

ности. У абсолютного большинства больных к исходу суток от начала лечения индометацином полностью купировались все клинические признаки заболевания, прекратились водно-электролитные потери. В то же время у 61 (35,5%) больного из числа тех, которым проводилась только общепринятая регидратационная терапия, к исходу суток оставалась диарея. У 111 (66,5%) человек наблюдалась субфебрильная температура. Следует отметить и то, что больным основной группы понизилось значительно меньше количество инфузионных растворов.

Вместе с тем заметный терапевтический эффект индометацина показывает, что генез основных клинических проявлений заболеваний, а также водно-электролитные потери, характерные для них, в значительной степени определяются повышенным синтезом простагландинов. Эти данные подтверждают выдвинутую нами концепцию патогенеза сальмонеллез, учитывающую патогенетическую роль простагландинов, синтезируемых в ходе остро инфекционного процесса под влиянием специфической интоксикации.

УДК 618.4

### И. К. Байтерак, А. Х. Яруллин (Казань). Продолжительность родовой деятельности в различных возрастных группах

По существующему мнению роды у первородящих женщин длятся в среднем 18—20 ч. Однако в настоящее время в литературе появились новые сведения, согласно которым их продолжительность в большинстве случаев составляет 11—12 ч. Имеются также данные, что при течении родов более 16 ч нарушается церебральная гемодинамика плода и новорожденного и отмечаются значительные изменения обменных процессов у ребенка.

Мы поставили задачу изучить длительность родовой деятельности у женщин в зависимости от их возраста. Были проанализированы истории родов у 8445 родильниц. Все женщины были распределены на 5 возрастных групп, а также на первично и повторнородящих. Среди первородящих большинство составляли женщины в возрасте до 24 лет (80,5%), а среди повторнородящих — старше 24 лет (56,2%), причем на женщин до 24 лет приходилось 61,9% всех родов.

#### Продолжительность родовой деятельности у перво- и повторнородящих женщин

Группы, лет	Первородящие, М±m	Повторнородящие, М±m	P
До 20 лет . . . . .	11 ч 31 мин±4 ч 12 мин	11 ч 33 мин±2 ч 36 мин	—
21—24 . . . . .	13 ч 42 мин±5 ч 18 мин	7 ч 00 мин±3 ч 9 мин	<0,001
25—29 . . . . .	11 ч 36 мин±3 ч 42 мин	6 ч 42 мин±1 ч 30 мин	<0,001
30—34 . . . . .	13 ч 6 мин±3 ч 30 мин	7 ч 48 мин±4 ч 17 мин	<0,001
35 лет и старше . . . . .	21 ч 00 мин±2 ч 14 мин	8 ч 48 мин±4 ч 12 мин	<0,001

Для каждой возрастной группы нами была вычислена средняя продолжительность родовой деятельности у перво- и повторнородящих (см. табл.). Оказалось, что среди рожениц до 20 лет средняя продолжительность родов составляет 11 ч 30 мин. При этом у перво- и повторнородящих длительность родов практически одинакова (разница не достоверна). Интересно, что у рожениц 35 лет и старше средняя продолжительность родов намного больше, чем в остальных группах (более 20 ч). Продолжительность родов у женщин 35 лет и старше следует иметь в виду их длительность, а также нормативы нормальной церебральной гемодинамики у плода для профилактики асфиксии.

УДК 616.714/716+616.831—001.31

### Г. М. Николаев, Р. М. Хабибрахманов (Казань). Закрытая черепно-мозговая травма

С 1970 по 1980 г. в отделение нейрохирургии 15-й городской больницы г. Казани поступило 14 099 больных, из них по поводу травм оперировано 4358 (30,9%) человек. Нами проведено обследование пострадавших за 1979 г. Всего за год госпитализировано 1 442 человека с черепно-мозговой травмой, из них 748 (51,9%) — с сотрясением головного мозга, 182 (12,6%) — с ушибом головного мозга, не осложненным внутричерепным кровоизлиянием. Как видно, сотрясения и ушибы головного мозга преобладают, составляя 64,5%. Из указанного выше контингента пострадавших умер только один больной, у которого при вскрытии оказался ушиб головного мозга (клинический диагноз) на фоне перелома свода черепа и основания мозга.

Как и большинство авторов, мы считаем, что в снижении летальности играют роль своевременная диагностика и объективно выбранный комплекс лечения. Для

ранней диагностики в отделении нейрохирургии 15-й городской больницы г. Казани применяются все современные методы, в том числе реоэнцефалография и реография. В норме реоэнцефалограммы и реограммы характеризуются быстрым крутым подъемом и медленным спуском, высокой амплитудой, острой вершиной и хорошо выраженным дикротическим зубцом средненисходящей части кривых.

