

В настоящей работе приводятся данные анализа 107 родов с тазовым предлежанием плода, частота которых оказалась равной 2,7% к общему числу родов (3864 родов за 1962—1964 гг.).

Первородящих женщин было 64 (59,8%), повторнородящих — 43 (40,2%).

В возрасте до 25 лет первородящих было 47, повторнородящих — 12, до 30 лет соответственно — 13 и 16, старше — 4 и 15. Повторные аборт в анамнезе были у 31 женщины, узкий таз — у 28.

У 45 женщин наблюдалось преждевременное и раннее отхождение вод, у 5 — слабость родовой деятельности, у 10 — обвитие пуповины вокруг шейки плода.

Средняя продолжительность родов у первородящих составила 13 час. 45 мин., у повторнородящих — 9 час. 10 мин. Средняя потеря крови — 238 мл. Продолжительность пребывания женщин в родильном доме составила в среднем 10 койко-дней.

Двум женщинам было сделано кесарево сечение по поводу угрозы разрыва матки (рубцовая матка).

Мертворожденных было 8 (7,47%). Причинами мертворождаемости были: глубокая недоошенность (28—29 недель) — у одного, выпадение пуповины — у 3, гидроцефалия — у 2 и у 2 детей этиология мертворождения не установлена.

У 52 женщин была проведена триада Николаева в сочетании с методом Хмельевского. В состоянии асфиксии родилось 45 детей (42,05%).

Вес детей при рождении у первородящих колеблется от 1700,0 до 3840,0, у повторнородящих — от 1550,0 до 4100,0.

Развитие 83 детей (77,5%) в родильном доме было правильным. Не восстановили свой первоначальный вес 13 детей или 12,3%. Умерло в родильном доме 3 детей (внутричерепная родовая травма).

УДК 616—089.5—031.81

Р. Т. Разумов, А. И. Степанов (Лениногорск, ТАССР). Опыт применения потенцированного алкогально-тиопенталового наркоза с управляемым дыханием в условиях районной больницы

Предпочтение внутривенному алкогально-тиопенталовому наркозу мы стали отдавать после того, как убедились в 1962 г., что этот вид обезболивания отличается более спокойным течением с нерезкими колебаниями пульса и АД.

Для усиления действия тиопентал-натрия и алкогеля и уменьшения дозы их мы применяли дополнительно димедрол, атропин, промедол, новокаин. Миорелаксанты (миорелаксин, диотелин, листенон, диплоцин) мы применяли с целью проведения управляемого дыхания и уменьшения общей дозы наркотических веществ.

Всего под внутривенным алкогально-тиопенталовым наркозом проведено 46 операций, из них 39 с управляемым дыханием и 7 — без интубации трахеи.

Мужчин прооперировано 31. В возрасте от 26 до 50 лет было 19, от 50 до 70 лет — 12 больных. Женщин прооперировано 15. В возрасте от 35 лет до 50 было 5 и от 51 до 70 — 10 больных.

Операции длились от 30 мин. до 3 час. 30 мин.

Накануне операции больные на ночь получали 0,1 люминала. За час до операции внутримышечно вводили 2% раствор димедрола, промедола, новокаина по 1,5 мл и 0,1% раствор атропина — 1 мл или же вводили только атропин с промедолом по 1 мл, что зависело от лабильности нервной системы больного. В операционную больные поступали в полудремотном состоянии. Наркоз проводили при помощи системы из двух сообщающихся ампул с капельницей. В одну из них наливали 5% раствор глюкозы либо протившоковую жидкость, в некоторых случаях — 0,25% раствор новокаина; в другую — глюкозно-алкогально-тиопенталовую смесь в следующем соотношении: 280 мл 20% раствора глюкозы, 120 мл 96° этилового спирта, 1,0 тиопентал-натрия.

Наркоз проводили в основном на уровне II стадии при управляемом дыхании и III стадии — при неуправляемом дыхании (7 операций).

После прекращения введения наркотической смеси больные вскоре пробуждаются, но затем вновь впадают в сон продолжительностью до 6 часов и более, зависящий от дозы введенного тиопентал-натрия и спирта. Вторичный сон предохраняет от возникновения послеоперационного шока и резких болей, облегчает послеоперационный период.

Осложнений при проведении наркоза не наблюдали. Летальных исходов, связанных с проводимым видом обезболивания, не было.

УДК 615.851—616—089.15

А. Н. Кабановский (Чернухин, Горьковской области). Опыт применения гипносуггестивной психотерапии в предоперационный период в условиях сельской больницы

Нами проведено изучение предоперационного периода у 100 больных, которым проводилась гипносуггестивная психотерапия, и 100 больных, которые велись обычно, как это принято во всех хирургических отделениях.

