

ли ознобы и поты, уменьшилась одышка и неприятные ощущения в области сердца, улучшились гематологические показатели.

Больному с упорно не заживающими в течение года инфицированными ранами на месте послеожоговых рубцов лечение внутривенными вливаниями олететрина также было продолжено до 7 дней, причем удалось добиться заживления раны: боли и отек исчезли, прекратились гнойные выделения, закрылись свищи.

Таким образом, у 5 больных непосредственный результат лечения внутривенными вливаниями олететрина был хорошим, у 2 из них необходимости в дальнейшем применении других антибиотиков не было.

Внутривенное введение гликоциклина и олететрина хорошо переносилось большинством больных. Только у 2 больных при внутривенном введении гликоциклина возникли боли и гиперемия по ходу вены. Эти явления держались в течение нескольких часов. У одной больной, лечившейся пенициллином, стрептомицином, тетрациклином, после внутривенных вливаний гликоциклина появился дрожжеподобный грибок рода кандиды в соскобе с языка, в моче, мокроте в значительном количестве (почкующиеся формы и нити мицелия).

Итак, из 18 взятых нами под наблюдение больных внутривенное введение в течение 3—8 дней гликоциклина или олететрина у 5 привело к практическому выздоровлению без дальнейшего применения этих, а также других антибиотиков.

У 10 больных был получен также благоприятный терапевтический эффект, однако после достижения (в результате внутривенного введения указанных антибиотиков) перелома в течении заболевания эти больные нуждались в продолжении лечения другими антибактериальными препаратами. Ранее прекращение антибиотикотерапии приводило в отдельных случаях к ухудшению состояния больных. Отсутствие клинического эффекта при внутривенном введении гликоциклина и олететрина было только у 3 больных.

УДК 616—089.5—031.81

ВВОДНЫЙ МАСОЧНЫЙ ХЛОРЕТИЛОВЫЙ НАРКОЗ¹

А. А. Ивунин

22-я хирургическая больница (главврач — А. П. Лихачев), г. Горький

Для вводного наркоза мы применяли хлорэтил в смеси с кислородом. Предпосылкой к этому послужили фармакодинамические свойства хлорэтила: он не вызывает чувства удушья, не имеет неприятного запаха, очень быстро действует, не изменяется в организме и быстро выводится. Отрицательные стороны его связаны с дозировкой и недостаточной легочной вентиляцией.

Введение в наркоз хлорэтилом осуществляли при помощи малого испарителя наркозного аппарата УНА-1. В стакан испарителя наливали 2—3 мл хлорэтила через носик ампулы. Такое количество хлорэтила исключало передозировку, но вполне обеспечивало введение больного в наркоз. Подачу хлорэтила дозировали путем поворота ручки, регулирующей количество наркотического вещества в газообразном состоянии по условной шкале от 0 до 4.

Премедикацию применяли общепринятую — атропином с промедолом в дозировках, соответствующих весу и возрасту больных.

Перед введением в наркоз больной в течение минуты насыщался кислородом через маску наркозного аппарата с потоком кислорода 2 л/мин. при полуоткрытой системе. После этого включали малый испаритель с хлорэтилом, установив дозиметрическую ручку вначале на цифру 1 шкалы, чтобы дать больному возможность привыкнуть к запаху хлорэтила. Затем ручку ставили на цифру 4, и больной насыщался смесью хлорэтила с кислородом.

В течение 2—3-минутного насыщения хлорэтилом контакт с больным прекращался — наступала стадия анальгезии. С этого момента включали эфирницу — к смеси добавлялся эфир. Параллельно с включением эфира и увеличением его дозировки закрывали дозиметр малого испарителя и прекращали подачу хлорэтила. Больной быстро и плавно входил в наркоз без резких признаков возбуждения. Далее наркоз поддерживали смесью эфира с кислородом.

Такую методику мы применяем с января 1964 г. как при интубационном, так и при масочном эфирно-кислородном наркозе. За это время проведено более 600 введений в наркоз хлорэтилом в смеси с кислородом с хорошими результатами.

Осложнений от введения в наркоз хлорэтилом с кислородом мы не наблюдали.

¹ Статья печатается в порядке обсуждения. Ввиду отсутствия совершенной наркозной аппаратуры для дачи хлорэтила рекомендовать этот метод для широкого применения преждевременно. (Ред.)

