

В лечении отека мозга хороший эффект дают оксигенотерапия и краниocereбральная гипотермия, которая может быть осуществлена в любых условиях путем охлаждения головы.

Имеются сообщения об успешном использовании гемосорбции в лечении инфекционно-токсического шока у больных с менингококцемией [1]. Гемосорбция приводит к улучшению показателей гемодинамики, кислотно-щелочного состояния и к снижению уровня антигенемии в 4—8 раз.

Совершенно обязательной, наряду с патогенетической, является этиотропная терапия. Основным антибиотиком в лечении больных остается пенициллин, хотя в последние годы появляются устойчивые к нему штаммы меникокка. Суточная доза пенициллина — 300—500 ед./кг. При инфекционно-токсическом шоке под действием пенициллина возможен массивный лизис микробов, который усиливает явления токсикоза и отека мозга. Поэтому лучше сочетать его с введением глюкокортикостероидов или использованием левомицетин-сукцината, обладающего бактериостатическим действием. Левомицетин-сукцинат натрия применяется в дозе 50—100 мг/кг массы тела 4 раза в сутки. Рекомендуется вводить его внутривенно и по мере устранения явлений шока переходить на внутримышечные инъекции. При противопоказаниях к применению указанных выше антибиотиков можно использовать полусинтетические пенициллины и другие антибиотики, воздействующие на грамотрицательную флору.

Комплексная патогенетическая и этиотропная терапия инфекционно-токсического шока при менингококковой инфекции, проводимая в полном объеме, по нашим данным, снизила летальность с 71 до 34,8%.

ЛИТЕРАТУРА

1. Покровский В. И. и соавт. В кн.: II Всероссийский съезд инфекционистов. 14—16 декабря, Москва — Кемерово, 1983.— 2. Радзивиц Г. Г. и соавт. Там же.— 3. Четкарёва Р. Н., Еналеева Д. Ш., Гуревич П. С. В кн.: Менингококковая инфекция, Йошкар-Ола, 1983.

Поступила 9 октября 1984 г.

ОБМЕН ОПЫТОМ И АННОТАЦИИ

УДК 616.981.232—053.36—001.36:615.859

Н. С. Тагиров (г. Нурлат-Октябрьский, ТАССР). Случай менингококковой инфекции с инфекционно-токсическим шоком

В последние годы мы часто сталкиваемся с тяжелыми случаями менингококковой инфекции, которые требуют от врача индивидуального подхода.

В инфекционное отделение был доставлен мальчик в возрасте 9 мес на 2-й день болезни в тяжелом состоянии. Со слов матери, заболел остро вечером 10/II 1982 г. Температура повысилась до 37,5°, стал беспокойным, появилась рвота. На коже пятки мать заметила кровозлияние размером около 0,3×0,5 см. Утром ребенок проснулся с резким криком, и мать увидела на его коже многочисленные сливные кровозлияния, температура — 37,6°.

Раньше мальчик ничем не болел, но мать неделю назад перенесла ОРЗ (чихание, кашель, насморк, головная боль).

Объективно: состояние ребенка тяжелое, вялый, резко заторможен, стонет при дотрагивании. Хорошего питания, масса тела — 10 кг. Лежит на боку с запрокинутой головой, нижние конечности согнуты в коленях и тазобедренных суставах, определяются резко выраженная ригидность мышц затылка, выбухание большого родничка, положительные симптомы Керинга и Брудзинского. По всему телу на бледном фоне видна геморрагическая сыпь различных размеров (рис. 1).

Тоны сердца приглушены, пульс — 180 уд. в 1 мин, слабого напряжения и наполнения. АД — 10/6,5 кПа, дыхание жесткое с частотой 60 в 1 мин, живот без изменений. При люмбальной пункции ликвор мутный, вытекает под давлением, плеоцитоз с преобладанием нейтрофилов, реакция Панди +6, белок — 3 г/л, глюкоза — 2,2 ммоль/л, хлориды — 176,2 ммоль/л. В ликворе и носоглотке обнаружен менингококк. Моча без особых изменений. Анализ крови: Hb — 1,9 ммоль/л, л. — $9,3 \cdot 10^9$ в 1 л; СОЭ — 28 мм/ч. Температура с момента поступления в течение 22 дней держалась в пределах 37,5°, затем до выписки нормализовалась.

Клинический диагноз: менингококковая инфекция — менингококцемия, менингит, инфекционно-токсический шок II степени.



Рис. 1. 3-й день болезни.