Содержание внушений не ограничивалось стремлением устранить только страх и вегетативные расстройства, но определялось и жалобами.

Предоперационная гипносуггестивная психотерапевтическая подготовка не являлась трафаретной, а напротив, у всех больных проводилась с учетом интеллекта больного, особенностей личности и характера заболевания.

Психотерапевтические воздействия позволили у большого числа больных устранить к моменту операции те отрицательные эмоции и связанные с ними функциональные расстройства, которые наблюдались в первые дни после поступления в больницу. Они положительным образом сказались и на поведении больных в ночь накануне операции, в день операции и во время нее.

УДК 616—089.15

В. А. Козырев, Н. С. Петухов (Базарные Матаки, ТАССР). Из опыта неотложных операций на органах брюшной полости в районной больнице

1. Мальчик 3 лет, доставлен в больницу 26/II-63 г. в тяжелом состоянии на 4 сутки заболевания с жалобами на боли в животе, рвоту. Ребенок неделю назад перенес ветряную оспу. Температура 35,6°. Мальчик бледен, глаза запавшие, частая рвота, ноги подогнуты к животу, язык влажный, обложен белым налетом. Живот умеренно вздут, резко болезненный во всех отделах, особенно справа. Симптом Щеткина-Блюмберга положительный по всему животу. Справа выражено напряжение мышц. Клинический диагноз: деструктивный аппендицит, разлитой гнойный перитонит. Срочная операция 26/II-63 г. Кишечник «плавает» в гное. Удален деструктивно измененный отрезок, брюшная полость осушена, дренирована. Выздоровление.

2. А., 25 лет, поступил 1/XI-62 г. через 22 часа после начала заболевания с жалобами на схваткообразные боли в животе, задержку стула и газов, рвоту. Заболевание связано с одномоментным обильным приемом грубой пищи. Температура 36,4°. Пульс 88. Язык суховат, не обложен, живот несколько вздут, участвует в акте дыхания, при пальпации болезненный во всех отделах, особенно в эпигастрии. Усиленная перистальтика.

Больному введен атропин, сделана двухсторонняя поясничная новокаиновая блокада, повторные клизмы. Улучшения нет. Рентгеноскопия органов брюшной полости. Обнаружено два уровня жидкости в правой половине живота. Решено оперировать.

На расстоянии 20 см от начала тонкой кишки обнаружен инвагинат длиной 5 см, в 15—20 см от него — второй инвагинат длиной 3 см и рядом третий, тоже около 3 см длиной. Произведена дезинвагинация. Выздоровление.

3. Х., 46 лет, поступила в хирургическое отделение 31/III-62 г. через 9 часов от начала заболевания с жалобами на боли в животе, рвоту, задержку стула и газов.

Температура 36,3°. Пульс 78. Язык суховат, обложен коричневым налетом. Живот не вздут, напряжения мышц не обнаруживается, в правой подвздошной области пальпируется эластичная, болезненная, подвижная опухоль величиной с мужской кулак.

Срочная операция. Обнаружена инвагинация тонкой кишки в толстую. Дезинвагинация, резекция 94 см тонкой кишки, поскольку уже произошла ее гангрена. Выздоровление.

4. Психически больная В., 26 лет, приняла 3,0 люминала. На 3 сутки пребывания в больнице стала жаловаться на схваткообразные боли в животе. При расспросе призналась, что накануне проглотила 3 ложки. Срочная рентгеноскопия живота: обнаружена тень от металлических предметов в слепой кишке. Срочная лапаротомия под общим эфирным наркозом — из слепой кишки извлечены 3 черенка от алюминиевых ложек, причём 2 — от столовых и 1 — от чайной. Выздоровление.

5. Г., 21 г., поступила в хирургическое отделение 26/X-62 г. через 36 часов от начала заболевания с жалобами на интенсивные постоянные боли в животе, повторную рвоту.

У больной семимесячная беременность. Температура нормальная. Пульс 72. Больная беспокойна, бледна. Язык суховат, не обложен. Живот не вздут, мягкий, ниже пупка обнаруживается овальная, болезненная, плотная, подвижная опухоль 20×15 см. В тот же день под местной анестезией удалена киста и резецированы правые придатки, поскольку они были перекручены в ножке кисты.

6. В., 60 лет, поступила в больницу 4/III-63 г. с жалобами на приступообразные боли внизу живота, рвоту, слабость. У больной митральная болезнь.

Болями в животе страдает около 1,5 года, временами они совершенно проходят, приступы очень сильных болей держатся 1—2 суток, появляется вздутие живота, рвота, задержка стула и газов.

Обнаружена опухоль, расположенная под лобком по средней линии. Опухоль бугристая, плотная, болезненная, малоподвижная, 15×10 см. Под местной анестезией удалена киста яичника.