

- lergology and clinical immunology.—Paris, 1992.
11. Cocks T. M., Angus J. A.//Nature.—1983.—Vol. 305.—P. 627—630.
 12. Co M. S. et al.//Proc. Natl. Acad. Sci. USA.—1985.—Vol. 82.—P. 5315—5318.
 13. Craig A. D. et al.//Am. Rev. Resp. Dis.—1989.—Vol. 139.—P. A615.
 14. Davis B. et al.//Am. Rev. Resp. Dis.—1979.—Vol. 120.—P. 547—552.
 15. Diamond J., Chu E. B.//Res. Commun. Chem. Path. Pharmac.—1983.—Vol. 41.—P. 369—381.
 16. Empey D. W. et al.//Am. Rev. Resp. Dis.—1976.—Vol. 113.—P. 131—139.
 17. Engels F. et al.//Agents and Actions 1985.—Vol. 17.—P. 401—402.
 18. Farmer S. G. et al.//Br. J. Pharmac.—1986.—Vol. 89.—P. 407—414.
 19. Filley W. C. et al.//Lancet.—1982.—Vol. —P. 11—15.
 20. Flavahan N. A. et al.//J. Appl. Physiol.—1985.—Vol. 58.—P. 834—838.
 21. Frigas S. E. et al.//Lab. Invest.—1980.—Vol. 42.—P. 35.
 22. Furchgott R. F., Zawadzki J. V.//Nature.—1980.—Vol. 288.—P. 373—376.
 23. Goldie R. G. et al.//Br. J. Pharmac.—1986.—Vol. 87.—P. 5—14.
 24. Hay D. W. P. et al.//Life Sci.—1986.—Vol. 38.—P. 2461—2468.
 25. Hers J. F. P.//Am. Rev. Resp. Dis.—1966.—Vol. 93.—P. 162—171.
 26. Hogg J. C., Eggleston P. A.//Am. Rev. Resp. Dis.—1984.—Vol. 129.—P. 207—208.
 27. Holroyde M. C.//Br. J. Pharmac.—1986.—Vol. 87.—P. 501—507.
 28. Holtzman J. et al.//Biochem. Biophys. Res. Commun.—1983.—Vol. 114.—P. 1071—6.
 29. Ida S. et al.//J. Exp. Med.—1977.—Vol. 145.—P. 892—906.
 30. Itoh T. et al.//Br. J. Pharmac.—1985.—Vol. 84.—P. 393—406.
 31. James T. C. Li et al.//Annals of Allergy.—1987.—Vol. 59.—P. 321—331.
 32. Laitinen L. A. et al.//Am. Rev. Resp. Dis.—1985.—Vol. 131.—P. 599—606.
 33. Malolepszy J.//The congress of allergology and clinical immunology of the socialist countries.—Warsaw, 1988.
 34. Montano L. M. et al.//Res. Exp. Med.—1988.—Vol. 188.—P. 167—173.
 35. Mossberg B. et al.//Scand. J. Resp. Dis.—1976.—Vol. 57.—P. 119—128.
 36. Paterson J. W. et al.//Perspectives in Asthma II. Beta-adrenoceptors in Asthma.—London, 1984.
 37. Paul M. Vanhoutte et al.//The J. of Allergy and Clin. Immunol.—1989.—Vol. 83.—P. 855—861.
 38. Raeburn D. et al.//Eur. J. Pharmac.—1986.—Vol. 123.—P. 451—453.
 39. Raeburn D. et al.//Life Sciences.—1986 b.—Vol. 38.—P. 809—816.
 40. Seamon K. B. et al.//Proc. Natl. Acad. Sci. USA.—1981.—Vol. 78.—P. 3363—3367.
 41. Stempel D., Boucher R. C.//Med. Clin. N. Am.—1981.—Vol. 65.—P. 1045—1053.
 42. Stuart-Smith K., Vanhoutte P. M.//Am. Rev. Resp. Dis.—1988.—Vol. 137.—P. 100.
 43. Wasserman S. I.//Environ. Health Persp.—1980.—Vol. 35.—P. 153—164.
 44. Xue Q.-F. et al.//Arch. int. Pharmacodyn. Ther.—1985.—Vol. 266.—P. 308—314.

Поступила 24.09.92.

КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

УДК 616.13—004.6—007.271—009.614:611.835.8

В. А. Фоминых, В. Х. Алханов (Казань).
Длительная проводниковая анестезия седалищного нерва в комплексном лечении облитерирующего атеросклероза

Проводниковая анестезия как терапевтическое средство при повреждениях и заболеваниях нижних конечностей проводится довольно редко. Это связано прежде всего с тем, что для выполнения блока седалищного нерва используется в основном задний доступ, который требует специальной укладки больного и не подходит для установки катетера. Наиболее удобен в этом отношении передний доступ к седалищному нерву. Мы катетеризировали седалищный нерв по В. В. Кузьменкову и соавт. Метод длительной проводниковой блокады седалищного нерва (ДПБСН) выполнен у 23 больных. У пациентов были выраженные боли, отечность стопы и голени, явления наступающей гангрены, интоксикация, продолжительная бессонница. Больные были в возрасте от 43 до 84 лет. Длительность заболевания составляла 5 и более лет. Все пациенты неоднократно лечились в стационаре без особого улучшения.

Время анестезии варьировало от 1 до 3 суток. Применяемые анестетики — тримекан (у 8) и дикаин (у 15). Использованная нами

методика на фоне общей клинической терапии позволила улучшить общее состояние у всех больных. Уже через сутки от начала ДПБСН — и это являлось основным успехом — на длительное время были купированы боли, стали уменьшаться отек конечности и интоксикация. Устранение спазма ишемизированной конечности улучшило в ней кровообращение. Такие результаты позволяли выполнять ампутацию в менее ишемизированных тканях, что способствовало более быстрому заживлению раны. В некоторых случаях удавалось снизить уровень ампутации или даже отказаться от нее. Никаких осложнений при осуществлении блокады седалищного нерва по данной методике мы не наблюдали.

УДК 616.617—089.844

Ю. Н. Ярисов, В. В. Оленин, В. А. Чернов, А. Ю. Ярисов (Чебоксары). Илеоуретеропластика как повторная операция при высокой протяженной стриктуре мочеточника

При определенных ситуациях возникает необходимость кишечной пластики мочеточника, позволяющей восстанавливать свободный отток мочи по искусственному мочеточнику и сохранять почку. Мы вынуждены были прибегнуть к ней при повторной операции, когда предыдущее вмешательство по устранению