

протекает более благоприятно при поражении верхней конечности, чем нижней. Из 16 пострадавших с синдромом раздавливания верхней конечности умер один, а у нас из 4 с подобным поражением скончались трое. Решающее значение для прогноза, по-видимому, имеет не столько локализация, сколько продолжительность сдавливания, во всех наших наблюдениях составлявшая около 8—12 часов.

По вопросу об оперативном лечении больных травматическим токсикозом нет единого мнения. Н. Н. Еланский рекомендует производить разрезы на поврежденной конечности в тяжелых случаях. По мнению М. И. Кузина, разрезы следует производить на 2—3-й день после травмы. Ватсон-Джонс советует обязательно иссекать нежизнеспособные ткани, а если конечность находилась под раздавливающим предметом свыше 6 часов — производить ампутацию. Последнее предложение является выражением крайней точки зрения, не разделяемой большинством хирургов. Нам представляется наиболее оправданным при резко выраженном отеке и напряжении тканей производить множественные разрезы в день поступления больного. В пользу такой хирургической тактики можно привести следующие веские соображения: 1) выпот при синдроме длительного раздавливания содержит токсические вещества, и разрезы могут способствовать дезинтоксикации организма; 2) разгрузка от отечной жидкости пораженной конечности помогает уменьшить давление и этим ослабить асфиксию тканей; 3) удовлетворительное самочувствие пострадавшего и кажущаяся легкость клинической картины, которая наблюдается в первые 12—24 часа после травмы, не гарантируют благополучный исход, и оперативное вмешательство, предпринятое при наступлении катастрофического ухудшения в состоянии больного, может оказаться запоздалым; 4) разрезы едва ли могут причинить вред больному, независимо от того состояния, в котором доставляется пострадавший в стационар.

Заслуживают быть отмеченными и те общие черты, которые были свойственны всем нашим 4 больным с синдромом длительного раздавливания: все пострадавшие были мужчины с хорошо развитой мускулатурой; все они в момент травмы находились в состоянии тяжелой алкогольной интоксикации, по-видимому, предрасполагающей к развитию травматического токсикоза; все они заболели во время сна, пострадала у всех одна и та же конечность — верхняя правая и, наконец, у всех действовал единый механизм травмы — длительное сдавливание руки под тяжестью собственного тела. Описание подобной причины травматического токсикоза в доступной нам литературе не встречалось.

Цель нашего сообщения — обратить внимание на возможность развития синдрома длительного раздавливания в условиях мирного времени от своеобразного механизма компрессии мягких тканей и на необходимость во всех случаях этого синдрома принимать с первых часов поступления пострадавших в стационар энергичное комбинированное лечение: хирургическое (разрезы) и медикаментозное, основные принципы которого совпадают с применяемыми при травматическом шоке.

ЛИТЕРАТУРА

1. Виленская Р. Л. Сб. научно-практических работ, Петрозаводск, 1962, в. 1.— 2. Воробьев Б. И. Сов. мед., 1965, 12.— 3. Гуревич П. С. Судебно-медицинская экспертиза, 1962, 3.— 4. Еланский Н. Н. Хирургия, 1950, 1.— 5. Золотовская В. А. В сб.: Вопросы травматологии, скоропостижной смерти и деонтологии в экспертной практике. Медгиз, М., 1963.— 6. Кузин М. И. Клиника, патогенез и лечение синдрома длительного раздавливания. Медгиз, М., 1959.— 7. Пытель А. Я. Клин. мед., 1945, 9.

УДК 616.8—009.614

О ПРЕМЕДИКАЦИИ ПРИ МЕСТНОМ ОБЕЗБОЛИВАНИИ

В. Г. Морозов

Клиника общей хирургии (зав. — проф. В. Н. Шубин) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова

С открытием антигистаминных препаратов, нейроплегиков и ганглиоблокаторов появилась возможность использовать их с целью потенцирования как при общем обезболивании, так и при местном. Впервые в клинической практике эти препараты были применены Лабори и Гюенаром. В настоящее время известна более 11 схем, предложенных различными авторами [3]. В Казани потенцированное обезболивание впервые было применено Н. А. Колсановым (1958). В нашей клинике были опробованы различные схемы потенцирования, и по мере накопления опыта мы, как и большинство других авторов, отказались от так называемой «классической схемы» потенцирования. Умеренные дозы ганглиолитиков и нейроплегиков применяются по строгим показаниям (тиреотоксикоз, операции на надпочечниках).

Широкие возможности улучшения местного обезболивания открылись с момента появления так называемых транквилизаторов — средств, успокаивающих нервную систему, снимающих чувство страха. К таким средствам можно отнести и андаксин (мепробамат). Накопленный опыт по использованию этих средств для премедикации позволяет широко рекомендовать их [1, 8 и др.].

