

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.

УДК 616.831—005.1

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

В психиатрии, как известно, диагностика основывается преимущественно на результатах бесед и наблюдений за поведением больных в течение 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 убеждались, 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.