

иногда оставался без изменений (у 6). АД снизилось до 110/65 у 6, а у 12 осталось без изменений.

Начало операции для больного протекало незаметно. Аппендэктомии проходили совершенно безболезненно.

При резекции желудка перед потягиванием за малую кривизну, перед обработкой культи двенадцатиперстной кишки и др. внутривенно вводилась противошоковая жидкость (10 мл 40% глюкозы, 10 мл физиологического раствора, 10 мл 10% раствора бромистого натрия, 10 мл 96% спирта и 1 мл 1% раствора морфина). Больной вновь впадал в дремотное состояние. При длительных операциях введение противошоковой жидкости повторяли.

Больные даже при резекции желудка спокойно спали, при окликах просыпались и отвечали на вопросы, но совершенно не помнили хода операции и болей во время нее.

Погашение болевой чувствительности — второе ценное свойство метода. Больные не чувствуют болей. Если при операциях только под местной анестезией те или иные боли бывают в 20—25% всех случаев, то при премедикации и введении противошоковых жидкостей незначительные боли были только у 2 (из 18).

Больные после операции спали 8—10 часов, затем, после введения морфина, спали всю ночь.

Недостатком метода является то, что во время сна дыхание делается более поверхностным, кожные покровы, вследствие наступающей частичной гипоксии, бледнеют, против чего мы применяли вдыхание кислорода из наркозного аппарата с помощью маски. Это можно проводить и из кислородного баллона через редуктор или из кислородной подушки.

Некоторую лабильность АД, которую мы наблюдали во время операции, мы относим за счет аминазина. В 8 случаях максимальное АД колебалось от 100 до 115, в 6 оставалось в пределах нормы, в 2 снижалось до 80/60 и в 2 повышалось до 160/100. В последнее время мы заменили аминазин дипразином. У 4 больных наблюдалась неадекватная реакция: при незначительном раздражении больные просыпались, пытались двигаться. Так как их сознание было заторможено, вступить в контакт с ними было затруднительно. Это нужно иметь в виду при производстве операций.

М. Э. Ширяк (Казань). Предупреждение рвоты и болей в эпигастрии после аппендэктомии введением атропина

Как известно, при аппендэктомии под местной анестезией многие хирурги отмечали появление сильных болей в подложечной области и, иногда, рвоты в момент перевязки брыжейки отростка. Обращает на себя внимание частота рвот, тошнот и болей в области желудка в послеоперационном периоде.

Мы наблюдали за течением послеоперационного периода у 201 больного, которым произведена аппендэктомия. У 87,4% больных в первые дни после операции были, помимо болей в области операционной раны, тошнота, рвота и боли в подложечной области. Многократная рвота и боли в эпигастрии были у 23,3% больных, рвота до 3 раз и боли в желудке — у 34,8% и тянущие боли в эпигастрии — у 29,3%.

Считая вышеуказанные расстройства следствием в основном пилороспазма, мы решили вводить оперированным больным сразу же после операции подкожно однократно 1 мл 0,1% раствора атропина (детям атропина вводилось меньше с учетом возраста).

В результате из 202 больных, получивших атропин, после операции многократная рвота и боли в области желудка были только у 7, боли и рвота до 3 раз — у 15. Тошнота и боли в эпигастрии беспокоили 5 человек, и у 175 (86,6%) тошнот, рвот и болей в эпигастрии не было.

Мл. науч. сотр. Н. А. Добротина (Горький). Диспротеинемия при пузырчатых дерматозах

В патогенезе пузырчатки большое место занимают токсические, дистрофические изменения и нарушение обмена веществ. Исходя из этого, нами изучались белки крови методом бумажного горизонтального электрофореза на аппарате ЭФА-1.

По диагнозам больные распределялись следующим образом: вульгарная пузырчатка — 7, отслаивающаяся пузырчатка — 2, вегетирующая — 2, герпетиформный дерматит Дюринга — 8, врожденная пузырчатка — 1 больной.

Женщин было 17, мужчин 3. Из больных пузырчаткой 8 человек было старше 55 лет, 2 — моложе 35 лет, и одна девочка — 3,5 лет. Все болели пузырчаткой, за исключением одной, от нескольких недель до 3—5 месяцев.

При пузырчатке на фоне гипопропротеинемии резко снижены альбумины и повышены альфа-глобулины.

Кортизон обычно приводит к некоторой нормализации белковых фракций крови. О тяжести процесса можно судить по электрофорезу белка пузырной жидкости,

которая в большинстве случаев изменяется параллельно белку сыворотки и соответствует клинической картине заболевания.

При дерматите Дюринга диспротеинемия менее выражена и протекает на фоне нормального состава белковых фракций.

