

Е. С. Карашуров, С. Е. Карашуров (Петрозаводск). Изменение тонуса мозговых сосудов у больных бронхиальной астмой после гломэктомии

Частыми осложнениями гломэктомии являются головные боли и легкое менингеоподобное состояние в течение нескольких дней или недель после операции, а иногда гемипарезы. Причины этих осложнений до сих пор не раскрыты. В поисках их объяснения мы решили изучить объемный кровоток головного мозга и кислотно-щелочное состояние (КЩС). Объемный кровоток изучали методом реоэнцефалографии (РЕГ) у 43 больных, а КЩС — у 100 больных (возраст — от 22 до 67 лет). Течение бронхиальной астмы до операции у обследованных больных было средне-желое и тяжелое.

РЕГ мы регистрировали до операции и на 2, 3—4 и 5—7-й дни после операции. Время распространения пульсовой волны до операции было $0,14 \pm 0,004$ с, как справа, так и слева. В послеоперационном периоде наблюдалось некоторое укорочение времени распространения пульсовой волны — до $0,13 \pm 0,003$ с. Уменьшение времени распространения пульсовой волны может указывать на некоторое изменение тонуса мозговых артерий в результате хирургического вмешательства. Это же подтверждает и увеличение продолжительности сердечного цикла в послеоперационном периоде. Если в норме при левом отведении она была равна $16,4 \pm 1,18\%$, а при правом $15,6 \pm 1,19\%$, то на 5—7-й день после операции она составляла при левом отведении $17,6 \pm 1,27\%$, а при правом — $17,8 \pm 1,8\%$.

Больные с бронхиальной астмой до операции находились в состоянии компенсированного ацидоза с минимальными сдвигами буферных оснований. Гломэктомия не вызвала существенных изменений в КЩС. Данные по исследованию pCO_2 и pO_2 показали, что после гломэктомии практически не изменяется величина pCO_2 , но заметно увеличивается напряжение кислорода. Повышение напряжения кислорода в крови, оттекающей из головного мозга, может быть связано с недостаточной утилизацией кислорода клетками головного мозга.

УДК 616.617—089.844:611.341

Э. Н. Ситдыков, Н. М. Иванов, В. З. Маркелов (Казань — Саранск). Замещение мочеточника демукозированным отрезком тонкого кишечника

Несмотря на сравнительно большое число работ по кишечной пластике мочеточника, возможности дальнейшей разработки этой операции еще далеко не исчерпаны. Мы поставили перед собой задачу разработать способ пластики мочеточника демукозированным отрезком тонкого кишечника. Эксперименты проведены на 54 собаках. Под наркозом параректальным разрезом вскрывали брюшную полость. На расстоянии 35—40 см от илеоцекального угла выбирали участок подвздошной кишки длиной от 10 до 20 см и пересекали с сохранением брыжейки. Непрерывность тонкого кишечника восстанавливали анастомозом конец в конец, затем зашивали однорядными швами окно, образованное в брыжейке после выделения сегмента тонкого кишечника. Демукозацию выключенного отрезка кишки производили по Н. Е. Савченко и В. А. Мохорту¹. После демукозации серозно-мышечный трансплантат, как правило, быстро сокращается. Край серозно-мышечного сегмента накладывали друг на друга как застегнутый халат и прошивали непрерывным тонким кетгутом на трубке. Резецированный мочеточник длиной от 10 до 20 см замещали подготовленным демукозированным сегментом тонкого кишечника, который интубировали хлорвиниловой трубкой. Дистальный конец дренажной трубки выводили через мочевого пузырь на кожу. После пластики мочеточника места швов для лучшей герметизации покрывали салником и укладывали забрюшинно, брюшину над мочеточником ушивали. На 9—10-й день катетер удаляли. Животные находились под наблюдением от 3 дней до 3 лет. Нормализация относительной плотности мочи у всех животных обычно наступала по истечении месяца после операции. Важным критерием общего состояния животных в послеоперационном периоде является динамика изменения массы тела. Несмотря на тяжесть операции, у всех животных потеря массы тела в послеоперационном периоде была сравнительно кратковременной, через 1,5—2 мес после операции у них восстанавливалась первоначальная масса, причем у некоторых — даже с избытком. Первоначальное снижение массы тела можно объяснить тяжестью операции, вследствие чего животные часто отказывались от пищи, и интоксикацией всасывающимися продуктами мочи через демукозированный отрезок кишки. Остаточный азот и хлориды крови в первые и последующие дни после операции были в пределах верхних границ нормы.

Функциональное состояние мочевыводящих путей мы оценивали по данным экскреторной урографии. На рентгенограммах определялась нормальная функция почек, отсутствовало расширение их полостной системы. На оперированной стороне контраст-

¹ Савченко Н. Е., Мохорт В. А. Нейрогенные расстройства мочеиспускания. Минск, 1970.