

1 мг. В операционной начато внутривенное введение 5% глюкозы (150 мл) с коргликоном — 0,0006. Вводный наркоз: закись азота с кислородом 7:3 л + 100 мг листенона, интубация выполнена при помощи прямой ларингоскопии. Наркоз проводили эфирно-кислородно-закисной смесью, стремясь не углублять его более III ст. первого уровня. АД в течение всей операции колебалось от 170/120—200/130 мм, пульс 120—110, дыхание только управляемое с помощью мехов. Анализ данных непрерывной оксигеметрии на протяжении всего наркоза показал, что насыщение крови кислородом в момент вводного наркоза и интубаций снизилось на 4% (до 92%, при исходном 96%), держалось на этом уровне до извлечения плода и повышалось до 95% на последующих этапах операции. Произведено классическое кесарево сечение со стерилизацией. Извлечен живой мальчик весом 2480,0, длиной 49 см. Кровопотеря — 350 мл. Продолжительность операции 27 мин., наркоза — 37 мин. Расход эфира — 20 мл, листенона — 300 мг.

Состояние больной в первые 5 часов оставалось крайне тяжелым. Послеоперационный период осложнился гипохромной анемией.

Выписана в удовлетворительном состоянии с живым мальчиком на 17-й день после операции. Женщина и ребенок осмотрены через год. Мать чувствует себя удовлетворительно, ребенок развивается соответственно возрасту.

Данный случай представляет, по нашему мнению, интерес тем, что примененный комбинированный эндотрахеальный наркоз в определенной степени обеспечил успех оперативного вмешательства у роженицы с острой легочно-сердечной недостаточностью.

Поступила 23 апреля 1964 г.

КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

И. Л. Мытарева (Москва). Влияние эуфиллина на легочную вентиляцию у больных легочным сердцем

Легочная вентиляция определялась на спирографе типа СГ-1, в сидячем положении больного, натощак, после предварительной тренировки, проведенной накануне, до и через 30 мин после внутривенного введения 0,24—0,36 эуфиллина (нами установлено, что максимум изменений легочной вентиляции после введения эуфиллина наступает через 30—40 мин). Для оценки показателей легочной вентиляции вычислялись должны величины легочных объемов по таблицам должного основного обмена (Гаррис — Бенедикта) с учетом пола, возраста, веса и роста больного.

Обследовано 55 больных, разделенных по классификации Б. Б. Когана на три группы: 1 — больные с начальными явлениями правожелудочковой недостаточности (30), 2 — с выраженными, но обратимыми признаками правожелудочковой недостаточности (15), 3 — с необратимой правожелудочковой недостаточностью (10).

Улучшение легочной вентиляции при внутривенном введении 0,24—0,36 эуфиллина наступало у больных с начальными и обратимыми признаками правожелудочковой недостаточности. Его не было у больных с необратимыми признаками правожелудочковой недостаточности.

Л. П. Мышенцева (Куйбышев-обл.). Лечение больных гипертонической болезнью димеколином в амбулаторных условиях

Димеколин назначался внутрь в таблетках по 25 мг вначале один, при хорошей переносимости — 2 раза в сутки и при недостаточном гипотензивном эффекте — 3 раза. Лечение проводилось обычно в течение 2—4 недель. Больные без освобождения от работы принимали таблетки в присутствии врача (одну до начала работы, вторую — во второй половине рабочего дня). Третья таблетка выдавалась на руки.

С I ст. гипертонической болезни было 32 человека (в возрасте от 20 до 59 лет); со II ст. — 90 (в возрасте от 20 до 60 лет).

Результаты лечения

Число больных	АД	Отсутствие эффекта	Снижение АД							
			от 10 до 19	от 20 до 29	от 30 до 39	от 40 до 49	от 50 до 59	от 60 до 69	от 70 до 79	от 80 до 89
122	Систолическ.	19	22	27	20	11	10	6	6	1
122	Диастолическ.	27	62	26	4	2	1	—	—	—

Таким образом, у большинства больных наблюдался хороший гипотензивный эффект и улучшение самочувствия. Лечение димеколином должно проводиться в течение нескольких месяцев и даже лет с индивидуально подобранными перерывами.