

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-

трода — 200 см²) накладывали на область желудка поперечно. Активный электрод соединяли с положительным полюсом при повышенной секреторной деятельности желудка и с отрицательным — при секреторной недостаточности. Больные с повышенной секреторной деятельностью желудка получали в течение минуты двухфазный фиксированный ток (Df) с частотой 100 колебаний в сек., который сменялся одномоментным воздействием однофазного фиксированного тока (Mf) с частотой 50 колебаний в сек. Такое чередование токов производили 4—5 раз. Следовательно, процедура длилась 8—10 мин. Больные с секреторной недостаточностью получали в течение 1 мин. двухфазный фиксированный ток, а затем модулированный длинными периодами (Lp) в течение 6 мин. Сила тока в зависимости от чувствительности больного колебалась от 3 до 6 ма (однофазный фиксированный ток), от 6 до 15 ма (двухфазный фиксированный) и от 3 до 9 ма (модулированный длинными периодами).

Для лечения диатермией использовали аппарат типа УДЛ-350. Применяли поперечную методику (площадь активного электрода — 200 см²) с силой тока 1—1,2 а при повышенной секреторной деятельности и 0,5—0,6 а при секреторной недостаточности. Продолжительность процедуры — 20 мин.

Парафин с температурой 55—60° накладывали на область желудка и поясницы на 20 мин.

Курс лечения каждым из вышеуказанных физических факторов состоял из 10—12 процедур, осуществляемых ежедневно. Все больные соблюдали соответствующую диету по Певзнеру и не получали никаких медикаментов.

В результате диадинамотерапии у больных с повышенной секреторной деятельностью (I подгруппа) наблюдается статистически достоверное снижение количества желудочного сока ($P < 0,01$ в I и II фазы секреции), дебет-часа свободной HCl ($P < 0,02$ в I и II фазы) и средней пептической активности ($P < 0,02$ в I и II фазы). У больных с умеренно сниженной секреторной недостаточностью (III подгруппа) отмечается достоверное повышение количества желудочного сока в обеих фазах секреции ($P < 0,05$), дебет-часа свободной HCl ($P < 0,05$ в I и II фазы) и средней пептической активности ($P < 0,05$ в I и II фазы). Во II подгруппе больных (с нормальными показателями секреторной деятельности желудка) статистически достоверных изменений не наступило. У больных с резко выраженной секреторной недостаточностью (IV подгруппа) достоверного повышения основных показателей секреции ни в одну из фаз пищеварения не получено.

При лечении диатермическим током статистически достоверные изменения получены только у больных с умеренно выраженной секреторной недостаточностью (III подгруппа).

ВЫВОДЫ

Диадинамические токи, направленность которых регулируется в зависимости от исходного функционального состояния желудка, оказывают нормализующее влияние на основные функции желудка (секреторную, кислотообразующую, пепсинообразующую, эвакуаторную и моторную) и являются весьма эффективным средством при лечении больных хроническим гастритом.

Диатермия и аппликации парафина как по клиническому эффекту, так и по показателям секреторной деятельности желудка уступают действию диадинамических токов. Диатермия улучшает эвакуаторную функцию и оказывает стимулирующее влияние на пониженную секреторную деятельность желудка.

Парафиновые аппликации нормализуют эвакуаторную функцию желудка и угнетают повышенную секреторную и пепсинообразующую функции.

В связи с этим целесообразно применять диадинамические токи в комплексной терапии больных хроническим гастритом с различной секреторной деятельностью желудка. Аппликации парафина можно рекомендовать для больных с нарушенной эвакуаторно-моторной функцией и повышенными показателями секреции, диатермию — для больных с секреторной недостаточностью.

Диадинамические токи, диатермия и парафиновые аппликации малоэффективны при резко выраженной секреторной недостаточности (атрофический гастрит).

УДК 618.191

ЛЕЧЕНИЕ ТРЕЩИН СОСКОВ С ПРИМЕНЕНИЕМ ПИТУИТРИНА Р

Т. Г. Тертерова

Научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии Министерства здравоохранения Грузинской ССР

Среди факторов, обуславливающих развитие маститов, ведущее место занимают трещины сосков, как главные входные ворота инфекции.

Немаловажным моментом в развитии инфекции в лактационном периоде молочной железы является и застой молока, возникновению которого способствуют опять же трещины сосков из-за резкой болезненности кормления и сцеживания молока.