По нашим данным уровень оксигемоглобина, доведенный во время насыщения кислородом до 100%, при индукции хлорэтила в наркоз не снижался. АД колебалось на 10—15 мм. Пульс учащался на 10—20 ударов в минуту.

За период введения в наркоз хлорэтилом дыхательный воздух и минутный объем дыхания увеличивались на 120%. Дыхание становилось несколько реже, а глубина дыхания увеличивалась.

УДК 616.61—616.981.42.636.2

ПЕРИТОНЕАЛЬНЫЙ ДИАЛИЗ ПРИ ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

А. Ф. Агеев, Ф. С. Данаева и И. Е. Рытвинская

1 кафедра акушерства и гинекологии (зав. — проф. Н. Е. Сидоров), 11 кафедра хирургии (зав. — проф. П. В. Кравченко) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина и гинекологическое отделение 2-го роддома г. Казани (главврач — П. И. Панченко)

Возникающая при почечной недостаточности уремия связана с накоплением в тканях и крови безбелкового азота. Мероприятия, которые применяются в этих случаях, направлены на удаление из организма постоянно накапливающихся ядовитых соединений. Наряду с операцией замещения и обменного переливания крови, гемодиализом и желудочно-кишечными промываниями в клиническую практику вошло использование операции перитонеального диализа (промывания брюшной полости). Этот метод, как показали исследования ряда авторов, во многом не уступает тем предыдущим и вместе с тем более доступен и менее опасен. К тому же путем перитонеального диализа за короткий срок удается извлечь из организма больного большое количество отравляющих веществ, уменьшить степень обезвоженности больных, отрегулировать в определенной степени минеральный обмен и т. д. (К. А. Великанов, 1957).

При перитонеальном диализе брюшина действует как полупроницаемая мембрана; большая ее поверхность позволяет удалить из организма за сутки, при условии постоянного промывания, от 18—32 (К. А. Великанов) до 50—60 г мочевины (Сарпе, 1954).

Техника перитонеального диализа заключается во введении в полость живота двух дренажей, один из которых соединяется с системой банок, наполненных диализирующим раствором, второй — с сосудом для сбора вытекающей из брюшной полости жидкости. При этом строго соблюдаются все условия асептики и антисептики. Скорость введения жидкости может быть различной. Обычно с началом диализа вводится до 2 л жидкости для создания искусственного асцита, в последующем — до 1,5—2 л в час.

Нами брюшинный диализ был применен двум больным. Лечение оказалось неэффективным у одной больной, которой операция была произведена хотя и не на позднем сроке (6-й день заболевания), но уже в агональном состоянии. У второй больной диализ был начат на 7-й день развития почечной недостаточности, больная выздоровела.

Приводим это наблюдение.

Г., 41 года, поступила 15/V 1964 г. с диагнозом «септический аборт». При поступлении состояние средней тяжести. Слабость, кожные покровы бледноваты, склеры иктеричны, температура 38,4°. Пульс 110, удовлетворительного наполнения. Язык суховат, обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Органы грудной клетки без отклонений от нормы. АД 150/70.

Матка увеличена до 8—9 недель беременности, шейка ее пропускает кончик пальца. Выделения скудные, кровянистые.

Назначены антибиотики, холод на живот. К концу дня 15/V состояние больной резко ухудшилось: температура 39°, пульс 115, озноб, одышка, цианоз слизистых и ногтевых лож. Дозы антибиотиков увеличены, дан кислород, введены сердечные. Сутки больная не мочилась, катетером отведено 50 мл концентрированной мочи.

На 3-й день произведено выскабливание полости матки. Произведены двусторонняя окологречная новокаиновая блокада по А. В. Вишневному, диатермия области почек. Несмотря на все принятые меры (антибиотикотерапия, переливание крови противосептическое лечение, введение жидкостей парентерально, сердечные средства и др.) состояние больной не улучшалось. Появилась рвота (в последние дни с примесью крови), лицо стало одутловатым, усилился цианоз, печень увеличилась на 3 поперечных пальца, временами затемнялось сознание. Количество мочи, выпускаемой только катетером, за 6 дней уменьшилось до 10 мл. При лабораторном исследовании крови выявлены гемолиз, выраженная и быстро прогрессирующая анемия (Э. — до 1 700 000). Л — 22 700—40 200, п. — 0,5%, с. — 89,5%, л. — 8,5%, м. — 1,5%, РОЭ 78 мм/час. Остаточный азот крови возрос с 50 до 136,5 мг%.