

ление полученных данных показали, что наибольший эффект был достигнут во 2-й группе. Количество недоокисленных продуктов в моче больных этой группы снизилось на 11,4% против 9,7% в 1-й группе, а недоокисленные продукты крови уменьшились соответственно на 7,6 и 5,1%. Отмечено также достоверное снижение КН и выделения безбелкового азота с мочой. Несмотря на тяжелое состояние больных до операции, во 2-й группе послеоперационный период протекал легче, чем в 1-й. Осложнения со стороны жизненно важных органов наблюдались только у 3 больных, а в 1-й группе — у 7 пациентов.

Следовательно, рациональной контролируемой подготовкой возможно в значительной степени корригировать нарушения ОВП и тем самым предупреждать их развитие в послеоперационном периоде. Наиболее стабильные результаты получены при комплексной терапии с включением витамина В₁₅, липоевой кислоты и нестероидных анаболических препаратов.

УДК 616—089.5—031.81

И. И. Авдеев, В. А. Максименков, Ю. Н. Сухов, Р. Ф. Хайдукова (Ульяновск). Тяжелый судорожный синдром во время вводного наркоза

Приводим наше наблюдение судорожного синдрома во время вводного наркоза, закончившегося смертью.

А., 23 лет, поступил в хирургическое отделение больницы скорой помощи 21.VII 1977 г. в 11 ч. 50 мин. Диагноз: прободная язва желудка.

Из анамнеза выяснилось, что больной последние 3 года «пьет запоем». 2 года назад диагностирована язва желудка. Перед поступлением 3 дня подряд пьянствовал, о моменте заболевания не помнит.

При поступлении общее состояние средней тяжести. Лицо гиперемировано, выражен акроцианоз. АД 120/80 мм рт. ст. Пульс 110 уд. в 1 мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Тоны сердца ясные, шумов нет. Дыхание в легких везикулярное, единичные сухие и влажные хрипы. Язык сухой, обложен серым налетом. Живот резко напряжен, при пальпации болезнен. Печень и селезенка не увеличены. Температура в подмышечной впадине 36,7°. Из рта запах алкоголя.

Анализ мочи: плотность 1,014, белок не определяется. Лейкоциты единичные, эритроциты единичные.

Анализ крови: Эр. $3,2 \cdot 10^{12}$ в 1 л, Нб 1,9 ммоль/л, л. $21,3 \cdot 10^9$ в 1 л, СОЭ — 28 мм/ч.

Клиническая картина прободной язвы желудка не представляла сомнений. Больной госпитализирован, на операцию согласен.

В течение 1,5 ч проводили предоперационную подготовку. Внутривенно перелиты 1 л 5% раствора глюкозы, 12 ед. инсулина, 100 мг кокарбоксилазы, 5 мл витамина С, 500 мл 5% раствора гидрокарбоната натрия, 10 мл 25% раствора сернокислой магнезии, 4 мл 50% раствора анальгина.

Общее состояние улучшилось: акроцианоз исчез, АД 120/70 мм рт. ст.

Премедикация перед операцией: 0,1% раствор атропина — 1 мл, 1% раствор ди-медрола — 2 мл, промедол 1% — 1 мл подкожно за 20 мин до операции. Вводный наркоз — 25% гексенал.

После введения 100 мг гексенала у больного возникли эпилептиформные судороги. Вливание гексенала прекращено, введено 140 мл 2% раствора листенона, одновременно по возможности проводили искусственное дыхание маской наркозного аппарата. После листенона полного расслабления тонуса скелетных мышц не наступило. Произведена интубация трахеи, начата искусственная вентиляция легких. Пульс и АД на сонных артериях не определяются, сердцебиение не выслушивается. С момента появления судорог и остановки сердца прошло не более 4 мин. Начат закрытый массаж сердца, внутрисердечно ввели 10 мл 10% раствора хлористого кальция, 0,5 мл 0,1% раствора атропина и 1 мл 0,1% раствора адреналина. На ЭКГ — фибрилляция желудочков. Трижды произведена дефибриляция: напряжение 5,5; 6; 6,5 квт. Эффект от дефибриляции кратковременный. Одновременно проводили введение гидрокарбоната натрия, преднизолона, холод на голову. Эффекта от реанимационных мероприятий нет. Через 4 ч они прекращены.

Патологоанатомический диагноз: хроническая язва пилорического отдела желудка в стадии обострения. Перфорация язвы в сочетании с кровотечением из эродированного сосуда в дне язвы. Дистрофия паренхиматозных органов. Отек легких, мозга с вклиниванием миндалин мозжечка в большое затылочное отверстие.

УДК 616.34—007.43—031:611.26—053.1—073.75

А. П. Максимов (Казань). К рентгенодиагностике врожденной грыжи правого купола диафрагмы¹

Мы наблюдали двух больных с врожденными ложными грыжами правого купола диафрагмы.

¹ Доложено на заседании общества рентгенологов и радиологов ТАССР 16 февраля 1978 г.