

ОБМЕН ОПЫТОМ И АННОТАЦИИ

УДК 616.717.2—001.5—085.477.33

**Е. В. Лушников, Г. П. Комиссаров,
Н. А. Коваленко** (Набережные Челны, ТАССР).
Функциональная шина для репозиции
отломков ключицы

Функциональное лечение переломов ключицы мы проводим при помощи шины, собранной из деталей аппарата Илизарова. Принцип ее использования такой же, как и шины С. И. Кузьминского: она обеспечивает максимальное разведение отломков, отводит верхний конец плеча и надплечье кнаружи от грудной клетки и удерживает плечевой пояс в приподнятом вверх положении. Шина состоит из 2 полуколец и 2 телескопических штанг, позволяющих изменять высоту шины и выполнять репозицию.

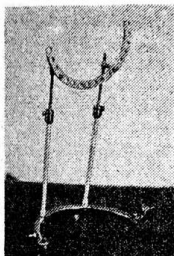


Рис. 1. Шина.



Рис. 2. Крепление шины.

Для обезболивания в гематому в области перелома вводят 7—10 мл 1% раствора новокаина. Одно из полуколец опирается на крыло подвздошной кости в области гребешка, другое располагается в подмышечной впадине. Шину крепят к грудной клетке ремнями. Полукольца оборачивают ватой или поролоном.

Репозиция отломков, осуществляемая с помощью шины, создает благоприятные условия для консолидации перелома. Сборка шины проста и доступна любому врачу-травматологу как в специализированных травматологических отделениях, так и в отделениях районных больниц. Сроки иммобилизации обычные.

УДК 616.65—089.89—009.614

В. П. Филимонов (Нижнекамск, ТАССР).
Опыт применения эпидуральной анестезии и
длительного послеоперационного обезболивания при аденомэктомии

У 154 больных аденомэктомия была выполнена под эпидуральной анестезией. Больных в возрасте от 50 до 60 лет было 36, от 60 до 70—63, от 70 до 80—50, старше 80—8. Самому старшему по возрасту больному был 91 год.

Эпидуральную анестезию у 94 больных проводили 2% раствором лидокаина с последующим введением морфина в эпидуральное пространство. За 30—40 мин до операции больным внутримышечно вводили 20 мг промедола, 1 мг атропина, 20 мг димедрола. Перидураль-

ное пространство пунктировали на уровне L₁—L₄. После контроля тест-дозой (4 мл 2% раствор лидокаина) в перидуральное пространство проводили катетер на глубину 3—5 см в краиальном или каудальном направлении в зависимости от уровня пункции. Рассчитанную дозу анестетика вливали через катетер спустя 5 мин в положении больного на спине. Доза лидокаина составляла от 12 до 20 мл. Границы анестезии — от Th₇₋₁₀ до S₃₋₄. Глубину анестезии оценивали по субъективному восприятию боли и клиническим данным. При необходимости использовали дополнительную дозу лидокаина.

За 15—20 мин до окончания операции через катетер в перидуральное пространство вводили 10 мг морфина, пломбированного 40% раствором (4—5 мл) глюкозы. По окончании операции катетер удаляли. У 26 больных использовали 1% раствор дикаина (6—8 мл) с морфином (10 мг), пломбированным 4—6 мл аутокрови, при этом катетер в эпидуральное пространство не вводили.

Применение лидокаина вызывало утрату всех видов чувствительности, мышечную релаксацию через 8—12 мин. Введение эпидурально морфина (10 мг) в 4—5 мл 40% раствора глюкозы обеспечивало послеоперационную анальгезию в течение 48, чаще 72 ч. Ни в одном случае не было отмечено депрессии дыхания.

Через 1,5—2,5 ч от момента введения расчетной дозы лидокаина появлялась температурная, тактильная, проприоцептивная чувствительность. Послеоперационная боль в области оперативного вмешательства отсутствовала. На 2-е сутки больные отмечали только чувство позыва на мочеиспускание.

У 16 больных, которым был введен морфин в дозе 5 мг, боли возникли на 2-е сутки послеоперационного периода, что потребовало назначения наркотических анальгетиков парентерально.

Применение дикаина с морфином, пломбированных аутокровью, неудобно своей малоуправляемостью и длительным наступлением анестезии — на 30—40 мин.

При эпидуральной анестезии 2% раствором лидокаина у 50% больных наблюдалось снижение АД через 15—20 мин после введения расчетной дозы, причем чаще у больных с атеросклеротическими изменениями. Мы не считаем это осложнением, так как использование эфедрина в дозе 1—2 мл внутривенно капельно стабилизировало АД на умеренном уровне, ниже исходного на 2,7—4,0 кПа. У 6 больных в послеоперационном периоде возникли психотические нарушения, связанные, по-видимому, с эпидуральным применением морфина. Больные были старше 80 лет, пониженного питания. Применение седативных препаратов купировало такое состояние. Других осложнений не наблюдалось. Ввиду отсутствия болей в послеоперационном периоде больные вели себя активно, что положительно влияло на их выздоровление и сокращало сроки пребывания в стационаре.