

вообще, в том числе и на высшие вегетативные центры (общеуспокаивающее действие, нормализация АД).

Применение модулированных токов непосредственно на конечность, вызывая активную гимнастику скелетных мышц и сосудов, способствует, помимо нормализации сосудистого тонуса, еще большему улучшению кровоснабжения тканей больной конечности.

Улучшение кровообращения в конечности происходит в результате ликвидации имеющегося спазма магистральных и более мелких сосудов (эндартериоз I стадии, болезнь Рейно, вторичный спазм при облитерирующих процессах в артериях), а также в результате раскрытия резервных коллатералей и улучшения капиллярного кровообращения.

Исходя из патогенеза перечисленных заболеваний, мы думаем, что диадинамическую терапию можно вполне обоснованно считать патогенетическим методом. Но учитывая то, что поражение артериальных сосудов конечностей является местным проявлением общего заболевания, диадинамическую терапию лучше включать в лечебный медикаментозный комплекс.

ЛИТЕРАТУРА

1. Зайцев Г. П. Нов. хир. арх. 1957, 6; Хирургия, 1960, 10. — 2. Карелин В. А. Там же. 1957, 1. — 3. Кизилова А. И. Клин. мед. 1936, 6. — 4. Куденко М. В. Тер. арх. 1935, 3. — 5. Нестеров А. И. К учению о кровеносных капиллярах и капиллярскомии как методе их изучения в норме и патологических условиях. Томск, 1929. — 6. Петкевич Т. Е. Тер. арх., 1955, 2. — 7. Порядин В. Т. Сов. мед., 1961, 10. — 8. Bernard P. J. de Radiologie, d'Electrologie. 1950, 1—2. — 9. Pabst H. W. Arch. f. physik. Therapie. 1960, 4. — 10. Reis H. Elektromedizin, 1956, 1, 5. — 11. Steinbach M. Elektromedizin. 1961, 6, 1. — 12. Zinn W. Arch. f. physik. Therapie. 1956, 1. — 13. Clement F. Arch. Malad. coeur. 1959, 11, 117, 1964.

Поступила 23 июля 1964 г.

УДК 616 — 006.2 — 616.11

О ЦЕЛОМИЧЕСКИХ КИСТАХ ПЕРИКАРДА

И. М. Поповьян и В. Н. Кошелев

Кафедра факультетской хирургии им. С. Р. Миротворцева
(зав. — проф. И. М. Поповьян) Саратовского медицинского института

Опухоли и кисты средостения составляют около 3% всех опухолей у человека. Среди них наиболее часто встречаются дермоидные кисты, тератомы, нейрогенные опухоли, тимомы. Кисты околосердечной сорочки, являясь следствием нарушения формирования в эмбриональной жизни перикардального целома, относятся к более редким формам.

Первое подробное описание кист перикарда дал Lambert (1940). Он впервые выделил кисты перикарда как нозологическую единицу. В последующие годы число наблюдений увеличилось. Уже в 1950 г. Lillie, Mc Donald and Clagett собрали из мировой литературы 37 случаев кист перикарда, а В. Д. Токманцев (1952) сообщил о 100 таких наблюдениях. Л. С. Розенштраух, А. Т. Лебедева и Е. А. Кутукова (1958) насчитали в мировой литературе 175, а Б. В. Петровский (1960) — 225 наблюдений кист перикарда. При этом, по данным А. Г. Караванова, В. М. Волчек и В. С. Завгородней (1962), 83 наблюдения описаны отечественными авторами.

