

от 12 до 18 ч. — 9, от 12 до 24 ч. — 5. Всего в первые сутки оперировано 32, на вторые — 3, на третьи — 5 и на 18 сутки — один больной по поводу рубцового сужения петли тонкой кишки. Все операции производились под местной анестезией по А. В. Вишневскому.

Больных с заворотом сигмы было 9, слепой кишки — 1, тонкой — 7.

Со спаечной кишечной непроходимостью наблюдалось 16, с инвагинацией — 6, с узлообразованием — 2.

Характер вмешательств: в 3 случаях произведена одномоментная резекция сигмы, в том числе с одновременной резекцией тонкой кишки, длиною до 4 м 20 см, с последующим наложением калового свища на слепую кишку; произведено раскручиваний заворота — 10, рассечение спаек — 12 (в одном случае — одновременно с аппендэктомией), дезинвагинаций — 4 (два случая вместе с аппендэктомией) и 12 резекций тонкой кишки.

В одном случае заворота тонкой кишки с явлениями перитонита и в другом — инвагинации с перитонитом — наложены каловые свищи на подвздошную кишку (И., 62 лет, и Г., 34 лет).

В четырех случаях был неправильный диагноз до операции. У больного С. до операции диагностирована острая кишечная непроходимость, на операции оказалась эмпиема желчного пузыря; произведена холецистостомия. В другом случае до операции поставлен диагноз инвагинации, на операции обнаружена водянка желчного пузыря. Произведена холецистэктомия. В третьем случае при диагнозе прободения язвы желудка хирург натолкнулся на заворот сигмы. В четвертом случае на операции, вместо стеноза привратника, обнаружен рубцовый стеноз петли тонкой кишки.

Из 41 оперированного умерло 6 (14,6%), большинство — от перитонита. Все эти больные оперированы на поздних сроках поступления: на вторые, третьи сутки и позже.

Летальность при острой кишечной непроходимости с каждым годом снижается, благодаря ранней госпитализации и раннему оперированию, вместе с комплексным лечением сопутствующих осложнений: шока, интоксикации и перитонита, проводимого как до операции, так и в послеоперационном периоде. Особый эффект наблюдался от переливаний крови, вливаний больших количеств физиологического раствора, гипертонических растворов поваренной соли, глюкозы и антибиотиков.

Открытие пункта переливания крови при медсанчасти значительно облегчает работу хирургов в оказании экстренной помощи, в частности при острой кишечной непроходимости.

ЛИТЕРАТУРА

1. Маценко П. А. Вест. хир. 1957, 3. — 2. Огнева Э. Н. Вест. хир., 1958, 1.

Поступила 8 сентября 1958 г.

К ВОПРОСУ О ВНУТРИАРТЕРИАЛЬНОМ ВЛИВАНИИ КРОВИ В АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ¹

Доц. З. Ш. Гилязудинова

Из 2-й кафедры акушерства и гинекологии (зав. — проф. И. В. Данилов)
Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

В акушерско-гинекологической практике внутриартериальное введение крови и лекарственных веществ не получило еще должного распространения. В последние годы появились в печати работы Л. С. Персианинова и С. Ф. Автюховича (1953), И. Т. Мильченко и Н. П. Калашниковой (1953) об успешном применении артериального нагнетания крови при острой кровопотере и шоке.

Наша клиника применяет внутриартериальное нагнетание крови с декабря 1954 г. Артериальное введение крови произведено 27 больным по жизненным показаниям.

При определении показаний для артериального нагнетания крови мы исходили из высоты АД и состояния организма.

Внутриартериальное вливание крови мы начинали, в основном, при максимальном АД—65 и ниже. У ослабленных и истощенных

¹ Доложено на заседании общества акушеров-гинекологов в г. Казани 28/VI-56 г. и на конференции врачей Казанской железной дороги 15/XI-56 г.

больных мы приступали к артериальному введению крови несколько раньше, не дожидаясь падения АД ниже 70.

Из 27 внутриартериальных введений крови в количестве 200—400 мл в 26 случаях мы сочетали их с введением 10 мл 10% раствора хлористого кальция и 40—50 мл 40% раствора глюкозы; в одном случае, ввиду противопоказаний к вливанию крови, мы ограничились введением растворов глюкозы и хлористого кальция. При этом исходили из того, что хлористый кальций является сильным раздражителем хеморецепторов и обладает антипарабиотическим действием, а глюкоза возбуждает нервно-рецепторный аппарат сосудистой стенки, благотворно влияет на обменные процессы в мозгу, является энергетическим материалом, устраняет гипоксию сердечной мышцы.

Вливание крови осуществлялось из обычной ампулы для переливания крови, соединенной с манометром и грушей Ричардсона. Начальное давление в ампуле доводилось до 60—80 мм, и затем, после введения иглы в артерию давление в ампуле колебалось от 140 до 180 и 200 мм в зависимости от состояния больной.

