

Следует отметить, что если первая операция закончилась еюнотомией с извлечением камня, то во время второй была выполнена резекция флегмонозно измененной части кишки, содержащей камень. Повторная непроходимость кишечника была вызвана, по-видимому, вновь образовавшимся трихобезоаром.

УДК 616.8—009.614:611.829—031.63: [612.172+612.13

В. М. Фионов (Казань). Биоэлектрическая активность миокарда и гемодинамические сдвиги при хирургических операциях под перидуральной анестезией

Мы провели электрокардиографическое исследование в 12 отведениях у 34 оперированных в условиях перидуральной анестезии больных (7 мужчин и 27 женщин) на различных этапах: за 1—15 сут до операции (исходная ЭКГ); на операционном столе после премедикации; после наступления анестезии в окончательных границах; в наиболее травматичный момент операции; по ее окончании; через сутки после операции.

Больные были в возрасте от 18 до 80 лет, старше 50 лет было 16 человек; 18 страдали злокачественными опухолями желудка, кишечника, гениталий и других органов, 16 были оперированы по поводу острого и хронического холецистита, камней мочеочечника и др.

Уровень введения анестетика — 0,3—1% раствора дикаина или 2% раствора тримекаина — варьировал от L_1 до T_7-8 , причем выше T_{10} произведено 4 анестезии.

Накануне вечером и утром в день операции больные получали снотворные и антигистаминные препараты. За 30—40 мин до анестезии подкожно вводили 20 мг промедола или омнопона. Кровопотеря во время операции возмещалась донорской кровью и плазмозаменителями в соответствии с темпом кровопотери. Исходное АД у наших больных было 18/11 кПа (137/84 мм рт. ст.), при максимальном снижении (после осуществления перидуральной анестезии) АД составляло 14/10 кПа ($104/72 \pm 3,7/2,9$ мм рт. ст., $P < 0,001$). У больных, оперированных под перидуральной анестезией без премедикации эфедрином, АД закономерно снижалось и оставалось на одном уровне в течение всей операции, имея тенденцию к повышению в конце ее, что может быть связано с начинающимся восстановлением деятельности блокированных симпатических сегментов. У 13 пациентов применены вазопрессоры в процессе операции, когда тенденция к гипотензии была выраженной. Во всех наблюдениях нам легко удавалось достичь желаемого уровня АД.

Подавляющее большинство наших больных оперировано при самостоятельном дыхании воздухом. Дыхание больных было адекватным, самочувствие оставалось хорошим. Лишь у 2 больных из-за высокого распространения анестетика и полного выключения дыхательной мускулатуры грудной клетки пришлось применить подачу кислорода через маску наркозного аппарата. Оставшееся диафрагмальное дыхание, ингаляции кислорода и вспомогательное дыхание вполне компенсировали потребности организма в кислороде; кожа была сухой и розовой, цианоза не наблюдалось, больные не ощущали кислородного голодания.

После премедикации отмечают заметные изменения ЭКГ по сравнению с исходной: снижение зубца R до $9,4 \pm 0,44$ мм, зубца T до $2,22 \pm 0,25$ мм; укорочение интервала PQ до $0,145 \pm 0,004$ с и учащение сердечных сокращений до $93 \pm 3,6$ в 1 мин; превышение систолического показателя над должным составило $4,9 \pm 0,6\%$.

С наступлением анестезии, в последующие этапы операции и по окончании ее эти показатели ЭКГ постепенно приближались к исходной величине. Частота сердечных сокращений уменьшилась соответственно до $87,5 \pm 3,5$; $85,0 \pm 3,4$; $85,0 \pm 2,6$ в 1 мин, превышение систолического показателя под его должным значением составляло $4,8 \pm 0,5$; $4,5 \pm 0,6$ и $3,8 \pm 0,5\%$. Высота зубца T оставалась сниженной: $2,32 \pm 0,19$; $2,22 \pm 0,48$ и $2,00 \pm 0,22$ мм. Интервал PQ возвращается к исходному уровню. При статистическом анализе эти отличия от исходной ЭКГ незначительны ($P > 0,1$).

Через сутки после операции зубец T снижается до $1,7 \pm 0,31$ мм, но систолический показатель имеет тенденцию к нормализации, даже в сравнении с исходным. В этот период он превышает должную величину лишь на $2,8 \pm 0,6\%$.

Итак, по данным ЭКГ и результатам изучения гемодинамики не отмечено отрицательного влияния перидуральной анестезии на сердечную деятельность больного во время операции и в ближайшем послеоперационном периоде.

УДК 616.33—002.44—078.73—08

Д. Г. Юльметьева (Казань). О показаниях к применению димедрола и пипольфена для лечения больных, страдающих язвенной болезнью

Исследована динамика реакции пассивной гематгглютинации (РПГА) и реакции лейкоцитолитиза у лиц, страдающих язвенной болезнью в стадии рецидива и ремиссии. Параллельно проводилось изучение холинергической активности и белкового спектра крови.