В нашей клинике за последние 10 лет оперировано 23 больных по поводу опухолей и 10 — по поводу кистозных образований средостения. Всего под нашим наблюдением находилось 11 больных с кистами перикарда (6 женщин и 5 мужчин). Больные были в возрасте от 16 до 55 лет. У всех больных кисты располагались в переднем средостении, при этом у 6 — в правом и у 5 — в левом сердечно-диафрагмальном синусе. Все кисты были одиночными, однокамерными. Наиболее часто встречалась шаровидная или овальная форма кисты. У одной из больных, в связи с выраженными воспалительными изменениями в плевре и перикарде, конфигурация кисты была многоугольной. Кисты не превышали 16 см в диаметре, хотя в литературе есть сообщение (Е. И. Горбунов) о гигантской кисте перикарда, содержавшей до трех литров жидкости.

Клиническая картина кист перикарда отличается разнообразием. При кистах, небольших по размерам, не имеющих сообщения с полостью перикарда, клиника бедна сердечными и легочными симптомами. Заболевание может протекать бессимптомно, и киста выявляется случайно при рентгенологическом исследовании. Из 11 наших больных у 4 заболевание протекало бессимптомно. 7 больных жаловались на периодически появляющиеся покалывающие боли в грудной клетке, 5 отмечали кашель и одышку

при физической нагрузке, 2 — боли в области сердца и тахикардию. Длительность жалоб колебалась от трех месяцев до трех лет. При значительных размерах кисты нередко наблюдаются одышка, упорная стенокардия, кашель, спilloсть голоса (Б. Я. Файнблат, Davis, German, Johnson).

Некоторые из перечисленных симптомов являются результатом функциональных нарушений в связи с раздражением больших рецепторных полей перикарда, другие — результатом давления большой кисты на легочную паренхиму, сердце, париетальную и висцеральную плевру. В этом отношении демонстративно одно из наших наблюдений.

К., 43 лет, поступила 10/XII 1955 г. с диагнозом «опухоль, эхинококк легкого?». Больна в течение восьми месяцев, когда появились боли в левой половине грудной клетки, одышка, кашель, высокая температура. Лечилась по поводу плеврита. Вскоре температура снизилась, но покалывающие боли в сердце, одышка, сухой кашель, сердцебиение продолжали беспокоить.

При поступлении пульс 90. АД 120/70 мм. Перкуторно обнаружено значительное расширение границ сердца.

Кровь и моча без патологических изменений. На ЭКГ признаков органического поражения миокарда не обнаружено. Реакция Казони отрицательная.

При рентгенологическом исследовании обнаружено массивное затемнение нижней половины левого легочного поля. В передней проекции тень сливается с сердцем и синхронно с ней пульсирует. В боковой проекции виден волнистый контур затемнения.

Структура тени гомогенная. Конфигурация — многоугольная. Диагноз: доброкачественная опухоль легкого, эхинококк?

25/XII 1955 г. операция (И. М. Песовьян) под комбинированным эндотрахеальным эфирно-кислородным наркозом с релаксантами, удалена большая тонкостенная киста перикарда. В ней оказалось 600 мл жидкости. Послеоперационное течение — без осложнений.

Когда киста имеет сообщение с полостью сердечной сорочки, принято говорить о дивертикуле перикарда (Б. К. Осипов; Е. Л. Кевеш). Изучение клинических проявлений заболевания у наблюдаемых нами больных показало, что все упомянутые симптомы были наиболее отчетливо выражены у больных с кистами, сообщающимися с полостью перикарда. Мы вполне разделяем точку зрения тех авторов (А. А. Вишневский, П. П. Фирсова, П. Е. Дмитриева), которые считают, что боли в сердце, одышка, по-видимому, зависят от перемещения жидкости из околосердечной сорочки в дивертикул при перемещении тела и физической нагрузке. При этом противоположная дивертикулу стенка перикарда ввиду уменьшения количества жидкости в его полости может соприкасаться с поверхностью эпикарда во время диастолы.

У 2 наших больных кисты сообщались с полостью перикарда. Приводим одно из этих наблюдений.

Р., 29 лет, поступил 22/X 1955 г. с жалобами на покалывающие боли в области сердца, кашель со слизистой мокротой, одышку при физической нагрузке.