М. Н. Молоденков применил андаксин с промедолом у больных в неотложной хирургии. Emanuelli и Testa давали андаксин в сочетании с барбитуратами, Smith комбинировал его с прометазинном (фенерганом). Больным весом в 45—90 кг он назначал 25 мг прометазина и 400 мг мепробамата (андаксина) перед сном, а также за 2 часа до операции.

Нами в клинике с 1962 г. премедикация осуществляется по следующей схеме: за день до операции в течение дня 3 раза больные получают по 0,25 андаксина (мепробамата) и 0,25 супрастина, а на ночь пер ос или в клизме — 0,1 нембутала. При болях им вводят внутримышечно 1 мл 1—2% раствора промедола. За два часа до операции дают 0,25 ноксирона, за час до операции — 0,25 андаксина и 0,5 супрастина. Подкожно впрыскивают 1 мл 2% раствора промедола и 1 мл 0,1% раствора атропина. На операционном столе непосредственно перед операцией внутривенно медленно вводят 10—15 мл 1% раствора новокаина и 10 мл 10% раствора NaBr. Такая премедикация значительно усиливает местноанестезирующее действие новокаина и позволяет проводить 2-часовые операции при спокойном поведении больного. Больные пожилого возраста после операции несколько часов находятся в дремотном состоянии. Описанный метод премедикации особенно показан у больных с тиреотоксикозом, гипертонией, у ослабленных и у больных пожилого возраста. Некоторые хирурги при гипертонии рекомендуют дополнительно вводить резерпин. В своей практике мы успешно оперировали больных с выраженной гипертонией и без резерпина. Об этом свидетельствует и опыт акушерско-гинекологической клиники им. Груздева, где по нашей рекомендации применяется такая премедикация. Длительность действия премедикации обычно 1,5—2 часа, у пожилых больных — до 2,5—3 часов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Большагин В. В., Вихриева М. П. Хирургия, 1963, 7. — 2. Воликов А. А. Вестн. хир., 1959, 6. — 3. Зайцев Г. П., Гологорский В. А. Потенцированный наркоз в хирургической клинике. Медгиз, М., 1963. — 4. Линвинский П. И., Соловьев В. В., Поповьянц Р. С. Вестн. хир., 1959, 6. — 5. Молоденков М. Н. Хирургия, 1961, 11. — 6. Морозов В. Г.; Подольский А. Н. В кн.: Материалы конференции по анестезиологии и реаниматологии. Казань, 1965. — 7. Стручков В. И. Вестн. хир., 1959, 6. — 8. Шумакова Н. А., Трепова Л. Д., Федорова Л. Д. В кн.: Материалы Всесоюзной учредительной конференции анестезиологии и реаниматологии. М., 1966. — 9. Щелкунов В. С. В кн.: Материалы II научной конференции по анестезиологии и реаниматологии Л., 1966. — 10. Атанасов А., Абаджиев П. Анестезиология. София, 1962. — 11. Emanuelli H., Testa S. Minerva anest., 1963, 29, 6, 229—232.

УДК 616.33 — 002 — 615.83

ВЛИЯНИЕ ДИАДИНАМИЧЕСКИХ ТОКОВ, ДИАТЕРМИИ И АППЛИКАЦИИ ПАРАФИНА НА ОСНОВНЫЕ ФУНКЦИИ ЖЕЛУДКА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРИТОМ

Э. И. Белобородова

Факультетская терапевтическая клиника (зав. — проф. Д. Д. Яблоков) Томского медицинского института

Под нашим наблюдением находилось 93 больных с обострением хронического гастрита. Большинство из них было в возрасте от 20 до 40 лет, с давностью заболевания от 2 до 10 лет. Мы разделили больных на 3 группы по 31 чел. соответственно трем видам физиотерапии. В каждую группу вошли 10 больных с повышенными показателями секреции (I подгруппа), 7 с нормальными показателями (II подгруппа), 7 с умеренно выраженной секреторной недостаточностью (III подгруппа) и 7 с резко выраженной секреторной недостаточностью (IV подгруппа). Группы были сравнительно однородны по возрасту, давности и тяжести заболевания.

Основные функции желудка изучали по методу Быкова—Курцина с регистрацией гастрোগраммы в обеих фазах пищеварения. По данным гастроскопии у большинства больных первых трех подгрупп были обнаружены явления поверхностного гастрита, у больных IV подгруппы — атрофический гастрит.

Воздействие диадинамическими токами осуществляли посредством польского аппарата «Диадинамик» типа Ridan. Пластинчатые электроды (площадь активного элек-