

Если при этом все же отмечались расстройства сна, то дополнительно назначалась на ночь: микстура, состоящая из настоя пустырника, бромистого натрия и меденала (микстура Равкина), или пропазин в дозе 25—75 мг в драже.

Таким образом, нами получены обнадеживающие результаты при применении некоторых психотонических препаратов в нервно-психиатрической практике.

Поступила 5 марта 1962 г.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ НОВОГО СТИМУЛЯТОРА ДЫХАНИЯ — МИКОРЕНА ПРИ АСФИКСИИ НОВОРОЖДЕННЫХ

Канд. мед. наук М. И. Анисимова

Кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета (зав. — проф. А. М. Фой)
Саратовского медицинского института

Наиболее частой причиной мертворождаемости, как известно, является внутриутробная асфиксия плода, вызванная весьма различными факторами.

Так, по наблюдениям С. Л. Кейлина, при патологоанатомическом исследовании мертворожденных детей у 49,2% обнаружены изменения, характерные для внутриутробной асфиксии, причем у 23,1% они сочетались с кровоизлияниями в жизненно-важные органы.

По литературным данным, асфиксия из общего числа родившихся наблюдается в среднем у 4—6% новорожденных. По нашим наблюдениям, асфиксия выявлена у 5,7% новорожденных.

В последнее время (1960—61 гг.) в комплексе проводимой терапии в борьбе с асфиксией новорожденных мы применяли новый стимулятор дыхательного центра — микорен у 128 детей, родившихся в асфиксии.

Микорен составляет из равных частей диметиламид-N-кродонил- α -этиламиноасляной и диметиламид-N-кродонил- α -пропиламиноасляной кислот (по 0,1125). Микорен нам был предоставлен для изучения ВНИХФИ им. С. Орджоникидзе. Из 128 детей у 96 (75%) установлена асфиксия средней тяжести (синяя), когда у новорожденных отмечались поверхностное и прерывистое дыхание, ослабление сердечной деятельности, цианоз кожных покровов и понижение общего тонуса. У 32 (25%) была тяжелая (белая) асфиксия: кожные покровы у этой группы новорожденных были бледными, дыхание и рефлексы отсутствовали, была аритмия сердечной деятельности.

Установлено, что в борьбе с асфиксией новорожденных применение таких аналептиков, как лобелин, цититон, неэффективно, так как последние вслед за кратковременной стимуляцией дыхательного центра могут оказать даже депрессивное воздействие (М. Я. Михельсон, Г. С. Лобанов и др.).

Применение же нового мощного стимулятора дыхательного центра — микорена нам кажется весьма целесообразным.

Микорен мы использовали в общем комплексе обычных мероприятий в борьбе с асфиксией новорожденных в такой последовательности: метод И. С. Легенченко, при его неэффективности не позднее 1—3 минут после рождения ребенка в асфиксии — метод Л. С. Персианинова и одновременно подкожное введение 0,2 мл 15% раствора микорена.

Как правило, после инъекции микорена дыхание появлялось через 1—2 минуты, дыхательные движения по мере действия микорена становились все более глубокими, через 3—4 минуты отмечался громкий крик, розовели кожные покровы и появлялись активные движения конечностей. Доношенных новорожденных, родившихся в асфиксии, было 105, с весом от 2500,0 до 3000,0 — 22, от 3000,0 до 3500,0 — 51, от 3500,0 до 4000,0 — 25 и свыше 4000,0 — 7. Недоношенных детей, родившихся в асфиксии, было 23. С весом 1000,0—1500,0 — 8, 1500,0—2000,0 — 9, 2000,0—2450,0 — 6. Не удалось оживить 4 детей, родившихся в белой асфиксии (3,1%). Из них 3 весили 1500,0—2000,0 и один — 4000,0. На аутопсии у всех обнаружены изменения, характерные для внутричерепной травмы, а у доношенного ребенка — лишь асфиксия.

У оживленных течение периода новорожденности ничем не отличалось от обычного, и только у 5 возникли явления вторичной асфиксии.

Среди причин ранней детской смертности последствия асфиксии (ателектаз легких, аспирационная бронхопневмония и др.) занимают одно из первых мест.

