

У служит изменение концентрации калия в сыворотке крови. Этот фактор оказывает противоположное влияние на амплитуду зубцов Т и U: гиперкалемия увеличивает вольтаж зубца Т и уменьшает вольтаж U, а гипокалемия увеличивает вольтаж зубца U и уменьшает и даже извращает зубец Т. При выраженной гипокалемии зубец U становится высоким и заостренным, маскируя зубец Т (сливаясь с ним).

Такая картина наблюдается после длительного поноса или рвоты, особенно у больных, которым вводили массивные дозы физиологического раствора, а также во время лечения диабетической комы инсулином. Наиболее постоянным проявлением действия адреналина служит подъем и раннее появление зубца U, который приводит как бы к расщеплению нисходящего колена зубца Т. Эти изменения объясняются также гипокалемией, их удается предотвратить приемом внутрь хлористого калия. Подобные изменения зубца U после физической нагрузки или ортостатической пробы обусловлены освобождением адреналина. Наперстянка увеличивает вольтаж зубца U без изменения полярности.

Лепешкин указывает, что извращенному зубцу Т в левых грудных отведениях при перегрузке левого желудочка сопутствует в 30—40% извращенный зубец U преимущественно при тяжелом заболевании с неблагоприятным прогнозом. При гипертрофии правого желудочка извращение зубца U в правых грудных отведениях наблюдается реже, чем извращение того же зубца в левых грудных отведениях при гипертрофии левого желудочка. В острой стадии инфаркта миокарда зубец U не удается различить из-за подъема сегмента RS—Т, в более поздних стадиях при наличии извращенного зубца Т зубец U в большинстве случаев положительный.

Таким образом, изменение зубца U ЭКГ может явиться дополнительным показателем для диагностики и прогноза при различных заболеваниях сердца при учете клинической картины болезни.

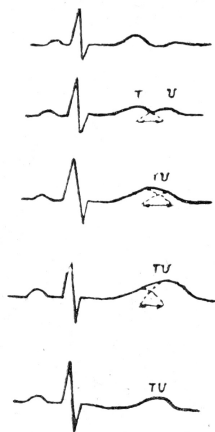


Рис. 2. Гипокалемическая ЭКГ. Различные варианты наложения зубцов Т и U по Хольцману.

ЛИТЕРАТУРА

1. Александрова Е. А. и Кишинский Е. Л. Кардиология, 1961, 1.—
2. Пущейко О. К. Тез. докл. науч. конф. по вопросам сердечно-сосудистой патологии Ленинградского ГИДУВа им. С. М. Кирова, Л., 1962.—
3. Фогельсон Л. И. Клиническая электрокардиография. М., Медгиз, 1957.—
4. Кемп, Зуравин. Вопросы патол. сердечно-сосуд. сист. М., Медгиз, 1958. 1.—
5. Лепешкин. Там же, 1956, 4.—
6. Фурбетта, Сантуччи. Там же, 1957, 4.—
7. Хольцман. Там же, 1958, 6.

Поступила 4 октября 1963 г.

УДК 616.37—006.04—616.366—003.7

ПЕРЕСАДКА ПРОТОКА ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ В ЖЕЛУДОК ПРИ РАКЕ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, ОСЛОЖНЕННОМ ОСТРЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ И МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ

З. С. Дроздова, В. Л. Головачев

(Куйбышев-обл.)

При раке поджелудочной железы иногда приходится прибегать к паллиативным операциям, целесообразность которых при неоперабельных раках не вызывает сомнений (А. Д. Витебский). Это вмешательство снимает тягостный симптом механической желтухи, облегчает страдания больного, улучшает функцию печени. Описаны наблюдения, когда больные после холецисто-энтеростомии при раке поджелудочной железы живут несколько лет.

У нашей больной В., 64 лет, произведена пересадка протока желчного пузыря в желудок.

Больная поступила в хирургическое отделение в экстренном порядке 4/II 1963 г. в 4 часа с жалобами на боли в правом подреберье, слабость, недомогание. Температура — 38,8°. Неделю назад появились желтушное окрашивание кожи, темная моча. Болеет с апреля 1961 г., два раза лечилась в стационарах.

Общее состояние средней тяжести, кожные покровы желтушны. Пульс — 84, удовлетворительного наполнения. АД — 150/80. Язык сухой, обложен грязно-серым налетом, живот мягкий, резко болезненный в правом подреберье, край печени ниже реберной дуги на 4 см, симптом Ортнера положительный.