Проводили комплексную терапию, которая оказалась эффективной. Ввиду невозможности внутримышечного введения пенициллина из-за обширного повреждения области ягодиц и бедер (тотальное кровоизлияние) раствор натриевой соли бензилпенициллина вводили внутривенно через катетер по 500000 ЕД 8 раз в сутки из расчета 400000 ЕД на 1 кг массы тела больного. Продолжительность курса лечения составила 11 суток.

Повторная люмбальная пункция на 4-й день дала следующий результат: давление ликвора нормальное, цитоз — 80. Реакция Панди +1, белок — 0,4 мг/л. В последующем больной получал оксациллин по 0,1 г 4 раза в день внутрь в течение 10 сут. С момента поступления был назначен гидрокортизон — 60 мг внутривенно в течение 2 дней и преднизолон по 15 мг 2 раза в день внутривенно в течение 6 дней. С целью патогенетической и дезинтоксикационной терапии использовали внутривенно 5—10% растворы глюкозы и натрия хлорида в равных дозах, 15% раствор маннитола, альбумин, протеин, гемодез, одиогруппную плазму. Кроме того, больному были назначены лазикс, аскорбиновая кислота, кокарбоксилаза, коргликон. На фоне интенсивного комплексного лечения осуществлялась перевязка мазью Вишневского. В процессе терапии мочеиспускание не нарушалось. На 3-й день болезни мелкие высыпания исчезли, оставив небольшую пигментацию; геморрагические участки стали стягиваться. Вся область ягодицы с уровня IV поясничного позвонка, области бедер и голени представляла собой обширную раневую поверхность, покрытую некротическим струном с фибринозно-гнойным налетом, который местами был сухим, с участком отторжения до мышечного слоя глубиной 1,5—2 см. Во время перевязок производили этапную некрэктомию ножницами, через 45 дней были удалены все некротические ткани, одновременно участки покрывались полноценными рубцами.



Рис. 2. После выписки через 3 месяца.

Больной выписан из стационара на 48-й день пребывания. При выписке имелся обширный дефект кожи на ягодицах, области поясницы, бедрах и на обеих голених с сочной грануляцией. Через 3 мес после выписки из стационара проведена консультация детским невропатологом, который не обнаружил изменений нервно-психической сферы.

Особенностью этого случая являются обширные некрозы, занимавшие 25% поверхности тела. В связи с тем, что внутримышечные инъекции были невозможными, больному внутривенно вводили пенициллин, который к 4-му дню лечения нормализовал давление ликвора и улучшил состояние больного.

УДК 617.577.9+617.576]:616.74—018.38—089.8

В. С. Павлов (Тольятти). Опыт лечения повреждений сухожилий глубоких сгибателей пальцев и кисти

Лечение открытых повреждений пальцев и кисти остается актуальной проблемой травматологии.

Мы проанализировали за 5 лет результаты одноэтапной терапии 219 больных (мужчин — 174, женщин — 45) в основном с открытыми повреждениями глубоких сгибателей пальцев и кисти.

Основная часть пострадавших (80,1%) была в наиболее трудоспособном возрасте — от 20 до 49 лет. Причинами травм являлись порезы стеклом или ножом, на производстве — металлической стружкой, лентой и другими острыми предметами.

В первые 6—8 ч после травмы в стационар поступили 88% лиц, позднее 12 ч — 12%. Всем поступившим производили первичную одноэтапную хирургическую обработку по общепринятой методике. Всего было восстановлено 351 сухожилие. Первичное заживление ран при одноэтапной хирургической обработке отмечено в 85,5% случаев. Наибольшее число неудач (в разной степени выраженные нагноения и флегмоны) наблюдалось при повреждении 2-го (21,2%), 4-го (25%) и 5-го (100%) пальцев. Отмечена зависимость частоты нагноений от срока поступления в стационар. Так, процент нагноений при поступлении до 1 ч с момента травмы составил 9,5, от 1 до 6 ч — 15,7, от 8 ч и более — 33,8.

Несостоятельность первичного шва сухожилий глубокого сгибателя наступила у 5 (1,4%) больных. Им в последующем наложен вторично отсроченный шов.

После одноэтапной хирургической обработки ран пальцев и кистей иммобилизация гипсовой лонгетой продолжалась до 3 нед в положении некоторого сгибания оперированных пальцев. На 3-й день после операции больным назначалась пассивная гимнастика пальцев, после снятия гипсовой повязки — реабилитационная терапия.

Срок пребывания в стационаре женщин оказался в среднем более длительным, чем у мужчин и составил соответственно 14,1 и 12,9 дня. С возрастом этот показатель