

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

Из 30 здоровых доноров слабopоложительные результаты РПГА были получены у 2 в ответ на воздействие желудочным антигеном в титре 1:5. У 30 здоровых студентов уровень лейкоцитоллиза не превышал 10%. Использовались антигены желудка, кишечника, печени, желчного пузыря, приготовленные в Казанском НИИЭМ.

Под наблюдением состояло 136 больных (женщин — 16, мужчин — 120; возраст: до 20 лет — 3, от 20 до 29 лет — 27, от 30 до 39 лет — 47, от 40 до 49 лет — 44, 50 лет и старше — 15). У 20 из них была язвенная болезнь желудка и у 116 — двенадцатиперстной кишки. Повышенная секреторная функция желудка констатирована у 77 человек, пониженная — у 23, нормальная — у 30; у 6 больных желудочную секрецию не изучали из-за тяжести их состояния.

Анамнестические данные указали на отягощенную в аллергологическом плане наследственность у 4 больных, другие эквиваленты аллергии в виде крапивницы, экземы, отека Квинке, вазомоторного ринита, непереносимости ряда пищевых продуктов установлены у 11 больных. У 47 из 136 обследованных были обнаружены противожелудочные и противокисечные антитела в титре от 1:10 до 1:80; эти пациенты были отнесены в группу больных с измененной иммунологической реактивностью. При проведении перекрестных реакций с другими тканевыми антигенами у 2 больных этой группы были получены положительные результаты РПГА с антигеном желчного пузыря в титре 1:10.

Лейкоцитоллиз превышал 10% от исходного уровня у 31 из 100 обследованных больных при воздействии желудочным антигеном и у 23 при воздействии кишечным антигеном. У 18 больных установлена положительная реакция одновременно с антигеном желудка и двенадцатиперстной кишки, у 6 — с печеночным антигеном, у 5 — с антигеном желчного пузыря. Группу больных с положительными иммунологическими сдвигами по результатам реакций лейкоцитоллиза составляли преимущественно лица с осложненными формами болезни, с рубцовыми изменениями и местным перивисцеритом.

28 больных с положительными иммунологическими тестами наряду с обычной терапией (диета, спазмолитики, витамины) получали димедрол, пипольфен в дозе 0,05 г 2—3 раза в день в течение 10—15 дней. Результаты лечения оказались благоприятными. У 16 пациентов боли прекратились в течение 1-й недели, у 4 — на 2-й неделе, у 3 — на 3-й. У 5 человек после лечения остались только нерезко выраженные болевые ощущения в эпигастральной области. Постепенно сгладились диспепсические расстройства, параллельно улучшались сон, аппетит, нормализовались функции желудка и кишечника. Рентгенологический контроль показывал обратное развитие в процессе лечения гастритических изменений, симптом «ниши» исчез после лечения у 15 больных.

Наряду с улучшением общего состояния больных отмечалась положительная динамика иммунологических показателей — снижение титра антител. У 17 из 31 больного в периоде ремиссии язвенной болезни лейкоцитоллиз заметно снизился, у 10 он не превышал нормальных цифр. У 4 больных лейкоцитоллиз с желудочным антигеном и у 2 с кишечным антигеном остался без изменения. Это были больные с выраженным некупированным болевым синдромом, длительным упорным течением заболевания и частыми рецидивами.

Полученные данные свидетельствуют об эффективности применения гипосенсибилизирующих препаратов при язвенной болезни, сопровождающейся нарушением иммунологического гомеостаза организма больного.

УДК 616—053.36

Заслуж. врач ТАССР З. Н. Кафьятуллина, канд. мед. наук Р. А. Закирова (Казань).
Опыт работы по обслуживанию детей первого года жизни на педиатрическом участке

Нами проведен углубленный осмотр детей первого года жизни, анализ документации одного из педиатрических участков 2-го детского лечебно-профилактического объединения г. Казани. В 1978 г. на участке было 936 детей, из них 113 детей первого года жизни, в том числе 51 новорожденный.

Забота о состоянии здоровья ребенка начинается задолго до его рождения. Существует преемственность в деятельности женской консультации и детской поликлиники, координируемая совместным планом работы. Детская поликлиника получает сведения о беременных сразу же после взятия их на учет в женской консультации. На обследованном нами участке педиатр и медицинская сестра посещают беременных в первой половине и в последние месяцы беременности. Охват родовым патронажем беременных врачом и медицинской сестрой составляет 100%. Обращается внимание на течение беременности, питание, условия труда и быта беременной, на акушерский анамнез. Будущих матерей обучают навыкам ухода за новорожденным и грудным ребенком. Все беременные на участке привлекаются к занятиям в школе молодых матерей, посещают комнату здорового ребенка.

С рождением ребенка врач и медицинская сестра посещают новорожденного в первые 2 дня после выписки из родильного дома. Своевременный контроль за правильным питанием, режимом и развитием ребенка может предотвратить возникнове-