

На кардиотокограммах частота сердечных сокращений плода варьирует в очень широких пределах — от 125 до 160 уд/мин, составляя в среднем $142,4 \pm 2,2$ уд/мин. Ритм был правильным. При проведении дыхательных проб оказалось, что задержка на вдохе вызывает урежение частоты сердечных сокращений на 6—8 уд/мин, а на выдохе — учащение на 8—12 уд/мин. При применении окситоцинового теста у большинства беременных не выявлено достоверных изменений базальной частоты сердечных сокращений (БЧСС) в ответ на маточное сокращение, в $\frac{1}{3}$ наблюдений констатированы ранние урежения, которые восстанавливаются через 15—25 с.

При осложненном течении беременности — как при перенашивании, так и при нефропатии — изменения всех исследуемых показателей были однонаправленными и заключались в расстройстве функционального состояния фетоплацентарной системы, появлении высокой активности ферментов катаболизма гистидина в околоплодных водах и нарушении сердечной деятельности.

Выраженность патологических изменений исследуемых показателей зависела от тяжести и длительности течения нефропатии и длительности перенашивания.

Важно отметить, что к начальным признакам гипоксии плода относятся некоторое снижение ПЛГ в крови матери (от 4 до 6,2 мг/л), появление активности фермента уруканиназы в водах. На кардиотокограммах отмечается появление различных кратковременных поздних децелераций в ответ на маточное сокращение.

Наши наблюдения показали, что среди изученных методов наибольшую ценность имеет кардиомониторное наблюдение ввиду простоты методики и высокой степени информативности, позволяющей своевременно диагностировать начальные проявления угрожаемого состояния плода.

УДК 616.8—089:616.151.5

Доц. Ф. Н. Казанцев, доц. З. В. Нахрова, В. М. Белопухов, Ф. Ш. Шайхутдинова (Казань). Свертывание крови при нейрохирургических операциях в условиях атаральгезии

В настоящее время при проведении оперативных вмешательств по поводу заболеваний головного мозга применяют многокомпонентную анестезию. Разновидностью ее является сбалансированный наркоз с использованием диазепама (синонимы: седуксен, валиум, реланиум) — атаральгезия.

Мы располагаем опытом проведения более 200 анестезиологических пособий, сбалансированных диазепамом. У больных (возраст — от 14 до 60 лет), оперированных по поводу опухолей головного мозга в условиях атаральгезии, была исследована свертывающая система крови методом тромбозластографии (ТЭГ).

Оказалось, что после премедикации время общей длительности свертывания ($R+K$) существенно укорачивается — до $14,82 \pm 0,77$ мин (исходные данные — $16,18 \pm 0,73$ мин). Не исключено, что гиперкоагулемию вызывают медикаментозные средства, применяемые в премедикации, в частности атропин и промедол.

Показатели ТЭГ позволяют выявить на последующих этапах операции тенденцию к увеличению коагуляционного потенциала. Так, время реакции R , характеризующее I и II фазу свертывания крови, на исходном этапе исследований составило $9,99 \pm 0,61$ мин. Во время операции и после нее оно уменьшилось соответственно на 20,9% и 22,7%. Через трое суток после операции этот показатель восстановился до исходного уровня. Укорочение R свидетельствует об избытке факторов свертывания. Уменьшается также и общая длительность свертывания крови ($R+K$). Очевидно, это связано с традиционным применением во время операции осмотических диуретиков (маннитол), увеличивающих вязкость крови. Другие показатели ТЭГ во время операции и в после-наркозном периоде имели лишь тенденцию к укорочению. К 3-м суткам все параметры ТЭГ восстанавливались до исходных величин.

Полученные данные свидетельствуют, что при оперативных вмешательствах по поводу опухолей головного мозга в условиях атаральгезии имеется тенденция к возрастанию коагуляционного потенциала крови. Вместе с тем изменения параметров тромбозластограммы не выходили за пределы физиологических норм. Это дает основание считать, что комбинированное обезболивание с использованием диазепама помогает избежать грозных осложнений в системе гемостаза.

УДК 616.13—004.6+616.895.8]—08

Проф. В. Н. Белоусова, А. И. Воробьева (Ижевск). Клиника и терапия шизофрении, сочетанной с атеросклерозом

Интерес к проблеме взаимоотношения шизофрении и атеросклероза объясняется тем, что общее увеличение частоты заболеваемости атеросклерозом распространяется и на психических больных.

Нами обследовано 120 больных шизофренией, у которых общеклиническим, биохимическим, электрокардиографическим, электроэнцефалографическим методами был диагностирован атеросклероз с преимущественным поражением сосудов сердца и головного мозга. Средний возраст больных — 60,5 лет.

