

трения заболевания (до лечения) и у 39 больных в фазе ремиссии (после консервативного лечения и холецистэктомии). В фазе обострения заболевания коэффициент Na/K слюны оказался сниженным, а в фазе ремиссии — статистически достоверно повышенным.

Мы считаем, что изменения коэффициента Na/K слюны являются отражением общих электролитных сдвигов, обусловленных обменом кортикоидов, в частности альдостерона, в инаktivации которого принимает участие печень. Особенно низким коэффициент Na/K слюны был у больных с деструктивными формами холецистита, у которых исследование проводилось до холецистэктомии, а также у больных с плохим самочувствием в отдаленные сроки после операции, когда заболевание либо прогрессировало (холангит, повторный холелитиаз), либо осложнялось сопутствующими заболеваниями (гастрит, панкреатит, дискинетические расстройства и др.).

Изучение коэффициента Na/K слюны способствует углублению понимания механизмов патогенеза заболеваний желчного пузыря и желчных путей и проведению дифференцированной корригирующей терапии.

УДК 616.33—002.45—089

В. А. Кислицын (Выкса, Горьковская обл.).

Методика ушивания прободных язв желудка и двенадцатиперстной кишки

Предлагаемая нами методика позволяет герметически «стягивать» язвы любой величины без боязни прорезать воспаленные ткани. Не менее важно то, что ушивание в 1 ряд не ведет к деформации органа, особенно пилорического отдела желудка и двенадцатиперстной кишки. Метод ушивания не зависит от величины прободного отверстия и локализации повреждения.

Методика наложения шва: отступя от границы инфильтрации тканей вокруг язвы, желателен через подслизистый слой, накладывают П-образный шов продольно оси желудка. При затягивании в узел один из концов нитей подводят под видимое колено П-образного шва и окончательно дотягивают до полного сближения краев отверстия (см. рис.). В зависимости от величины дефекта накладывают 1, 2 или 3 шва. Чаще всего бывает достаточно одного. Иногда подвязывают сальник на ножке.

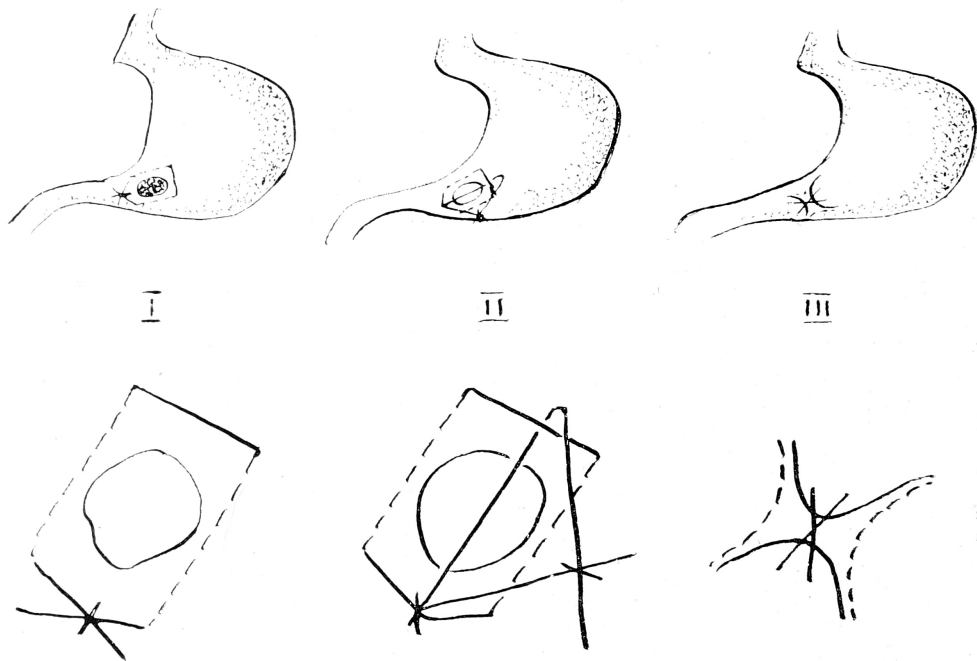


Схема ушивания по этапам.

Всего по данной методике с 1970 г. ушито 75 прободных язв (1 раковая). Возраст больных — от 16 до 58 лет. Все оперированные — мужского пола. У 42 больных была перфорация желудка, у 33 — перфорация двенадцатиперстной кишки. До 6 ч с момента прободения прооперированы 53 человека, до 12 ч — 10, до 24 ч — 9, свыше суток — 3. Диаметр прободного отверстия составлял от 0,3 до 3 см. У 11 больных были каллезные язвы. Ушивание сопровождалось тщательным осушением

брюшной полости и заканчивалось наложением глухих швов. Осложнений не было. Средняя длительность пребывания в стационаре составила 12,3 дня.