При поступлении пульс 80. АД 115/80 мм. Перкуторно и аускультативно патологии в грудной клетке не обнаружено. Кровь и моча — без патологии. На ЭКГ отклонений от нормы не обнаружено.

При рентгенологическом исследовании в правом сердечно-диафрагмальном углу обнаружено округлое, гомогенное затемнение 6 см диаметром, сливающееся с тенью сердца и синхронно с ним пульсирующее.

Клинико-рентгенологический диагноз: «киста перикарда, эхинококк легкого?».

На операции 7/XII 1955 г. (И. М. Поповьян) обнаружена киста перикарда. При выделении кисты объем ее заметно уменьшился за счет перемещения жидкости в полость околосердечной сумки через узкую ножку 0,8 см толщиной. Киста выделена и удалена.

Послеоперационный период протекал без осложнений. При обследовании через 7 лет жалоб не предъявляет.

У 8 больных на ЭКГ отклонений от нормы не обнаружено, у 2 были возрастные изменения и у одной выявлены симптомы расстройства коронарного кровообращения.

Мы считаем уместным отметить множественность кистозных образований у наших пациентов. Трое из них в недалеком прошлом были оперированы по поводу кист яичников.

Ведущее место в диагностике кист перикарда принадлежит рентгенологическому исследованию, которое чаще всего обнаруживает овальной формы гомогенное затемнение с четкими контурами в сердечно-диафрагмальном углу. Интенсивность тени меньше сердечной, от которой отвести затемнение ни в какой плоскости не удается. При этом в некоторых случаях можно отметить изменение формы затемнения в зависимости от фаз дыхания и радиальную пульсацию, характерную для кист, сообщающихся с полостью перикарда (Е. Л. Кевеш).

Из других методов исследования некоторые авторы используют диагностический пневмоторакс (С. А. Колесников, В. М. Сергеев, Е. В. Рыжков, Н. В. Левашов), пункцию кисты с вдуванием в нее воздуха и последующей рентгенографией (А. Г. Баранова) или лабораторным исследованием полученной жидкости (Н. К. Щукарева, Kocialkowski).

Немалое диагностическое значение имеет томография (Л. С. Розенштраух, И. А. Шехтер, Beaulieu, Caron, Paradis). По мнению этих авторов и нашим наблюдениям (И. М. Поповьян и В. Н. Кошелев — 1962), томография дает возможность довольно точно определить структуру кисты, ее очертания и отношение к окружающим органам и тканям. При этом особенно отчетливо киста контурируется на боковых томограммах, располагаясь между передней грудной стенкой и куполом диафрагмы.

В последние годы в диагностике опухолей и кист средостения все большее внимание привлекает пневмомедиастинография (Е. В. Потемкина, Л. А. Левина; Л. С. Розенштраух и Л. А. Эндер; Е. М. Масюкова; В. И. Пипия, К. Б. Квиркелия). Нам представляется, что комбинация пневмомедиастинографии с томографией является еще более ценным методом исследования и значительно облегчает диагностику кист перикарда. Мы пользуемся для этого пневмомедиастинографией по Кондорелли-Казанскому. Введенный ретростернально газ распространяется преимущественно в переднем средостении, хорошо контрастируя сердечную тень перикардиальной прослойкой газа. При этом обычно отчетливо видны контуры целомической кисты и ее связь с перикардом.

К., 16 лет, поступил 13/III 1963 г. с диагнозом «эхинококк легкого, киста перикарда». Заболевание выявлено случайно при контрольном рентгенологическом исследовании. В левом сердечно-диафрагмальном синусе обнаружена слабой интенсивности тень, которая не отводится от тени сердца в боковых позициях. Заподозрена киста перикарда. Для уточнения диагноза произведена загрудинная пневмомедиастинография.

