

№ 11 г в сутки азота в виде смесей. С 7-х суток после восстановления функции желудочно-кишечного тракта больному назначено комбинированное энтеральное (диета № 5) и парентеральное питание с суммарным введением до 3800 ккал/сут и 160 г белка в сутки. Течение послеоперационного периода осложнилось острым сепсисом, двусторонней септической пневмонией.

После излечения, заживления раны, формирования панкреатического свища 07.06.1989 г. пациента выписали для продолжения домашней диетотерапии. При выписке анализы крови показали легкую гипохромную анемию (Hb — 104 г/л) и гипопроотеинемию.

Больной осмотрен через год: при изучении антропометрических и биохимических показателей нарушений питания не выявлено, панкреатический свищ имел незначительный дебит, контактный дерматит был невыражен. Рекомендовано оперативное закрытие свища, от которого больной отказался.

УДК 617.55—001—02:617.553—005.1—07

### **С.В. Доброквашин, А.Х. Давлетшин (Казань). Особенности клинической диагностики забрюшинных кровоизлияний при закрытой травме живота**

В структуре травм мирного времени закрытого повреждения живота и забрюшинного пространства встречаются в 1,5—4% случаев. Многие вопросы их диагностики требуют дальнейшей разработки. В данной статье мы описываем лишь клиническую диагностику данной патологии, не останавливая своего внимания на использовании инструментальных методов (инвазивных и неинвазивных). По нашему мнению, клиническая картина имеет определяющее значение в процессе диагностики любой неотложной патологии органов живота. Наши наблюдения основаны на анализе 100 историй болезни пострадавших, которых лечили в отделении неотложной хирургии больницы скорой медицинской помощи г.Казани, а также на данных литературы.

Сложная картина забрюшинного кровоизлияния складывается из симптомов шока, внутреннего кровотечения и "острого живота", что крайне затрудняет диагностику. Истинная картина тяжелого состояния пострадавшего иногда остается длительное время нераспознанной, и это ведет к ненужному оперативному вмешательству. В то же самое время отказ или промедление с операцией, когда имеются подозрения на повреждение органов брюшной полости с продолжающимся кровотечением, может оказаться роковым.

Шок встречается у 68% пострадавших, при этом он отличается тяжестью, продолжительностью и трудно поддается лечению. Это объясняется тем, что излившаяся кровь раздражает большое рецепторное поле забрюшинного про-

странства, нарушает сосудистые рефлексы и ведет к перераспределению крови во внутренних органах.

"Острый живот" при забрюшинных кровоизлияниях проявляется чрезвычайно разнообразно: это постоянные тупые боли в животе, локальное мышечное напряжение, ограниченные участки притупления при перкуссии живота, не меняющие своих границ при перемене положения тела больного (симптом Джойса), ранний парез кишечника в первые 6 часов. Симптом Джойса выявляется на стороне забрюшинного кровоизлияния. Боли при забрюшинной гематоме имеют локальный характер, часто иррадируют в спину и, как правило, стихают в течение первых суток. Отмечается напряжение мышц передней брюшной стенки. Более постоянным признаком забрюшинного кровоизлияния является парез кишечника, который наблюдается в ранние сроки после травмы и не сопровождается выраженными перитонеальными явлениями. Вздутие кишечника из-за рефлекторного пареза, особенно в первые часы после травмы, наблюдается чаще, чем при повреждении внутренних органов. Вследствие всасывания крови из забрюшинного пространства имеют место ранние признаки эндотоксикоза.

Кровопотеря при забрюшинных кровоизлияниях может быть выражена в той или иной степени (от нескольких миллиметров до нескольких литров) и не отличается от таковой при повреждении органов живота.

Таким образом, знание особенностей клинической диагностики забрюшинных кровоизлияний при закрытой травме живота облегчит процесс их распознавания и поможет врачу выбрать оптимальный способ лечения.