Из 124 детей, оставшихся в живых, умерли в первые дни периода новорожденности 4 (3,2%), у 2 из них обнаружены обширные внутричерепные кровоизлияния в

жизненноважные центры, не совместимые с жизнью, и у двух — бронхопневмония (в родах у матерей был длительный безводный период).

Еще большего внимания заслуживает применение микорена у новорожденных с проявлениями вторичной асфиксии или для профилактики последней. У 50 детей микорен был использован в борьбе с вторичной асфиксией и у 56 — в целях профилактики вторичной асфиксии.

Закапывали раствор микорена в нос по 2 капли 2—3 раза в день.

Все дети были выписаны в хорошем состоянии.

Проведенные нами наблюдения говорят о целесообразности более широкого применения изучаемого стимулятора дыхательного центра — микорена. Надо добиться широкого выпуска этого аналгетика для акушерской практики.

Поступила 16 января 1963 г.

РАДИКАЛЬНАЯ ОДНОМОМЕНТНАЯ ЛИКВИДАЦИЯ ГУБОВИДНЫХ СВИЩЕЙ ТОНКОГО И ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА С ВОССТАНОВЛЕНИЕМ ЦЕЛОСТИ КИШЕЧНОЙ ТРУБКИ

Доц. Х. З. Ахунзянов

Кафедра госпитальной хирургии № 1 (зав. — проф. Н. В. Соколов)

Казанского медицинского института

В хирургической практике существуют различные методы оперативного лечения кишечных свищей. Одни основаны на внебрюшинных способах хирургического вмешательства. Другие — на внутрибрюшинных путях к свищам, так как внебрюшинные не всегда приводили к желаемой цели, особенно при губовидных формах свищей.

Широкие возможности применения антисептических препаратов и антибиотиков в настоящее время значительно расширили рамки хирургического вмешательства при кишечных свищах и снизили процент осложнений в послеоперационном периоде.

Выбор метода операции при кишечных свищах должен быть строго индивидуальным, с учетом причины возникновения, локализации и вида свища, степени воспаления окружающих тканей и возможности внутрибрюшинного спаечного процесса, с одной стороны, и степени подготовленности хирурга к выполнению такого рода операции — с другой.

Описываемое нами наблюдение возникновения множественных губовидных свищей тонкого и толстого кишечника и хирургическая тактика при их ликвидации представляют интерес для хирургической практики.

7/VIII 1961 г. в хирургическом отделении 12 городской больницы был подвергнут хирургическому вмешательству К., 8 лет, по поводу острого аппендицита. Червеобразный отросток, оказавшийся катарально измененным, удален обычным способом, но при погружении петель тонкого кишечника в брюшную полость кишечная стенка травмировалась и образовалась субсерозная гематома. Последняя на глазах нарастала, в связи с чем сероза над ней была рассечена и гематома выдавлена, но кровотечение продолжалось. Для остановки кровотечения хирургом были наложены лигатуры на ближайшие к гематоме сосуды. Кровотечение остановилось, дефект серозы ушит Z-образным швом. Операционная рана послойно зашита наглухо.

Послеоперационный период протекал не гладко. Мальчик жаловался на боли в животе. Через 16 часов после операции дежурный врач заметил резкое изменение в состоянии больного, он стал беспокойным, появилась бледность кожных покровов. Мальчик часто просил пить, метался в постели, пульс стал нитевидным и частым (до 160), АД упало до 65/40. Живот умеренно и равномерно вздут, ограниченно участвует в акте дыхания, пальпация болезненна во всех отделах. Симптом Щеткина—Блюмберга не ясен. Определить свободную жидкость в брюшной полости не удавалось. Больному перелита консервированная кровь в связи с подозрением на внутрибрюшинное кровотечение. Состояние мальчика не улучшалось, и он взят в операционную для повторного вмешательства.

При вторичном вмешательстве из брюшной полости выделено около 50 мл серозно-геморрагической жидкости с резким каловым запахом. Предлежащие к ране петли тонкого кишечника оказались омертвевшими, что явилось следствием узлообразования большей части тонкого кишечника с сигмовидной кишкой. Свободными и жизнеспособными оказались лишь начальный отдел тощей кишки и дистальный конец подвздошной. Произведена резекция всего нежизнеспособного участка тонкого кишечника на протяжении 3 м 40 см. Ввиду очень тяжелого состояния больного решено операцию максимально сократить. После резекции тонкого кишечника оба конца его