Наиболее многочисленную группу (56) составили больные, у которых в картину шизофрении включалась неврозоподобная симптоматика. Эти пациенты сами обращались к врачу, были заинтересованы в лечении, а по уменьшении неврозоподобных проявлений указывали на улучшение состояния даже на фоне сохраненной симптоматики основного заболевания.

Во второй группе (16) можно было уловить черты сенильноподобности (возраст больных — 65—70 лет). Грубых нарушений интеллекта в большинстве случаев не было найдено, но у ряда больных бредовые идеи в силу возникшего снижения памяти приобрели отрывочный характер.

Третья группа больных (19) отличалась появлением несвойственных шизофрении феноменов, представляющих элементы органического психосиндрома, в частности зрительных галлюцинаций типа Лермитта, когда больные сообщали об эпизодическом возникновении зрительных образов «седого старика», кошек, медведей. У одной больной возникли судорожные припадки. У некоторых больных были выраженные сенестопатии с ипохондрической фиксацией и включением их в бредовые переживания.

Особое место занимает четвертая группа больных (29), у которых имелись очаговые неврологические симптомы, возникшие в результате нарушения мозгового кровообращения. При этом развивались варианты постапоплексической деменции.

В лечении шизофрении не было принципиальных различий с общепринятыми положениями. Однако такие активные методы, как инсулинотерапия, сульфозинотерапия, ЭСТ применялись с большой осторожностью, относительно реже. В основном приемлемы все формы биологической терапии шизофрении, но следует учитывать возраст больных, заболевание атеросклерозом и иные интеркуррентные заболевания.

В организации лечения обязательной является комплексная одновременная терапия атеросклероза. Необходимо назначение средств, направленных на компенсацию церебральной и сердечно-сосудистой недостаточности. Применяются все современные медикаменты, широко назначаются витамины, ноотропы (гамалон, аминалон), средства, снижающие холестерин в крови.

Осложнения, которые были отмечены нами, являлись выражением церебральной или кардиальной недостаточности. В процессе инсулинотерапии возникали серии судорожных припадков (1%). Во время лечения нейролептиками развивались экстрапирамидные расстройства (12%), которые отличались стойкостью (6%) несмотря на отмену препаратов и проведение активных мероприятий, направленных на снятие этих осложнений (назначение кофеина, атропина, витаминов группы В₁, глюкозы, корректоров). Обратимые гипотонические кризы возникали при применении аминазина, тизерцина (3%).

В профилактике осложнений, как и в проведении лечения, должны объединиться усилия психиатров, невропатологов, терапевтов. Что касается особенностей терапии, то следует рекомендовать гипогликемические субкоматозные дозы инсулина курсом, не превышающим 20—25 субком. Глубокие комы нецелесообразны. Лечение психотропными средствами надо проводить на минимальных и средних дозах. При терапии нейролептиками (в особенности галоперидолом, триседилом, трифтазином) с первого же дня рекомендуется назначать корректоры.

УДК 617.753.2—053.5

Л. В. Белецкая (Казань). Клиника начальной близорукости

Близорукость занимает первое место среди причин понижения зрения у детей школьного возраста. Среди школьников г. Казани дети, страдающие близорукостью, составляют 7,5%.

Из 3139 детей, обратившихся на консультативный прием в Республиканскую офтальмологическую больницу в период с 1972—1978 гг., у 492 выявлена близорукость, в том числе у 262 — начальной степени, у 129 — средней и у 101 — высокой. Девочек было 67%, мальчиков — 33%.

Подробно собран анамнез у 108 детей. Выяснено, что от патологической беременности (резус-фактор, токсокоз) родилось 2, от патологических родов (вакуум-экстрактор, щипцы, длительный безводный период) — 3, недоношенными — 6, искусственно вскормлены 2. Большинство перенесли по 1—3 детских инфекции. Хронический тонзиллит был у 10. Однако подавляющее большинство детей и в прошлом, и в настоящем соматически вполне здоровы.

65% много читают, 63% постоянно смотрят телевизор, 50% имеют дополнительные зрительные нагрузки (музыка, рукоделие, занятия в спецшколах с повышенными требованиями).

На близорукость у родственников указывают 324 ребенка, из них 72,7% имеют близоруких родителей, а 27,3% — близоруких дедушку или бабушку.

Возраст, в котором развилась миопия, колеблется от 7 до 15 лет. Одинаково часто и чаще, чем в другие возрасты, миопия появляется в 8, 9, 13 лет. После начала чтения миопия наступает также в разные сроки (от 1 до 9 лет), но у большинства — через 2—3 года. У начавших читать до школы миопия возникает чаще в 8 лет.

Обследовано 50 школьников с миопией начальной степени (1—3 Д) в возрасте от 10 до 16 лет. Для уточнения рефракции мы проводили релаксацию цилиарной мышцы