

Медленное введение глюконата кальция ежедневно в течение нескольких дней снижает гиперкалиемию. При отсутствии эффекта от применения лекарственных средств следует производить промывание желудочно-кишечного тракта или применить перитонеальный диализ.

Осмотические диуретики (манитол и сорбитол) повышают выделение мочи в пять раз, усиливают выделение К, в меньшей степени — Na.

Гипонатриемия развивается вследствие поглощения большого количества жидкости, часто приводит к гипонатриемическому шоку. Пожилые и ослабленные люди неустойчивы к резким изменениям водно-электролитного баланса, и гипонатриемия часто вызывает у них различные осложнения. Гипонатриемия и обезвоживание неотделимы друг от друга. Отрицательный водный баланс отмечается у больных после дренирования мочевого пузыря в течение первых 2—3 суток.

Что касается больных с нормальным водно-электролитным балансом до операции, то у них в первые 2—3 дня после операции наблюдается задержка Na и воды в организме.

Гипернатриемия обычно сочетается с гипокалиемией. Это объясняется сильным раздражением коры надпочечника и обильным выделением альдостерона, а также постгипофизарного антидиуретического гормона, которые вызывают задержку Na и воды в организме больного. При повышенном выделении альдостерона отмечается гипернатриемия, алкалоз и гипокалиемия. Клинически это проявляется в виде мышечной слабости, жажды, полиурии, головной боли, судорог и режее — пареза мышц.

Из сказанного следует, что знакомство с нарушением водно-электролитного баланса у урологических больных имеет большое практическое значение.

Доктор мед. наук В. Е. Кузьмина (Казань)

ЭЛЕКТРОСОН И ЭЛЕКТРОАНЕСТЕЗИЯ

(Всесоюзный симпозиум по проблемам электросна и электроанестезии
13—15/X 1966 г., Москва)

В. М. Баншиков остановился на истории и перспективах развития проблемы электросна и электроанестезии. Метод электросна разработан 20 лет назад в психиатрических клиниках 1-го и 2-го Московских медицинских институтов. Получение охранительного торможения посредством воздействия на головной мозг импульсного тока 100 гц малой силы (Г. С. Календаров, Е. И. Лебединская) или низкой частоты — 3—25 гц (В. А. Гиляровский, Н. М. Ливенцов и др.) и называли электросном.

Для достижения электросна в настоящее время применяются следующие основные параметры импульсного тока: импульсный ток прямоугольной формы частотой 1—25 гц при длительности импульсов 0,2—0,3 мсек (метод В. А. Гиляровского); импульсный ток прямоугольной или трапецевидной формы 50—100 гц продолжительность импульсов 0,8—1,4 мсек (И. И. Яковлев, В. А. Петров, Г. С. Календаров, Е. М. Лебединская, С. Р. Ройтенбурд и др.); импульсный ток комбинированной формы в сочетании с гальваническим током 1—130 гц и выше при длительности импульсов 0,3—1,4 мсек (Ю. Б. Худый, В. С. Бульба, В. П. Кутинов).

Ряд исследователей предлагает при начальных формах нарушения сна малые частоты — 3—20 гц, а при длительных и стойких — 100 гц (С. Ф. Субботин, В. Т. Кондрашенко, Рига).

И. М. Аптер (Харьков) отмечает, что глубина сонного торможения не имеет решающего значения для терапевтического эффекта, во многих случаях достаточно дремотного состояния больного. В лечебном действии электросна играет роль не только фактор охранительного сонного торможения, но и непосредственное возбуждающее действие импульсного тока на разные отделы головного мозга, в частности на ретикулярную формуляцию подкорковых структур.

Есть основание рассматривать систематическое ежедневное воздействие импульсным током на клетки головного мозга как своеобразный «электрический массаж» этих клеток, приводящий к иррадиации сонного торможения.

Выявлено положительное влияние электросна при гипоталамических (диэнцефальных) расстройствах вегетативно-сосудистой формы, что подтверждает мнение ряда исследователей о действии импульсного тока на подкорково-стволовые образования (И. А. Балабанова, Свердловск).

Электросон довольно широко может быть использован при лечении больных, у которых в основе страданий лежат нарушения кортикальной регуляции.

Электросон отличается от медикаментозных снотворных средств отсутствием токсичности в действии и последствии, невозможностью кумуляции.

По данным Н. Н. Тимофеева и др. (Рига) электросон вызывает повышение степени насыщения артериальной крови кислородом, что указывает на значение непосредственного воздействия импульсного тока на ткани мозга (преимущественно стволовую часть).

