

ланид, меркузал) уменьшились одышка, отеки, головные боли, убыл в весе на 13,5 кг.

Больной принимал рисово-овощную гипохлоридную диету, разработанную доц. Г. З. Ишмухаметовой. Суточный рацион этой диеты содержит белков — 73 г, жиров — 53 г и углеводов — 334 г, что дает всего 2165 калорий. Весьма важным моментом в этой диете является то, что она богата калием и бедна натрием. При этой диете больной получает в сутки 6508 мг калия и только 162 мг натрия.

Улучшению состояния больного и уменьшению веса соответствовало постепенное снижение количества кетостероидов в моче до 4 мг.

Наше наблюдение заслуживает внимания эффективностью лечения гипохлоридной диетой с большим содержанием ионов калия и малым содержанием ионов натрия. Такое лечебное питание может быть рекомендовано в комплекс лечения синдрома Иценко-Кушинга.

ЛИТЕРАТУРА

1. Шерешевский Н. А. Клиническая эндокринология, Медгиз, 1957.—
2. Мардна Л. Б. и Эльштейн Н. В. Проблемы эндокринологии и гормонотерапии, 1957, 4.—
3. Крымский Л. Д. и Майсюк А. Б. Проблемы эндокринологии и гормонотерапии. 1956, т. 2, 5.

Поступила 7 июня 1958 г.

ОПЕРАЦИЯ АБДОМИНОПЕРИКАРДИОСТОМИИ В РАЙОННОЙ БОЛЬНИЦЕ

И. Е. Виноградов

Из хирургического отделения (зав. — И. Е. Виноградов) Беловолжской районной больницы Чувашской АССР

В 1957 г. проф. Г. А. Рейнберг предложил оригинальную операцию, названную им абдоминоперикардиостомией. Идея операции сводится к следующему:

Сердце, заключенное в замкнутой полости перикарда, вынуждено при каждом своем сокращении преодолевать существующее в грудной клетке отрицательное давление, на что мышца сердца тратит около 40% своей энергии. Если здоровое сердце справляется с этой нагрузкой, то на сердце больное, особенно у пожилых людей, эта нагрузка ложится тяжелым бременем, и освобождение сердца от такой нагрузки значительно улучшило бы его работоспособность. Эта задача может быть разрешена сравнительно простым приемом — вскрытием перикарда через разрез сухожильной части диафрагмы со стороны брюшной полости, благодаря чему перикард из замкнутой полости с отрицательным давлением превращается в бухту брюшной полости, где давление нейтральное.

Проф. Г. А. Рейнберг предложил эту операцию для лечения коронарной болезни. По его предложению, проф. Е. Л. Березов в Горьком прооперировал троих больных с положительным непосредственным результатом.

Вместе с тем автор допускает, что показания к операции могут быть расширены и что ее можно рекомендовать для лечения сердечной слабости различного патогенеза.

Нам представилась возможность выполнить операцию проф. Г. А. Рейнберга по относительным показаниям в очень сложной ситуации.

2 июля 1958 г. в хирургическое отделение Беловолжской больницы принята гр-ка М. А. Н., 55 лет. С 1932 г. она болеет язвой желудка. В последние два года состояние ее резко ухудшилось, медикаментозное лечение эффекта не оказывает, больная согласна на операцию. В анамнезе у больной два перенесенных тифа, ма-

лария, в настоящее время выраженная дегенерация сердечной мышцы: очень глухие тоны сердца, шум на первом тоне, при небольшой нагрузке появляется аритмия, кровяное давление — 110/70.

Со стороны желудка основным клиническим симптомом были сильные боли в подложечной области, независимо от приема пищи. Желудок атоничен, опущен до входа в малый таз, временами появляется рвота. Рентгеноскопия обнаруживает деформацию двенадцатиперстной кишки. Таким образом, имелись достаточные показания к операции, но, учитывая слабость сердечной мышцы у больной, мы не решались идти на резекцию желудка, а накладывать анастомоз не имело смысла. Мы наблюдали больную в стационаре хирургического отделения в течение одной недели. Ее состояние заметно ухудшалось. Больная плохо спала, из-за болей стала ограничивать себя в приеме пищи, еще более похудела, процент гемоглобина в крови снизился с 65 до 62. Необходимость операции становилась все очевиднее, и мы, наконец, решились сделать ей резекцию желудка, но предварительно облегчив работу сердца операцией проф. Г. А. Рейнберга.

Операция под местным обезболиванием 9/VII-58 г. Разрезом по средней линии, от мечевидного отростка до пупка, вскрыта брюшная полость. Добавлена анестезия солнечного сплетения по Брауну. При помощи широкой лопаточки левая доля печени отсечена книзу, при этом ясно обозначилась и несколько приблизилась сухожильная часть диафрагмы — область сращения с нижней стенкой перикарда. Мы захватили этот участок двумя кохеровскими пинцетами, и образовавшуюся складку простригли ножницами. Полость перикарда была вскрыта, отсюда вытекла прозрачная жидкость. Сечением ножниц щель в перикарде-диафрагме была увеличена приблизительно до 5 см, на каждый из краев наложены узловатые шелковые швы. На этом операция вскрытия перикарда была закончена, и мы приступили к выполнению второй части плана — резекции желудка. Последний был резко увеличен в размерах, на передней стенке двенадцатиперстной кишки имелась язва с обширными перидуоденальными спайками, поперечноободочная кишка была рубцово спаяна со стенкой двенадцатиперстной кишки. После достаточной мобилизации произведена резекция желудка по Финстереру. Операция в обоих этапах прошла гладко, продолжаясь — вместе с обезболиванием — 2 часа. Оперировал И. Е. Виноградов, ассистировали Г. И. Тимошенко, Н. Х. Кольцов.

Большой интерес представил препарат удаленного желудка. Помимо язвы двенадцатиперстной кишки, на слизистой желудка в разных местах имелось несколько мелких круглых язв; в частности, по малой кривизне цепочкой были расположены три язвы, одна из них, диаметром около 1 см, была очень глубокая, близкая к перфорации.

Здесь была разгадка основного клинического симптома — постоянных и очень сильных болей в подложечной области.

Больная хорошо перенесла операцию, на операционном столе ей шприцем было перелито 100 мл консервированной крови, в дальнейшем проведен обычный в таких случаях режим. Послеоперационный период протекал гладко. Вечером первого дня операции тоны сердца не прослушивались, пульс хорошо определялся, частота его — около 80, кровяное давление — 110/70.

На второй день стали слышны сердечные тоны и, вместе с ними, резко выраженный шум трения перикарда. Последний держался двое суток, после чего сердечные тоны стали более отчетливыми, чем были до операции. Вечером второго дня и утром третьего дня после операции был промыт желудок, с третьего дня моторная функция желудка восстановилась, больная стала питаться через рот, боли в подложечной области прекратились.

Через 7 суток, 16 июля, сняты швы, рана зажила первичным натяжением. Еще через неделю больная стала выходить в сад и 1 августа, через три недели после операции, выписана из отделения в хорошем состоянии.

Мы не склонны делать каких-либо выводов из одного наблюдения. Несомненно одно, что операция была жизненно показана, но произвести резекцию желудка, не облегчив работу сердца операцией абдоминоперикардиостомии, было опасно.

ЛИТЕРАТУРА

1. Рейнберг Г. А. Хирургия. 1957, № 1, 16. — 2. Рейнберг Г. А., Березов Е. Л., Гринвальд И. М. Клиническая медицина. 1957, № 3, 71.

Поступила 15 августа 1958 г.