Простота и надежность такого шва позволяют предложить данную методику для более широкого применения.

УДК 616.33—002.45—089

Р. Я. Хамитова (Казань). Влияние краниальной гипотермии на течение интоксикации антихолинэстеразным ФОС

При интоксикации фосфорорганическими соединениями (ФОС) в организме развивается гипоксическое состояние. Гипотермия повышает устойчивость тканей к недостатку кислорода. Задачей данного исследования явилось изучение адениловой системы мозга при отравлении армином в условиях предварительной краниальной гипотермии умеренной степени.

Опыты проведены на 45 крысах-самцах. Активность ацетилхолинэстеразы, содержание адениловых кислот в гомогенате ткани головного мозга исследовали через три часа после энтерального введения армина. Фиксация фосфорных соединений в мозговой ткани достигалась за счет того, что гильотинированная голова падала в сосуд с жидким азотом.

Внутримышечно вводили литическую смесь следующего состава: морфин, атропин, димедрол. Через 10—14 мин делали инъекции барбитала или виадрила в субнаркотической дозе. Охлаждение головы проводили хлористым этилом; температура в пищеводе снижалась до 29—30°, в прямой кишке — до 33—34°. Лечение атропином (1 мг/кг) начинали через 5 мин после введения армина, через 30 и 60 мин повторяли. Высчитывали энергетический заряд по Аткинсону:

$$\Sigma 3 = \frac{АТФ + 0,5 АДФ}{АТФ + АДФ + АМФ}$$

Введение барбитала, виадрила и краниальная гипотермия с их применением у интактных животных существенно не влияли на величину энергетического заряда мозговой ткани и содержание АТФ.

Предварительная краниальная гипотермия обеспечивала 100% выживаемость отравленных ЛД₈₄ армина и леченных атропином. Из видимых проявлений интоксикации наблюдался только тремор. Активность ацетилхолинэстеразы через 3 часа после отравления армином составляла 12% от нормы — $0,47 \pm 0,11$ мкмоль/г·мин. Следовательно, имело место отравление армином тяжелой степени, при котором содержание АТФ уменьшилось с $1,46 \pm 0,06$ до $0,49 \pm 0,19$ мкмоль/г. Одновременно увеличилось содержание АДФ в 1,7 раза ($P < 0,05$) и АМФ в 5,3 раза ($P < 0,001$). Такие изменения в содержании отдельных адениннуклеотидов привели к резкому падению величины $\Sigma 3$ — в 1,6 раза ($P < 0,05$) и отношения АТФ/АДФ — в 3,5 раза ($P < 0,01$). Сумма адениннуклеотидов не изменялась. Когда в качестве наркотического средства при гипотермии применяли барбитал, низкоэнергетический сдвиг в адениловой системе при интоксикации армином был менее выраженным. Однако содержание АТФ, АДФ, АМФ и величина $\Sigma 3$ (соответственно $0,90 \pm 0,17$, $1,43 \pm 0,15$, $0,41 \pm 0,07$ мкмоль/г; $0,59 \pm 0,01$) были достоверно ниже нормы. Проведение премедикации виадрилом нормализовало содержание и соотношение адениловых кислот. АТФ сохранилось на уровне $1,23$ мкмоль/г, $\Sigma 3$ был равен $0,70 \pm 0,06$.

На основании результатов исследований мы считаем целесообразным испытать в клинике краниальную гипотермию умеренной глубины при интоксикациях антихолинэстеразным ФОС. Можно ожидать, что использование для наркоза виадрила даст наилучший результат в профилактике дефицита энергии.

УДК 796.071:612.766.1:612.143

Н. Д. Стародумов (Ижевск). Артериальное давление у спортсменов при тренировке

Для оценки функционального состояния сердечно-сосудистой системы спортсменов мы изучали изменения АД, проводили фазовый анализ систолы левого желудочка сердца, интегральную реографию и ЭКГ.

Исследования проведены в динамике в различные периоды круглогодичной тренировки у 70 спортсменов (лыжники-гонщики), которые были разделены в зависимости от стажа спортивных занятий и уровня спортивного мастерства на 3 группы. 1-ю группу составили спортсмены первого разряда со стажем занятий до 5 лет в возрасте 18—19 лет; во 2-ю были включены 2 мастера, 11 кандидатов в мастера спорта и спортсмены первого разряда со стажем спортивных занятий от 5 до 10 лет в возрасте 20—24 лет. В 3-ю группу вошли 2 мастера, 6 кандидатов в мастера и перво-разрядники в возрасте 25—29 лет. Контрольную группу составили 20 мужчин, не занимающихся спортом. Тахоосциллографию проводили в состоянии покоя и после пятиминутной субмаксимальной физической нагрузки (стептест с частотой 22,5 восхождения в минуту на высоту 40 см).