Электросон хорошо сочетается с целым рядом медикаментозных (в том числе и психотропных) и физиотерапевтических средств и с большим успехом может быть применен в комплексном лечении больных с различными заболеваниями.

При учете лечебного действия электросна следует принимать во внимание и психотерапевтическое воздействие словом, а также положительную эмоциональную реакцию больного на этот вид лечения (Л. Кививаре, Тарту).

Лучшие результаты достигнуты при лечении электросном в сочетании с гипнозом (И. М. Виш, Тамбов).

Применение импульсного тока через электроды, наложенные на конечности, для вызывания сонного торможения принято называть «местной электроанестезией», чтобы отличить ее от сеансов электросна.

Известно, что при помощи ритмических раздражений кожных рецепторов можно вызвать состояние дремоты и сна, разлитого торможения в коре головного мозга. Торможение во время «местной электроанальгезии» можно отнести по типу к условному торможению по И. П. Павлову (В. М. Баншиков). Во время сеансов электроанальгезии биоэлектрическая активность мозга либо не изменяется, либо обнаруживает тенденцию к генерализации и большей регулярности альфа-ритма. Как бы то ни было, торможение при «местной электроанальгезии» отличается от торможения при электросне, несмотря на внешнее сходство клинической картины вызываемых состояний. Это совпадает с указаниями П. К. Анохина о многообразии механизмов торможения в центральной нервной системе.

Наибольшее распространение и признание электросон получил в психоневрологии, особенно при лечении больных с неврозами, протекающими с нарушениями сна. Хорошие результаты при бессоннице различной этиологии были получены как в стационарах, так и в поликлиниках.

Больные, страдающие функциональным расстройством нервной системы с высокой степенью астенизации личности, дают отрицательную реакцию на обычные электрические режимы. Больные с различными формами неврастения требуют различных частот и силы тока для получения лучшего эффекта электросна. При гиперстенической форме неврастения больные быстрее засыпают при большей частоте (15—25 гц) и малой силе тока (5—10 мА). Больные с гипостенической формой неврастения лучше засыпали при частоте 1—5 гц и силе тока 15—25 мА. Больные с синдромом навязчивых состояний быстрее засыпали при малых частотах и малой силе тока. Таким образом, скорость засыпания и глубина электросна более отчетливо проявляются у больных со слабыми раздражительными процессами. Торможение труднее наступает у больных с чрезмерно иррадиированными процессами возбуждения (С. Ф. Субботин, В. Т. Кондрашенко, Рига).

М. З. Коновалова (Алма-Ата) на большом материале (222 больных) считает эффективным включение в лечебный комплекс электросна даже в остром периоде закрытой черепномозговой травмы легкой и средней тяжести. Лечение больных сном начиналось по выходе их из бессознательного состояния на фоне комплексного лечения (дегидратационная терапия, антибиотики и др.).

В. А. Гиляровский, В. М. Баншиков и др. отмечают положительное влияние электросна, включенного в комплексное лечение больных шизофренией с галлюцинаторным и галлюцинаторно-параноидным синдромами, инволюционным и маниакально-депрессивным психозами. Электросон дает лучшие результаты при галлюцинаторно-бредовом синдроме с превалированием в клинической картине невротических состояний, особенно в тех случаях, когда начало психоза вызвано психической травмой.

В клинике нервных болезней этот метод оказывал благоприятное влияние при энцефальных и гипоталамических расстройствах, клещевом и постгриппозном энцефалите, при острых явлениях весенне-летнего энцефалита, рассеянном склерозе, писчем спазме.

С. С. Магазанник (Свердловск) по ЭЭГ и клинико-физиологическим исследованиям предлагает включать электросон в комплекс лечения больных с остаточными явлениями клещевого энцефалита.

А. Г. Ибрагимова, Ф. И. Вольтер (Казань) рекомендуют импульсный ток прямоугольной формы при лечении больных с выраженными болевыми синдромами (пояснично-крестцовый радикулит, невралгия тройничного нерва, плексалгия и др.).

Электросон дал хорошие результаты и при лечении детей с ревматической малой хореей, истерическими реакциями с вегетативными нарушениями, а также при заикании, энурезе, ночных страхах, снохождениях. Он хорошо переносится детьми даже в первые годы жизни (Л. Я. Рабичев).

В терапевтической клинике электросон с определенным успехом применяется при лечении больных с начальными стадиями гипертонической болезни, с бронхиальной астмой, язвенной болезнью, гипотоническим состоянием, при неврозах, сердечно-болевом синдроме, при комплексном лечении больных атеросклерозом, кардиосклерозом, инфектоартритами.