Лейкоцитов — 7550, РОЭ — 40 мм/час, билирубин — 6,9 мг%, реакция прямая резко положительная.

В моче реакция на уробилин и желчные пигменты резко положительная, диастаза — 128 ед. В кале реакция на стеркобилин положительная.

Консервативное лечение эффекта не дало. С диагнозом «острый калькулезный холецистит» больная 5/II взята на операционный стол (З. С. Дроздова). Под местной анестезией разрезом параллельно правому реберному краю вскрыта брюшная полость. Желчный пузырь 14 × 8 × 8 см, стенка его инфильтрирована. Обнаружена плотная опухоль поджелудочной железы 6 × 4 × 4 см, сдавливающая общий желчный проток. Желчный пузырь удален, а культя его протока шита в переднюю стенку пилорического отдела желудка отдельными кетгутовыми и шелковыми швами с дополнительной перитонизацией узловыми шелковыми швами. В ложе желчного пузыря и к анастомозу подведены сигаретный тампон и резиновая трубка. Послойное ушивание брюшной полости.

Послеоперационное течение без осложнений. Выписана через 24 дня в удовлетворительном состоянии, желтуха исчезла.

Через 3 месяца больная чувствует себя хорошо, прибавила в весе, жалоб не предъявляет.

Поступила 6 июля 1963 г.

УДК 616.14—002—616.36

ОБЛИТЕРИРУЮЩИЙ ЭНДОФЛЕБИТ ПЕЧЕНОЧНЫХ ВЕН (БОЛЕЗНЬ ХИАРИ)

Н. Т. Воробьева и М. С. Мороз

Терапевтическое отделение (зав. — А. З. Зайденберг) Ростовской-на-Дону
областной больницы (главврач — М. Ф. Мокроусов)

Впервые облитерирующий эндофлебит печеночных вен патоанатомически описал венский патологоанатом Хиари в 1899 г., а в 1905 г. — А. И. Абрикосов и впервые прижизненно диагностировал В. Е. Незлин в 1936 г.

Приводим наше наблюдение:

А., 19 лет, доставлена из района 21/VIII в тяжелом состоянии с жалобами на острую боль в животе, больше в правом подреберье, увеличение объема живота, затрудненное дыхание, рвоту, понос. Заболела внезапно 13/VIII после подъема тяжести, когда почувствовала резкую боль в животе, повысилась температура до 39°, появилась рвота, в течение суток живот резко увеличился в объеме. Больная находилась на стационарном лечении в районной больнице, где в течение 6 дней дважды производили пункцию брюшной полости, эвакуировали по 5–6 литров жидкости, и через сутки она вновь накапливалась. В мае у больной был произведен аборт.

Больная мечется, кричит и стонет от боли в животе (наркотики боль не снимают). Кожные покровы бледно-розовой окраски, губы цианотичны. Пульс — 100, ритмичен. АД — 80/50. Тоны сердца чистые, приглушены. Дыхание везикулярное. Язык влажен, чист. Живот резко увеличен в объеме, перкуторно определяется свободная жидкость.

Эвакуировано 3,5 литра лимонно-желтой прозрачной жидкости. Пальпируется печень на 6 см ниже реберной дуги, поверхность ее гладкая. Селезенку пальпировать не удается. У больной дважды была рвота массами цвета кофейной гущи. Гем. — 105%, Э. — 5 180 000. РОЭ — 3 мм/час, Л. — 34 000, п. — 14%, с. — 78%, л. — 5%, м. — 3%.

Антибиотики, антикоагулянты, сердечно-сосудистые средства, обезболивающие эффекта не дали. 22/VIII в 9 ч. утра (после 37-часового пребывания в стационаре) больная скончалась.

Клинический диагноз — «тромбоз в системе воротной вены».

При вскрытии (М. С. Мороз) в просвете правой печеночной вены найден сухой матовый кровяной сверток серовато-белого цвета, полностью выполняющий просвет сосуда и плотно связанный с его стенкой. Интима сосуда утолщена, белесовата, просвет в области устья резко сужен. На разрезе видны разветвления этой вены, выполненные сухими матовыми кровяными свертками от 0,3 до 1 см в диаметре. Стенки печеночных вен утолщены, просвет их зияет.