

осложнение имело место у 9 больных. Все они были повторно оперированы и погибли от перитонита.

В возникновении кишечной непроходимости в послеоперационном периоде немало важную роль играют нарушения режима питания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вяसेлев Р. А. Казанский мед. ж., 1961, 2. — 2. Зайцев Г. П. Тр. 26 Всес. съезда хир. М., 1956. — 3. Зайцев Г. П., Корнеев А. И. Хирургия, 1963, 11. — 4. Иоссет Г. Я. В кн. «Острый аппендицит». Медгиз, М., 1959. — 5. Мионов А. И., Рукосуев С. Г. Тр. 1 Всесоюз. конф. хир., М., 1958. — 6. Салихов И. А. Казанский мед. ж., 1960, 2. — 7. Соколов Н. В. Там же. 1958. 4. — 8. Шабанов А. Н. Тр. 1 Всерос. конф. хир. Куйбышев, 1958. — 9. Hubel D. S., Barton W. K. and Solomon O. D. Surg. Gynec. Obstet. 1960, 110. — 10. Palumbo L. T. Am. J. Surg. 1959, 11. — 11. Ross F. P., Zarem H. A. and Morgan A. P. Arch. Surg. 1962, 6.

Поступила 16 января 1964 г.

УДК 616—089.5—053.2—616.31—89

ОПЫТ ПОТЕНЦИРОВАННОГО ОБЕЗБОЛИВАНИЯ У ДЕТЕЙ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА ЛИЦЕ И ЧЕЛЮСТЯХ

Л. А. Кольцова и К. Е. Шерпутовская

Кафедра хирургической стоматологии (зав. — проф. Е. А. Домрачева)
Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института

В задачу анестезиологии входит искусственное создание такого функционального состояния организма, при котором в наибольшей степени обеспечивается полноценность и безопасность обезболивания при наименьшей реакции на хирургическую травму. Особенно необходимо создание таких условий при хирургических вмешательствах у детей.

За последние годы широкое распространение и в детской хирургии получил интубационный наркоз.

Широкое применение интубационного наркоза при некоторых челюстно-лицевых операциях в детском возрасте нам кажется не всегда оправданным, потому что сама по себе интубация — далеко не безразличная манипуляция. У нас создавалось впечатление, что ряд операций у детей (цистэктомия, хейлопластика и др.) более целесообразно проводить под местным обезболиванием с применением потенцирующих средств. При подобном обезболивании дети во время операции находятся в дремотном состоянии. Анальгезия, возникающая под действием потенцирующих средств, углубляет местную анестезию, уменьшает расход новокаина во время операции. Использование нейроплегиков и ганглиоблокаторов при местном обезболивании благотворно влияет на общее состояние больных, их эмоциональную сферу.

Потенцирующие средства мы применяем и при общем эфирном наркозе, тем самым устраняем чувство страха перед операцией, перед наркозом. Кроме этого, применение потенцирующих средств при общем наркозе позволяет устранить ощущение удушья, наблюдаемое в начале наркоза, уменьшить дозу эфира, исключает возможность вторичного шока и улучшает послеоперационное течение.

Потенцирование общего эфирно-кислородного наркоза и местного новокаинового обезболивания мы применяли у детей в возрасте от 9 месяцев до 16 лет при операциях на лице и челюстях.

До 1 года было 2 ребенка, до 3 лет — 8, до 6 лет — 11, до 9 — 10, до 12 — 8, до 16 — 9 детей.

Потенцированное обезболивание применялось при следующих операциях (в числителе — при общем наркозе, в знаменателе — при местной анестезии): уранопластика — 10/3, хейлопластика — 0/12, резекция верхней челюсти — 2/0, резекция нижней челюсти — 3/2, удаление сосудистых опухолей — 0/4, иссечение рубцов — 2/1, иссечение пигментных пятен — 0/3, остеотомия нижней челюсти — 0/2, при других операциях — 0/4.

Если операции планировалось проводить под общим эфирным наркозом или большие операции — под местной анестезией, предоперационная подготовка больного начиналась накануне операции. На ночь назначали снотворное (небутал, барбитал или фенобарбитал) в дозировке соответственно возрасту. За 30—40 мин до операции, а при общем обезболивании — до дачи наркоза внутримышечно вводили следующую смесь: аминазина 2,5% — 1 мл, промедола 1% — 1 мл, метацина 0,1% — 1 мл, этизина 2% — 1 мл (приведена дозировка взрослого человека).

