

в нижних частях тела (О. Ю. Марина — 1961, А. С. Пипко с соавторами — 1961, Ю. Е. Березов с соавторами — 1962). Из нарушений в сердечно-сосудистой системе прежде всего нужно отметить, что систолическое давление на верхних конечностях повышено до 280/120, 200/100, тогда как на нижних конечностях оно понижено до 70/60 или даже не определяется. Обнаруживается гипертрофия левого желудочка, при аускультации акцент 2-го тона на аорте и выраженный систолический шум, выслушиваемый во 2—3-м межреберье слева у грудины. Шум проводится в межлопаточное пространство, на сонные артерии и в подключичную область. Весьма характерным признаком коарктации аорты в месте перешейка ее считается узурация ребер, вызываемая постоянным давлением расширенных и извилистых межреберных артерий.

Приводим наше наблюдение.

М., 21 года, поступил с жалобами на постоянные головные боли, выраженные больше в затылочной области, головокружения, покачивание в сторону при ходьбе, ослабление памяти и зрения, боли в области сердца сжимающего характера, сердцебиение, одышку при физической нагрузке. Болен с детства. Ввиду упорных головных болей не мог учиться, с трудом окончил только 4 класса. Находится под наблюдением врачей. Диагноз — эссенциальная гипертония, нефропатия. Инвалид II гр.

Состояние средней тяжести, сознание ясное, интеллект снижен, лицо амимично, телосложение правильное, кожа бледная, подкожно-жировая клетчатка развита удовлетворительно. Череп большой, выступает лобная часть. Заметна пульсация шейных сосудов. Грудная клетка правильной формы, равномерно участвует в акте дыхания. Перкуторный звук легочный, дыхание везикулярное. Верхушечный толчок сердца в 6-м межреберье, усиленный, разлитой, заходит на 2 см кнаружи от среднеключичной линии. Границы относительной тупости сердца смещены на 2 см влево. На аорте акцент 2-го тона. Во втором межреберье слева грубый систолический шум, который проводится в левую подключичную и левую подмышечную области. Пульс на верхних конечностях 78, хорошего наполнения, ритмичный, напряженный. Пульс на тыльной стороне стопы не определяется. АД на верхних конечностях 250/140, на нижних — не определяется. Язык чист, влажен. Живот участвует в акте дыхания, мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.

Гем. — 13,4 г, РОЭ — 7 мм/час, Л. — 9900, э. — 1,5%, п. — 4,5%, с. — 66%, л. — 21%, м. — 7%. RW отрицательная.

Удельный вес мочи 1,021, реакция слабо-кислая, следы белка. В осадке клетки плоского эпителия 2—4, эритроциты единичные в поле зрения.

Рентгеноскопия. Легкие без видимых очаговых и инфильтративных изменений. Сердце аортальной формы, границы расширены влево. Резко расширен восходящий отдел аорты. Отчетливо определяются узуры по нижнему краю 3—4—5 ребер с обеих сторон.

Глазное дно: артерии сужены и извитые, вены незначительно расширены.

После кратковременного симптоматического лечения большой был выписан и вскоре умер.

На вскрытии судебно-медицинской экспертизой было обнаружено: аорта с внутренней стороны цвета слоновой кости. Восходящая аорта расширена. Просвет аорты в области дуги по выходе из восходящей части полностью зарощен. Нисходящий отдел аорты резко сужен.

Поступила 28 мая 1963 г.

УДК 616.43—616—089

ОБ ОПАСНОСТИ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ НАЛИЧИИ STATUS THYMICO-LYMPHATICUS

Ж. Х. Васильев

Кафедра госпитальной хирургии № 2 (зав. — проф. Н. П. Медведев) и кафедра патологической физиологии (зав. — проф. М. А. Ерзин) Казанского орд. Трудового Красного Знамени медицинского института

Данные Г. Селье (1952), Э. З. Юсфиной (1957), М. С. Константиновой (1957), В. Е. Волкова (1961) указывают на роль тимуса в осуществлении защитных и адаптационных реакций организма.

Исследования, проведенные Хартом еще в 1923 г., а позднее М. С. Лисициным, М. Н. Ахутиным и др., показали, что классическая триада, характеризующая status thymico-lymphaticus (гиперплазия зубной железы, лимфоидного аппарата и аорта angusta), не может считаться исчерпывающей, а должна быть дополнена 4-м признаком — гипоплазией и гипофункцией надпочечников.

В доступной нам литературе мы не нашли сочетания status thymico-lymphaticus с тетрадой Фалло, что сопровождается выраженной гипофункцией коры надпочечников. Описываемое ниже наше наблюдение представляет несомненный интерес как пример такого сочетания.

