сердца. В связи с бесперспективностью консервативной терапии больной был направлен на хирургическое вмешательство с диагнозом: латентно текущий ревматический эндокардит, комбинированный митральный порок с преобладанием недостаточности митрального клапана, мерцательная аритмия, НПА - 18/IV 1973 г. в институте сердечно-сосудистой хирургии им. А. Н. Бакулева произведено протезирование митрального клапана шариковым протезом.

Несмотря на блестящий эффект операции, компенсация была неполной: сохранялась тахикардия (90—100 в 1 мин.), рентгенологические признаки застоя в легких. Скорость кровотока на участке «легкое—ухо» составляла 10 сек. (до операции—12—14 сек.). 13/VII произведена электрическая дефибрилляция. Восстановление синусового ритма еще более улучшило состояние больного: прошло сердцебиение, число сердечных сокращений уменьшилось до 80—86 в мин., скорость кровотока в малом круге достигла 7 сек.

Приведенное наблюдение позволяет сделать вывод, что наличие шарикового протеза не является противопоказанием к электрической дефибрилляции. Кроме того, даже на фоне успешной хирургической коррекции клапанного порока восстановление физиологического ритма весьма отчетливо сказывается на аккомодационной способности сердца.

УДК 614.351.77

Канд. мед. наук Э. Х. Закиров, И. М. Шафигуллин, Г. Ф. Хузина (Альметьевск). К вопросу организации реанимационной службы

В ноябре 1972 г. в медсанчасти «Альметьевнефти» было организовано реанимационно-анестезиологическое отделение общего профиля на 6 коек (общее количество соматических коек составляет 380), которое предназначалось для лечения больных с терминальными состояниями, вызванными самыми разнообразными причинами: тяжелым шоком, кровопотерей, поражением головного мозга, травмой грудной клетки, отравлениями, острой дыхательной и сердечной недостаточностью различной этиологии. Кроме того, в отделение помещались больные после тяжелых и травматичных операций на органах грудной и брюшной полости, произведенных под общим обезболиванием.

В штате реанимационно-анестезиологического отделения—2,5 врачебные единицы (анестезиологи-реаниматологи), 2 сестры-анестезистки, 5 палатных медицинских сестер, старшая сестра, 4 санитарки. Отделение располагается в хирургическом корпусе на первом этаже рядом с приемным покоем и рентгеновским кабинетом (см. рис.).

Из приведенной схемы видно, что реанимационно-анестезиологическое отделение представляет собой единый изолированный блок с хорошими путями доставки тяжелобольных. Общая площадь в палатах реанимации (2, 3, 4) составляет 120 м², реанимационного зала (7) — 32 м², биохимической лаборатории (1) — 24 м², материальной (8, 9) — 30 м². Отделение оснащено диагностической и лечебной аппаратурой: 4 дыхательными аппаратами типа РО-5 и ДП-8, 6 наркозными аппаратами, мингографом-81, механокардиографом, АЗИВ-1, оксигеметром ММГ-7, оксигеметром 0,57 М,

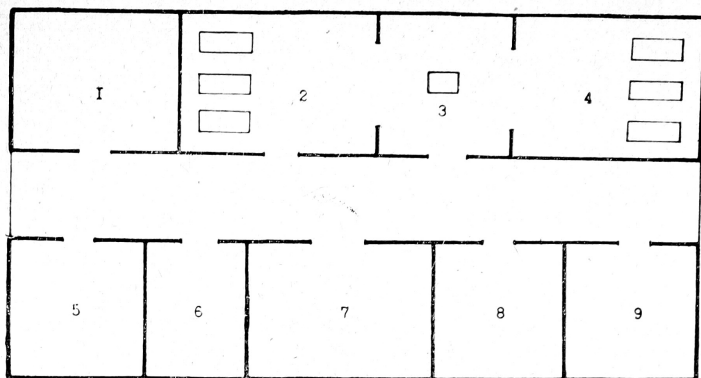


Схема расположения реанимационно-анестезиологического отделения: 1 — биохимическая лаборатория; 2, 3, 4 — реанимационные палаты; 5 — автоклава; 6 — ординаторская; 7 — реанимационный зал; 8, 9 — материальная.

индикатором стадий наркоза ИСН-1, усилителем биопотенциалов УБП-1, спирографом, дефибриллятором, кардиотестром, фоноэлектрокардиографом, электрокардиографом, аппаратами Вальдмана, электроотсосами, стерильными наборами для интубации, венесекции, трахеостомии, торакотомии, стерильным перевязочным материалом, автоклавами, шкафами с медикаментами и растворами, стойками для систем. В палатах размещено 6 функциональных кроватей венгерского производства типа «Медикор». Их можно использовать в качестве каталки для перевозки больных. К каждой койке подведен увлажненный кислород.

Центральный пост, где располагается дежурная медицинская сестра, снабжен сигналами экстренного вызова дежурных врачей в ночное время. Днем в реанимационных палатах постоянно находятся 2 врача-реаниматолога. Воздух во всех помещениях ежедневно облучается бактерицидной лампой. Вход в отделение строго ограничен даже для сотрудников других отделений больницы.

Нами разработаны единые карты реанимации и листы почасовых назначений, где регистрируются малейшие изменения в состоянии больных. Как правило, больные находятся в отделении до полного выведения их из тяжелого состояния, после чего их переводят в другие отделения для долечивания.

В течение года через реанимационно-анестезиологическое отделение прошло 167 человек в возрасте от 2 дней до 82 лет, из них погибло 48 (28,5%). Наиболее неблагоприятные исходы были в группе неврологических больных с обширными тромбозами и кровоизлияниями в вещество мозга (9) и при тяжелых черепно-мозговых травмах, сопровождающихся необратимыми повреждениями ткани мозга (10), а также у больных с ожогами 3—4 степени с площадью поражения более трети всей поверхности тела. Хороший эффект достигнут нами при лечении больных с травматическим шоком 3—4 степени. Из 19 пострадавших, поступивших в реанимационно-анестезиологическое отделение, умерли 2. Благоприятные результаты получены и при лечении острых отравлений — из 21 больного выздоровели 19.

Средняя продолжительность лечения больного в отделении реанимации составила 2,4 дня. Такой небольшой срок пребывания был обусловлен тем, что большинство умерших больных погибло в первые сутки с момента поступления (обширные тромбозы и травматические повреждения мозга).

Наш опыт работы реанимационно-анестезиологического отделения общего профиля показал необходимость организации таких отделений как в городских, так и в районных больницах.

УДК 616.5—02:615,7

В. К. Чугунов, М. С. Раскин (Казань). Синдром Стивенса — Джонсона, вызванный приемом раувазана

Синдром, описанный Стивенсом и Джонсоном в 1922 г., относится к редким заболеваниям. Для его клинической картины наиболее характерны лихорадочное состояние, поражения кожи и слизистых оболочек. На коже лица, туловища, верхних и нижних конечностей появляются обильные буллезные высыпания. Часто уже в течение первых часов формируются пузыри сливного характера, достигающие в отдельных случаях размеров ладони и больше. На месте вскрывшихся пузырей образуются обширные эрозивные мокнущие поверхности. Такие же высыпания поражают слизистую рта, носоглотки и конъюнктивы глаз. В тяжелых случаях процесс может закончиться кератитом и панфтальмитом, ведущим к слепоте. Исход заболевания не всегда благоприятный. В основе синдрома могут лежать аллергические проявления к некоторым лекарственным препаратам.