На основании 55 записанных реоэнцефалограмм и реовазограмм нами установлено, что при черепно-мозговой травме средней тяжести (сотрясении, ушибах средней тяжести) наблюдаются достоверное увеличение артериального тонуса, снижение капиллярного тонуса и объемного кровотока, увеличение периферического тонуса, неустойчивость венозного тонуса и резкое затруднение венозного оттока.

При черепно-мозговой травме легкой степени отмечаются нарушения артериального и венозного тонуса. При снижении последних констатировано увеличение объемного кровотока, некоторое повышение периферического и капиллярного тонуса, неустойчивость венозного тонуса.

Указанные результаты исследований были получены в 1—2-е сутки после травмы. К 3—5-м суткам параллельно с улучшением состояния пострадавших происходила нормализация реоэнцефалограммы. Однако даже к 1,5 мес наблюдений после травмы мозговой травме легкой степени было установлено увеличение амплитуды на реовазограммах, что косвенно свидетельствует о расширении мозговых сосудов и сужении периферических. Отмечалась также асимметрия кровенаполнения с более частым преобладанием на стороне, противоположной повреждению.

Наши данные получены на основании исследований и записей 195 реоэнцефалограмм и реовазограмм у 55 больных с черепно-мозговой травмой средней и легкой тяжести.

Материалы изучения центрального и периферического кровообращения с помощью реоэнцефалографии и реовазографии важны в практической нейрохирургии для ранней диагностики степени тяжести черепно-мозговых травм и позволяют объективно и своевременно обосновать комплекс лечебных мероприятий.

УДК 616.33—002.44—089.844

#### А. Я. Яковлев, А. Г. Смирнов (Куйбышев-обл.). Хирургическое лечение осложнений после ушивания перфоративной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки

Известно, что у определенной части больных, перенесших ушивание перфоративных язв желудка и двенадцатиперстной кишки, в последующем возникают осложнения, при которых повторная операция становится неизбежной. Обычно производится резекция органа, которая сопряжена с известными трудностями вследствие спаечного процесса и выраженных рубцовых изменений.

Нами с 1970 по 1980 г. резекция желудка в различные сроки после ушивания перфоративной язвы произведена у 102 больных. Операции ушивания перфоративной язвы подвергались больные наиболее работоспособного возраста — до 30 лет (51). Резекция желудка чаще выполнялась лицам в возрасте 31—50 лет (63). Среди пациентов были всего две женщины.

Из анамнеза установлено, что у 36 больных имелась перфорация «немой язвы», среди них преобладали лица молодого возраста — до 30 лет (26). Перфоративную язву дважды ушивали 8 больным, 5 из которых также были моложе 30 лет. Все это подтверждает мнение о том, что перфорации язвы более подвержены лица молодого возраста.

Нам не представилось возможным установить, по поводу перфорации какого органа, желудка или двенадцатиперстной кишки были оперированы больные, поскольку многие из них ранее проживали за пределами Куйбышевской области.

В течение первого года после ушивания перфоративной язвы повторной операции подвергались 35 человек. Среди них лиц в возрасте до 20 лет было 3, от 21 до 30 лет — 6, от 31 до 40 лет — 10, от 41 до 50 лет — 8, от 51 до 60 лет — 7, старше 60 лет — 1. В сроки от 1 до 2 лет оперированы 7 человек, от 2 до 3 лет — 7, от 3 до 5 лет — 18, от 5 до 10 — 16, от 10 до 15 лет — 7, от 15 до 20 лет — 6, больше 20 лет — 6.

Показаниями к радикальной операции явились стеноз привратника (49,6%), болевой синдром, не поддающийся консервативному лечению (31,6%), кровотечение (6,9%) и другие причины (11,9%). Болевой синдром, как выяснилось во время операции, у 38 больных был обусловлен пенетрацией язвы в соседние органы, главным образом в поджелудочную железу.

Большинству больных (75) резекция желудка была произведена по Бильрот-II, преимущественно в модификации Гофмейстера—Финстерера, остальным (27) — по Бильрот-I с селективной ваготомией. Средний койко-день после операции составил 15,4.

После операции умерло 2 (2%) больных. Причиной смерти явились перитонит вследствие несостоятельности швов культи двенадцатиперстной кишки у одного из них и профузное кровотечение из сосудов культи желудка — у второго.

Отдаленные исходы изучены у 68 больных, оперированных до 1976 г. Резуль-