У детей применяли следующие дозировки потенцирующих средств: до года — 1/4 дозы взрослого, от года до 6 лет — 1/3, от 6 до 12 лет — 1/2, с 12 лет — полная доза.

Операции проводили под общим эфирно-кислородным наркозом с помощью аппарата Боброва и под местной инфльтрационной анестезией 0,25% и 0,5% раствором новокаина с добавлением расгвора адреналина.

Перед дачей снотворного и потенцирующей смеси у больных фиксировали пульс и АД, которые затем проверяли через определенные промежутки времени в течение всей операции и в послеоперационном периоде. Обращали внимание на общее состояние ребенка, его реактивность. Под действием потенцирующей смеси у детей обычно наблюдалось учащение пульса на 25—30 ударов, снижение АД на 15—20 мм. При потенцированном местном обезболивании снижение АД было выражено меньше, чем при эфирном наркозе.

При потенцированном эфирном наркозе период возбуждения у детей почти не был выражен. Дети поступали на операционный стол в заторможенном состоянии и уже при небольших дозах эфира быстро засыпали. После выхода из наркоза у них не наблюдалось рвоты, они вели себя спокойно и, как правило, вновь засыпали.

При местном потенцированном обезболивании на операции дети также вели себя более спокойно. После операции обычно засыпали на 4—5 часов. Послеоперационный период протекал без осложнений.

Однако применение потенцирующих средств не лишено недостатков, поэтому требует строгих показаний.

ВЫВОДЫ

1. Применение потенцирующих средств при общем эфирно-кислородном наркозе и местном обезболивании у детей при челюстно-лицевых операциях в большинстве случаев дает благоприятные результаты.

2. У особенно реактивных детей необходимо проводить более расширенное потенцирование с хорошо проведенной предоперационной подготовкой.

3. Из осложнений при потенцированном обезболивании можно отметить повышение АД и гипертермию.

4. Вопрос потенцированного обезбоживания у детей требует дальнейшего изучения.

Поступила 23 апреля 1963 г.

УДК 616.441—008.61—616—089

БЕЛКИ СЫВОРОТКИ КРОВИ ПРИ ТИРЕОТОКСИЧЕСКОМ ЗОБЕ ДО И ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ

А. Ф. Агеев

Кафедра хирургии и неотложной хирургии (зав. — проф. П. В. Кравченко)
Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

Работы, касающиеся состояния белковообразовательной функции печени при тиреотоксическом зобе, немногочисленны, а их данные противоречивы. И. К. Ахунбаев и Ю. А. Волох (1961), С. И. Рахимов (1961) и др. указывают, что количество общего белка сыворотки крови больных тиреотоксическим зобом находится в пределах нормы. П. Е. Огий (1955), П. Г. Подорожный (1956), А. А. Алексеева (1959), Д. А. Макар (1960), Д. Я. Поляков (1960) у ряда этих больных находили гипопротеннемию. И. А. Држевецкая (1957) находила увеличение γ -глобулиновой фракции, Т. И. Добровольская (1960) — увеличение α_1 -глобулина, С. И. Рахимов (1961) — увеличение α_2 и γ -глобулинов, Н. Хамидов (1961) — увеличение α -фракций, Д. А. Макар (1960) — уменьшение альбуминов и увеличение всех глобулиновых фракций сыворотки крови.

Нами были проведены исследования по изучению белковой функции печени у 39 больных (из них 38 женщин) с первичным тиреотоксическим зобом при поступлении в клинику и в ближайшие послеоперационные дни.

Давность заболевания была от 2 до 7 лет. В возрасте 21—30 лет было 13 больных, 31—50 лет — 20, 51—60 лет — 5 и 64 лет — одна.

Все ранее лечились консервативно. Кратковременные улучшения были у 12 больных и у 27 эффекта не было. Тяжелая форма тиреотоксикоза была у 9 больных, средней тяжести — у 15 и легкая — у 15.

Состав белков сыворотки крови изучался путем определения количества общего белка купросульфатным способом Филлипса и Ван-Слайка, соотношения белковых фракций — по методике А. Е. Гурвича (1955), а также путем постановки коллоидных реакций Таката-Ара и Вельтмана. Контрольной группой были доноры (10 человек).

Количество общего белка в сыворотке крови было снижено до 5,84—6,65 г% у 31 больного и у 8 находилось на нижних границах нормы (6,85—7,05 г%). Отметить какую-либо зависимость степени понижения количества общего белка от давности