УДК 616.14—007.63+616.13—004.6]—073.75:616—032:611.14

### **В.А. Фоминых, В.Х. Алханов (Казань). Потенцированная анестезия при ангиографических исследованиях**

При выполнении рентгено-эндоваскулярных исследований (РЭИ) под местной анестезией пациенты нередко испытывают боль, что на фоне эмоционального напряжения приводит к значительным стрессовым реакциям. Сопутствующая артериальная гипертензия у больных с патологией сосудистой системы существенно повышает риск ангиографического исследования (АИ). Кроме того, больные часто находятся в вынужденном положении, со сдавленной грудной клеткой или в положении навзничь с подложенным под живот валиком. Пациенты с низким порогом болевой чувствительности и сопутствующей сердечно-сосудистой патологией не могут долго пребывать в таком положении. Выбор адекватного и

малотоксичного способа обезболивания является важной и актуальной задачей при АИ. Данный вопрос практически не освещен в литературе. В этом обобщении описываем свой первый опыт применения потенцированной анестезии при АИ.

Этот способ обезболивания проведен у 51 больного. 28 из них вводили внутривенно реланиум (10 мг), 0,25% дроперидол (2—4 мл в зависимости от АД), 2,5% пипольфен (2 мл) или 1% супрастин (2 мл), внутримышечно промедол (0,2—0,3 мг на кг массы тела больного). 23 больным все препараты вводили внутривенно: 10 мг реланиума, 2,5% пипольфена или 2 мл 1% супрастина, 0,1—0,15 мг на кг массы тела промедола.

С гипотензивной целью, а также для улучшения реологических свойств крови и предотвращения дополнительного тромбообразования после использования контрастного вещества всем больным вводили дифференцированно внутривенно от 5 до 15 мл (в зависимости от АД) сернокислой магнезии. Накануне исследования необходима подготовка: на ночь снотворное и в обязательном порядке антигистаминные препараты.

При использовании данного метода обезболивания больные находятся в состоянии поверхностного сна, легко вступают в контакт, в момент введения контрастного вещества ощущают лишь некоторое жжение. Наиболее ответственным моментом АИ является введение большого количества контраста в сосудистое русло. Для предупреждения аллергической реакции перед этой процедурой больным вводили супрастин или пипольфен, а с целью снижения отрицательного влияния на сердце контрастного вещества — внутривенно 10 мл 10% раствора хлорида кальция после серии рентгенограмм. Во время исследования осуществляли контроль за гемодинамическими показателями и ЭКГ. Осложнений во время АИ и в ближайшем периоде после исследования не наблюдали.

Благодаря потенцированию в организме создаются условия, при которых он отвечает меньшим количеством патологических реакций, способных вызвать истощение резервных сил организма. Таким образом, потенцированная анестезия позволяет предотвратить осложнения и обеспечить более благоприятный фон для проведения ангиографических исследований.

### Е.С. Станкевич (Казань). Отставленный мизинец — признак пирамидной недостаточности

В психиатрии, как известно, диагностика основывается преимущественно на результатах бесед и наблюдений за поведением больных и течением заболевания. За период более чем 45-летней работы в качестве психиатра мною наблюдались многие больные с нарушениями, сопровождавшимися пирамидной недостаточностью на почве расстройств мозгового кровообращения. При осмотре у них обнаруживался признак слабости приведения мизинца вследствие пареза ее приводящей мышцы — сегмента  $C_8$ .

Больному предлагалось разжать и раздвинуть все разогнутые пальцы, а затем их плотно сомкнуть друг с другом. При пирамидном парезе мышц руки мизинец заметно смещался латерально, не смыкаясь с остальными пальцами. Мы убедились, что у больных, перенесших нарушение мозгового кровообращения (у резидуальных и скрытых гемиплегиков), данный признак имеет не только диагностическое, но и прогностическое значение. Если у больного наступало улучшение, то с каждым осмотром отмечалось приближение отставленного мизинца к другим сжатым в разогнутом положении пальцам. Когда же мизинец плотно и устойчиво смыкался со всеми остальными пальцами, это свидетельствовало о практическом выздоровлении, ибо смыкание происходило в последнюю очередь (не ранее чем через месяц), после того, как исчезали затруднения в письме, ходьбе, речи.

В практической работе неврологи пользуются признаком, приписываемым К.Д. Арановичу (в справочниках, доступной литературе и картотеках сведений об этом нет). Признак сводится к “пружинированию” межкостной мышцы, приводящей мизинец, когда больной сопротивляется пассивному отведению этого пальца.

Отличие нашего признака: он состоит в том, что не вызывается путем инструктивного воздействия с наблюдением за активной аддукцией мизинца, а выявляется путем повседневного контроля за динамикой пареза, что так характерно для практики психиатра.