Е., 5 лет, поступил 9/XII-63 г. по поводу врожденного порока сердца (тетрада Фалло) на стационарное обследование. Жалобы на одышку, цианоз, усиливающийся

при разговоре и крике, приступы синюхи. Больной не ходит. Болен с рождения. Кожные покровы синюшные, выраженный цианоз кистей, стоп, лица. Ногтевые фаланги — в виде барабанных палочек. На туловище, в особенности на грудной клетке, расширенная венозная сеть. Подкожно-жировой слой выражен слабо, небные миндалины гипертрофированы. Мышечная система развита слабо, ребенок отстаёт в физическом развитии от своих сверстников. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ясные, 1-й тон усилен, систолический шум, имеющий максимум звучания в 4-м межреберье слева у грудины, в сосуды шеи не проводится. Пульс — 60. Печень и селезенка не пальпируются.

Цп. — 0,8, полихромазия, РОЭ 1 мл/час, Л. — 9700, п. — 4%, с. — 67%, э. — 10%, м. — 4%, л. — 15%.

Моча без патологии.

На ЭКГ — синусовый ритм, правограмма, зубец Р расщепленный, высокий. Рентгенокопия. Сердце напоминает сапожок, увеличено в поперечнике, контуры закруглены. Атрио-вазальный угол справа смещен кверху, выбухания *conus pulmonalis* не отмечается.

Свободных 17-оксикортикостероидов в плазме периферической крови по методу Портера и Сильбера в модификации Н. А. Юдаева и Ю. А. Панкова до операции. 18/XII-63 г. — 6,16 γ ; 24/XII-63 г. — 7,26 γ на 100 мл.

3/1-64 г. операция Блелок-Гауссига (проф. Н. П. Медведев). Под общим интра-трахеальным эфирно-закисло-кислородным наркозом произведен анастомоз лиофилизированным сосудом а. *Subclavia* конец в бок с а. *pulmonalis*.

Через 3 часа после операции состояние больного внезапно ухудшилось, исчез пульс, дыхание стало прерывистым и редким. Немедленная интубация, искусственное дыхание аппаратом, массаж сердца, внутривенное введение строфантина 0,05% — 0,25 мл в 20 мл 40% глюкозы, внутриартериальная гемотрансфузия эффекта не дали. Ребенок умер.

В пробе крови, взятой после операции, уровень свободных 17-оксикортикостероидов был 8,8 γ на 100 мл. Таким образом, кора надпочечников нашего больного почти не среагировала на такой мощный «стресс», как длительное оперативное вмешательство (операция длилась 4 часа).

Ввиду отсутствия экспресс-методов определения кортикостероидов в плазме периферической крови, гипофункция коры надпочечников нами была выявлена с опозданием, а введение гидрокортизона не проводилось.

Патологоанатомический диагноз (Э. И. Узбеки): Тетрада Фалло, состояние после операции анастомоза левой подключичной артерии с левой легочной артерией. Застойное полнокровие внутренних органов. Гиперплазия тимико-лимфатической системы (вес тимуса превышал в 2,5 раза вес железы для данного возраста). При микроскопическом исследовании установлена выраженная гипотрофия коркового слоя надпочечников.

На основании наших исследований, патологоанатомической картины и литературных данных можем прийти к выводу, что смерть ребенка после операции наступила от острой недостаточности коры надпочечников в результате *status thymico-lymphaticus*. Наши данные еще раз подтверждают обоснованность предложения об использовании при «тимусном кризе» гидрокортизона (В. Е. Волков), применение которого в этих случаях имеет абсолютные показания; недоучет этого может привести, как показывает данный случай, к печальному исходу, сообщение о котором должно служить достойным предупреждением всем предпринимающим хирургические вмешательства при наличии *status thymico-lymphaticus* у детей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Волков В. Е. Клиническая медицина. 1961, 11. — 2. Константинова М. С. Успехи совр. биол. 1957, т. 44, в. 1 (5). — 3. Пеккер Г. Я. Суд. мед. эксп. 1959, 1. — 4. Юсфина Э. З. Участие коры надпочечников и зубной железы в реакциях организма на действие «чрезвычайных раздражителей». Автореф. докт. дисс. Харьков, 1957.

Поступила 2 апреля 1964 г.

УДК 616.13—002—616.14—007.64

ДАнные ФЛЕБОГРАФИИ ПРИ ОБЛИТЕРИРУЮЩЕМ ЭНДАРТЕРИИТЕ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Б. А. Сквозников

Хирургическое отделение (зав. — В. М. Поляков) медсанчасти
(главврач — М. В. Турханова)

(г. Альметьевск)

За последнее время интерес к состоянию вен при облитерирующих заболеваниях артерий конечностей возрастает. Некоторые авторы (Уэсслер с сотр.) считают даже, что при облитерирующем артериосклерозе конечностей изменения в венах первичны,