В большинстве случаев вливание крови и гипертонических растворов производилось в бедренную артерию путем закрытой ее пункции, лишь 4 больным вливание сделано путем открытой пункции (отсепаровки) бедренной или лучевой артерии.

Показаниями для внутриартериального вливания крови были: у 20 больных — атонические кровотечения в последовом и раннем послеродовом периодах, у 2 больных — кровотечения при предлежании плаценты, у 3 — травматический шок, у 1 — шок с кровотечением, и у одной — кровотечение при неполном септическом выкидыше.

Общая кровопотеря была до 1000 мл у 9 женщин, от 1000 до 1500 мл — у 14, от 1500 до 2000 мл — у 3, и более 2000 мл — у 1. В группу с кровопотерей до 1000 мл входят больные с травматическим шоком.

По тяжести общего состояния больные распределялись на 4 следующие группы:

Таблица 1

Диагноз	Количество больных	Выздоровление	Смерть
Состояние критического порога или пред-агональное состояние	20	20	—
Агональное состояние	5	4	1
Клиническая смерть	2	1	1
Всего . . .	27	25	2

У 17 больных первой группы состояние критического порога было результатом кровотечения в последовом и раннем послеродовом периодах, у 2 — в результате травматического шока и у одной за счет неполного септического выкидыша.

До переливания крови общее состояние у этих больных было тяжелое, выражавшееся в бледности кожи и слизистых, а у некоторых были затемненное сознание, головокружение, тошнота, потемнение в глазах, расширение зрачков, учащение пульса, максимальное АД от 70 и ниже, а у двух больных давление не определялось. Большинству этих больных было сразу сделано артериальное

вливание крови, и получен быстрый и стойкий положительный эффект. Трем больным из этой группы артериальное введение крови сделано после безуспешного внутривенного ее вливания. Приводим краткую выдержку из истории болезни одной больной этой группы.

Б-ная А., 24 лет, первородящая, поступила в клинику 21/IX-55 г. в родах, с диагнозом: двойни, многоводие. Общий и акушерский анамнез без особенностей. АД — 110/70, отеков нет, моча без изменений.

21/IX-55 г. в 23 часа — роды, двойней; вес плодов — 2600,0 и 2500,0. Несмотря на проведенную профилактику атонии матки после выделения последа, началось кровотечение — общая потеря крови 1500 мл. Состояние тяжелое, сознание затемненное, пульс 140, нитевидный. АД — 70—65. Произведено артериальное нагнетание крови в количестве 200 мл, что вывело больную из тяжелого состояния. Сознание стало ясным, АД поднялось до 85, пульс 92. Одновременно произведено подкожное введение 500 мл физиологического раствора и 500 мл 5% раствора глюкозы. Послеродовой период протекал гладко. Выписана в хорошем состоянии.

Все больные первой группы выписаны в хорошем состоянии.

Вторую группу составляли 5 больных в агональном состоянии, у 4 больных — в результате атонического кровотечения и у одной за счет тяжелого травматического шока. Состояние больных этой группы было крайне тяжелым, доходившим до периодической потери сознания; резкая бледность кожных покровов, пульс и АД не определялись; зрачки расширены, не реагируют на свет; дыхание поверхностное, редкое; сердцебиение еле выслушивается; у одной наблюдалось непроизвольное отхождение мочи и кала. Из 5 больных 4 были выведены из агонального состояния благодаря артериальному вливанию крови и жидкостей, а одна больная с разрывом матки умерла. Внутриаrтериальное вливание крови было ей проведено спустя 10—12' с момента исчезновения периферического давления. Приводим краткую выдержку из истории болезни одной больной.

Б-ная К., 23 лет, первородящая. Поступила 1/X-55 г. с диагнозом: беременность 36 недель двойней, нефропатия. Роды 5/XI-55 г. двойней; вес плодов 2700,0 и 2600,0; вес последа 1000,0. Через час после родов общее состояние резко ухудшилось; появилась резкая бледность кожных покровов, пульс и АД не определялись, зрачки расширены, временами наступала потеря сознания. Матка дряблая, контуры ясные, дно ее на уровне пупка. Брюшная стенка резко перерастянута. Общая кровопотеря — 500 мл. Данное состояние было объяснено сердечно-сосудистым коллапсом за счет неправильного перераспределения крови и атонией матки. Ввиду неэффективности внутривенного вливания крови и применения сердечных средств произведено артериальное введение крови в количестве 200 мл с хлористым кальцием и глюкозой.

