

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. Рентгеноскопия. Сердце напоминает сапожок, увеличено в поперечнике, контуры закруглены. Атрио-вазальный угол справа смещен вверх, 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/I-64 г. операция Блелок-Тауссига (проф. Н. П. Медведев). Под общим интратрахеальным эфирно-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. Узбеков): 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. Клин. мед. 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,

а в артериях — вторичны. В отечественной литературе за последнее время появилось несколько работ, посвященных вопросам изменения функции вен конечностей при облитерирующих заболеваниях артерий. А. Б. Майзель, изучая венозное давление при облитерирующем эндартериите, пришел к выводу, что оно повышается параллельно тяжести процесса. О нарушениях венозного кровотока в нижних конечностях при облитерирующих заболеваниях артерий сообщают Н. И. Краковский и В. Я. Золотаревский. На основании данных флебографии Н. М. Карнакова сообщила о расширении основных венозных стволов голени при облитерирующем эндартериите. Исследуя вены ампутированных конечностей, В. В. Гинзбург и А. Г. Федорова у трети больных нашли их расширение.

С целью функционального изучения вен нижних конечностей при облитерирующем эндартериите нами производилась внутрикостная флебография. Исследования проводились в стационарных условиях. За двое суток до исследования проверялась чувствительность больного к йоду, для чего в локтевую вену вводилось 3—4 мл 40% раствора сергозина или такое же количество 50% раствора кардиотраста. За 30 мин до исследования больному делалась инъекция морфина (1 мл 1% раствора). Непосредственно для венографии мы использовали только 35% раствор кардиотраста, вводимый в количестве 20 мл в пяточную кость. Производилось два снимка голени в боковой проекции: первый — сразу после введения кардиотраста, второй — через 30 сек. после первого. Технические условия: фокусное расстояние — 90 см, напряжение — 55 кВ, величина анодного тока — 20 мА, экспозиция — 0,6 сек. После производства снимков обязательно внутрикостно вводилось еще 10 мл 0,5% раствора новокаина. Накладывалась асептическая повязка.

Описанная методика дает вполне удовлетворительное контрастирование глубоких и поверхностных вен голени без применения жгута или компрессии поверхностных вен бинтом, что вообще нежелательно при ангиографиях, так как увеличивает время нахождения контрастного вещества в сосудах со всеми вытекающими отсюда последствиями. Кроме того, наложение жгута в какой-то мере искажает рентгенографическую картину вен.

В течение суток после исследования больные получают дважды димедрол внутрь по 0,02. У нескольких больных после венографии поднималась температура до 37,8—38,0° и держалась 1—2 дня. Других осложнений не было. Применение морфина и внутрикостное введение новокаина значительно снижают болевую реакцию. Больные, как правило, чувствуют себя при такой венографии вполне удовлетворительно.

Нами обследовано 25 больных с облитерирующим эндартериитом нижних конечностей с давностью заболевания от 1 года до 20 лет. Под нашим наблюдением находились с I ст. заболевания — 2, со II — 11, с III — 6, с IV — 2 и с V и VI ст. — по 2 больных (по классификации А. Т. Лидского). При постановке диагноза мы основывались на данных клиники, осциллографии, электротермометрии, ЭКГ, осмотре глазного дна и в некоторых случаях капилляроскопии. У 24 из 25 обследованных больных мы нашли изменения в венозной системе голени.

При I ст. заболевания мы наблюдали извитость крупных венозных стволов голени, особенно глубоких вен. Диаметр этих вен либо нормальный, либо несколько увеличен. Но подкожная венозная сеть и вены икроножных мышц резко расширены (некоторые имеют диаметр 8—10 мм), петлистые. Во II, III и IV стадиях наблюдалось расширение всей венозной сети голени. Глубокие вены голени достигали 4—5 мм в диаметре. В V и VI ст. заболевания отмечалась более обильная сеть венозных анастомозов. Анастомозы резко извиты, расширены. Диаметр вен при гангрене дистальных отделов конечности примерно равен таковому при III и IV стадиях. В отношении сроков заболевания необходимо отметить, что расширение вен наступает с самого начала заболевания. Нами обследовано 6 больных с давностью заболевания от 1 года до 2 лет. У всех были описанные выше изменения.

По-видимому, расширение вен при облитерирующем эндартериите — фактор компенсаторный, посредством которого организм стремится обогатить кровью анемизированные ткани.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вальдман В. А. Сосудистый тонус. Л., Медгиз, 1960.
2. Гейгл Л., Белан А., Фирт П. Хирургия. 1960, 9.
3. Гинзбург В. В. и Федорова А. Г. Сб. раб., посв. научно-педагогической деятельности проф. П. О. Исаева. Казахское книжное изд-во, Алма-Ата, 1958.
4. Долго-Сабуров Б. А. Очерки функциональной анатомии кровеносных сосудов. Медгиз, Л., 1961.
5. Карнакова Н. М. Сб. Ленинградская конференция по сосудистым заболеваниям нижних конечностей. Л., 1959.
6. Краковский Н. И. и Золотаревский В. Я. Экспериментальная хирургия и анестезиология. Медгиз, М., 1962.
7. Майзель А. Б. Тр. 27-го Всесоюз. съезда хирургов. М., 1960.
8. Тихонов К. Б. Ангиография. Медгиз, Л., 1962.
9. Wessler, Si-Chun Ming, Gurewich, Freiman. New Engl. J. Med., 1960, 262, 23.

Поступила 10 апреля 1964 г.