Лечение электросном показано особенно тем больным, у которых гипотензивная медикаментозная терапия не действенна. Наилучший эффект наблюдается после комплексной терапии электросном и медикаментозными средствами (П. К. Булагов, П. И. Буль, Ленинград).

При гипотонических состояниях электросон может быть использован с целью снятия невроза и стимулирующего действия импульсного тока на подкорковую область мозга. Большинству больных могут быть применены процедуры с постепенно возрастающей частотой в пределах до 40 гц; только больным с резко ослабленной нервной системой рекомендуются частоты, не превышающие 10 гц, при минимальной силе тока (Л. А. Студницына, Москва).

Импульсный ток низкой частоты по методике электросна был использован при лечении больных с инфектартизмами с целью стимулирования адренокортикотропной функции гипофиза. При этом у 70% больных наблюдалось повышение экскреции 17-оксикортикостероидов, что свидетельствовало о повышении функции коры надпочечников (Н. И. Сперанский, В. Н. Герасименко, Москва).

С. Р. Ройтенбург (Москва) считает, что электросон показан в предоперационном, операционном (в комбинации с местным обезболиванием) и послеоперационном периоде, преимущественно у больных с выраженной психической реакцией. Обращает на себя внимание, что во время операции для достижения обезболивания потребовалось почти вдвое меньше новокаина, чем при операциях без электросна.

В хирургической практике электросон применялся с 1954 г. как при заболеваниях, подлежащих оперативному лечению, в основе которых лежат нарушения кортико-висцеральных взаимоотношений, так и при сопутствующих невротических расстройствах. Электросон способствовал быстрому выведению из шока больных, которые поступали в шоковом состоянии.

Под влиянием электросна у большинства больных эндартериозом I стадии и атеросклерозом сосудов нижних конечностей преимущественно II стадии обнаруживается тенденция к нормализации сосудистых реакций, наступающая в процессе лечения или непосредственно после окончания курса, либо развивающаяся постепенно в течение 2—12 месяцев по окончании лечения (М. И. Казарновская, Москва).

Снятие фантомных болей импульсным током низкой частоты является патогенетически обоснованным и дает наилучший эффект. Электросон при этом используется с целью подавления развития в центральной нервной системе гипноидных фазовых состояний, являющихся патофизиологической основой феномена фантома (Е. И. Шахновская, Горький).

В акушерской практике электросон дал хорошие результаты при лечении жещин с ранними и поздними токсикозами беременности (З. А. Вениери, М. Д. Пастернак и сотр.).

А. Г. Ибрагимова (Казань)

НЕКРОЛОГИ

УДК 617 (092 Кравченко)

ПРОФЕССОР ПЕТР ВАСИЛЬЕВИЧ КРАВЧЕНКО

30/I 1967 г. скончался доктор мед. наук, профессор Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина Петр Васильевич Кравченко.

П. В. Кравченко родился 23/VI 1907 г. в семье служащего. В 1930 г. он окончил медицинский факультет Воронежского университета и начал работать на врачебном участке при ст. Верховье ЮВЖД, но вскоре был призван в ряды Советской Армии. После демобилизации в 1931 г. он был по конкурсу зачислен клиническим ординатором госпитальной хирургической клиники Воронежского медицинского института, руководимой проф. А. Г. Русановым. В 1933 г., по окончании ординатуры, Петр Васильевич был направлен Наркомздравом в г. Горький, в больницу автозавода на должность ординатора хирургического отделения, а в 1936 г. был переведен в 7-ю хирургическую больницу г. Горького хирургом и заместителем главного врача по лечебной части. Через год на базе этой больницы была организована факультетская хирургическая клиника Горьковского медицинского института, и Петр Васильевич по конкурсу был избран ассистентом клиники, которой руководил проф. Е. Л. Березов.

В 1939—1940 гг. Петр Васильевич участвовал в войне с белофиннами и был награжден медалью «За боевые заслуги». В годы Великой Отечественной войны он работал в эвакуогоспиталях г. Горького, одновременно оставаясь ассистентом факультетской хирургической клиники. За работу в эвакуогоспиталях он был награжден медалями «За победу над Германией», «За доблестный труд в Великой Отечественной войне», грамотой Военного Совета Московского военного округа, грамотой Минздрава СССР.

В 1943 г. Петр Васильевич защитил диссертацию на ученую степень кандидата медицинских наук по теме «Материалы к хирургии панкреас». В конце 1944 г. он был избран доцентом факультетской хирургической клиники, а с 1944 по 1951 г. был директором Горьковского медицинского института им. С. М. Кирова.