Динамическое исследование белка сыворотки при пузырьчатых дерматозах может помочь в дифференциальной диагностике пузырьчатки и дерматита Дюринга.

М. Г. Лысая (Казань). Удаление сухих мозолей с помощью бормашины

В 1959 г. П. И. Гедоян (Вестн. дермат. и венер., № 6) предложил удалять сухие мозоли с помощью бормашины. При небольших мозолях выступающая часть отпиливается фиссурным бором, более глубокая разрушается круглым. При больших мозолях верхняя часть удаляется металлическим сепарационным диском, более глубокая разрушается круглым головчатым бором.

Мы несколько видоизменили методику. К краю мозоли мы приставляем вращающийся фиссурный бор, который проникает под глубокую часть мозоли и частично распиливает ее. Отпиленная часть захватывается пинцетом или пальцами, и под контролем зрения этим же бором выщипывается вся мозоль.

При больших мозолях мы удаляем верхний слой металлическим сепарационным диском, а затем действуем фиссурным бором или карборундовой головкой с острыми краями. Круглые боры мы применяем только для удаления точечных мозолей.

В связи с нагреванием боров во время работы мы меняем их каждые 5 минут. В зависимости от числа и размеров мозолей у больного, их удаление продолжается 15—30 мин.

Таким образом, мы удалили мозоли у 30 человек. В течение года у 6 наблюдался рецидив. Каких-либо осложнений не было. При травме нормальной ткани возможно точечное кровотечение.

Канд. мед. наук В. Н. Лепорский (Горький). К характеристике эндемического зоба в Горьковской области

На 22 Всесоюзном съезде хирургов В. С. Левит в своем программном докладе, освещая вопрос о распространении эндемического зоба в Советском Союзе, отметил, что зоб встречается в Нижегородском крае в районе Муром и Коврова. До Великой Октябрьской революции вопросы эндемического зоба в Нижегородской губернии не изучались.

По данным отчетов медицинского департамента (Н. Лежнев, 1904), в Нижегородской губернии было зарегистрировано больных с зобом в 1886 г. 68 чел., в 1892 г.— 114 человек. Других данных опубликовано не было.

К 1936 г. доктором Битным-Шляхто в Городецком районе была взята на учет 1000 человек, имеющих зоб (включая и I категорию швейцарской шкалы).

В 1953—1955 гг. в 200 населенных пунктах Городецкого района, в городе Городец и поселке строителей гидроэлектростанции нами было осмотрено коренного населения 10781. Из мужчин — 3852, а из женщин — 6929 имели увеличение щитовидной железы: I ст.— 3150 чел. (28,8%), II ст.— 2004 (19%), III ст.— 1056 (9,8%), IV и V — 66 (0,6%). Эти цифры подтверждают наличие в Городецком районе эндемического очага зоба, который превосходит по частоте поражения марийский зубный очаг и некоторые очаги Урала.

Среди мужчин имеют увеличение щитовидной железы II—V степени 11,5%, а среди женщин — 38,8%, что соответствует соотношению пораженных зобом полов — 1:3,3 и указывает на среднюю тяжесть зубной эндемии.

По нашим данным, мужчины наиболее поражены зобом в возрасте 11—15 лет, причем наивысшая заболеваемость зобом отмечена в 13-летнем возрасте (26,9%). Среди женщин более поражен возраст от 16 до 30 лет, и в возрастной группе 21—25 лет заболеваемость зобом составляет 52%. В детском возрасте до 12—13 лет заболеваемость зобом лиц мужского и женского пола приблизительно одинакова. С 14 лет заболеваемость зобом у мужчин начинает уменьшаться, а у женщин частота поражения зобом возрастает до 25 лет и в дальнейшем держится на довольно высоких цифрах.

При осмотре 101 новорожденного у 19 имелось увеличение щитовидной железы I ст. В 1954 г. наблюдался случай истинного врожденного зоба.

Из 867 приезжих лиц с увеличением щитовидной железы I ст. было выявлено 270 (31,2%), II ст.— 84 (9,6%) и III ст.— 11 (1,4%). Среди приезжих мужчин наибольшая заболеваемость зобом отмечена в возрасте 10—15 лет, с возрастом заболеваемость резко падает, и уже у лиц мужского пола старше 20 лет зоб встречается в единичных случаях. Среди приезжих женщин наиболее поражены эндемическим зобом лица от 16 до 40 лет.

Заболеваемость эндемическим зобом у приезжих лиц наблюдается уже в первый год их жизни в эндемическом очаге, но в легкой форме. Из 155 человек, проживающих в Городецком районе до 1 года, имели увеличение щитовидной железы I ст. 40