Состояние сразу улучшилось: сознание прояснилось, АД — 90/40 и через 10 мин — 100/60, пульс — 100. Дополнительно произведено подкожное введение 5% раствора глюкозы — 500 мл; бинтование конечностей и живота; создано положение Тренделенбурга. Через час состояние стало хорошим, пульс 82, АД — 105/80. Послеродовой период протекал без осложнений. Выписана в хорошем состоянии.

Третью группу составляли 2 больных, находившихся в состоянии клинической смерти. Больные в бессознательном состоянии, кожные покровы резко бледны, пульс и АД не определяются, зрачки расширены, сердцебиение не выслушивается, дыхание не определяется; непроизвольное отхождение мочи и кала. Одна из этих больных находилась на границе клинической и биологической смерти, такое состояние у нее продолжалось в течение 10—12 мин. Артериальное нагнетание крови, произведенное через 10—12 мин после наступления клинической смерти, не дало эффекта, больная скончалась.

Другая больная находилась в описанном состоянии лишь 5 мин, и артериальное нагнетание крови дало стойкий положительный эффект. Приводим краткую выписку из ее истории болезни.

Б-ная Ф., 21 года, первородящая, поступила в клинику 4/II-56 г. с диагнозом: беременность 32—33 недели и предлежание плаценты. 5/II с первыми схваткообраз-

ными болями началось обильное кровотечение. При влагалищном исследовании установлено предлежание плаценты при открытии шейки матки на I—II¹/₂ поперечных пальца.

В течение 10—15 мин больная потеряла 2400 мл крови. Наступило резкое изменение общего состояния: пульс, кровяное давление, дыхание не определялись; сердцебиение не выслушивалось, потеря сознания; непроизвольное отхождение мочи и кала. Через 5 мин с момента проявления картины клинической смерти произведено артериальное нагнетание крови, глюкозы и хлористого кальция. Появился пульс (120), АД — 60/30; больная пришла в сознание. Жаловалась на ощущение жара. Сделано внутривенное вливание крови — 400 мл и 5% раствора глюкозы — 500 мл. Произведена операция кесарева сечения под местной инфильтрационной анестезией — удален недоношенный мертвый плод; установлено центральное предлежание плаценты. В процессе операции состояние больной оставалось удовлетворительным, пульс — 100—102, АД — 80/40. Послеоперационный период осложнился очаговой пневмонией. Выписана на 16-й день после операции.

Таким образом, наши клинические наблюдения показали высокую эффективность артериального нагнетания крови в сочетании с гипертоническими растворами при предагональном и агональном состояниях и клинической смерти женщин.

На основании наших наблюдений рекомендуем в акушерской практике начинать внутриартериальное введение крови при АД 70 и ниже, чтобы не допустить прекращения импульсов с сосудистых рефлексогенных зон в центральную нервную систему.

ЛИТЕРАТУРА

1. Волох Д. М. Акуш. и гинек., 1926, 6. — 2. Мильченко И. Т. и Калашникова Н. П. Акуш. и гинек., 1953, 6. — 3. Неговский В. А. и Зак Р. Л. Акуш. и гинек., 1951, 1. — 4. Персианов Л. С. Внутриартериальное переливание крови в акушерско-гинекологической практике. Минск, 1955.

Поступила 7 октября 1958 г.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МАССАЖА И ГИМНАСТИКИ В ДОМЕ РЕБЕНКА У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

К. В. Швец и М. С. Юзева

Из дома ребенка № 3 Казанского горздравотдела (главврач — К. В. Швец) и кафедры педиатрии № 1 (зав. — доц. Р. М. Мамиш) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

В работе врача-педиатра в яслях и домах ребенка ведущее место занимает забота о высоком уровне физического развития детей. Для закаливания организма ребенка и укрепления его здоровья, кроме рационального режима, широкого пользования свежим воздухом и полноценного питания, необходимо большое внимание уделять развитию движений у детей.

Давно известно, что если ребенок пассивный, мало двигается, это может способствовать развитию гипотрофии. Еще Амбодик указывал: „недостаток в телодвижении есть главная причина медленного рошения младенческого тела“. Наблюдения ряда авторов (Тур, Губерт и Рысс, Минкевич, Сорочек и Уварова, Шелованов и др.) показали, что систематическое применение массажа и гимнастики приносит детям большую пользу. Массаж в сочетании с физическими упражнениями оказывает общее стимулирующее влияние на организм ребенка, повышает его эмоциональный тонус, вследствие чего наступают положительные сдвиги в состоянии здоровья детей. Это имеет особенно важное значение для детей домов ребенка и интернатных групп яслей.

В этом сообщении мы считаем целесообразным поделиться опытом применения массажа и гимнастики в доме ребенка № 3 гор. Казани, где они включены в режим с 1952 г.

¹ Доложено на заседании общества детских врачей ТАССР 10 декабря 1958 г.