Непосредственно к тени сердца прилегает образование неправильно округлой формы, имеющее однородную структуру, 8×6 см. Введенный в средостение газ хорошо контурирует это образование, отчетливо видна прослойка газа между кистой и перикардом. На операции 26/III-63 г. (В. Н. Кошелев) обнаружена и удалена киста перикарда, не имевшая сообщения с его полостью. Послеоперационный период — без осложнений.

Дифференциальный диагноз при кистах перикарда представляет определенные трудности, на что справедливо указывают Ф. Г. Углов; А. П. Колесов, Ф. Х. Кутушев и М. Г. Чухловина; А. А. Поляничев; В. П. Демидов и другие. Дифференцировать кисты перикарда приходится, в первую очередь, с эхинококком легкого. Шесть наших больных были направлены в клинику с диагнозом эхинококка легкого. При этом у трех из них реакция Казони была положительной. В некоторых случаях бывает трудно, а подчас и невозможно дифференцировать кисту перикарда от опухолей, лимфангиом средостения, липомы перикарда, шаровидного рака легкого.

Примером может служить больная, у которой в возрасте 53 лет при рентгенологическом исследовании выявлено гомогенное затемнение округлой формы, расположенное в правом сердечно-диафрагмальном синусе. Диагноз кисты перикарда не вызывал сомнения. На операции (29/III-61 г.) удалена жировая опухоль перикарда.

Примером трудной дифференциальной диагностики опухолей легкого и кист средостения, а также подтверждением необходимости своевременной и активной хирургической тактики при этих заболеваниях является другое наше наблюдение.

К., 50 лет, поступила 25/II 1960 г. с диагнозом «киста перикарда». Больна два месяца, когда появились боли в правой половине грудной клетки с иррадиацией в плечо и лопатку, похудание. В сердечно-диафрагмальном углу обнаружено округлое затемнение с четкими контурами 6×4 см. Томограммы выявили связь его с перикардом и диафрагмой.

Диагноз: «целомическая киста перикарда». На операции 10/VIII 1960 г. (Т. А. Куныцина) обнаружена раковая опухоль медиального сегмента средней доли правого легкого. Опухоль имела шаровидную форму, была сращена с перикардом и диафрагмой. Доля мобилизована и удалена.

Тактика в лечении больных с кистами перикарда в настоящее время четко не определена. При кистах небольших размеров без выраженных клинических симптомов некоторые авторы предпочитают тактику динамического наблюдения. Однако большинство отечественных и зарубежных авторов: А. Н. Бакулев, А. А. Вишневский, Б. В. Петровский, Б. К. Осипов, Р. П. Аскерханов, Л. К. Ролик, Bonniot, Bagril, Nelson, Snefts, Bowers и многие другие являются сторонниками активной хирургической тактики, так как, несмотря на все использованные для диагностики методы исследования, нет полной уверенности в точности диагноза и имеется реальная опасность пропустить более тяжелые, чем киста перикарда заболевания.

Мы являемся сторонниками в неясных случаях диагностической торакотомии, которая в этих случаях дает возможность точно установить диагноз и радикально излечить больного. Из 11 наблюдаемых нами больных 7 оперированы в клинике. Все больные оперированы под комбинированным эндотрахеальным наркозом или под наркозом смесью закиси азота и кислорода в стадии анальгезии третьего плана или III₁ в условиях искусственной вентиляции легких.

Наиболее удобен для операции передне-боковой доступ в пятом межреберье. Методика операции проста и сводится к полному удалению кисты. Все оперированные больные хорошо перенесли операцию, а при контрольном обследовании их в сроки от одного года до восьми лет констатировано отсутствие дооперационных жалоб.

1. Аскерханов Р. П. Груд. хир. 1960, 3. — 2. Баранова А. Г. Диагностика интраторакальных опухолей. Медгиз, М., 1955. — 3. Вишневский А. А., Фирсова П. П., Дмитриева П. Е. Хирургия, 1961, 1. — 4. Горбунов Е. И. Груд. хир. 1963, 3. — 5. Демидов В. П. Там же, 1962, 3. — 6. Кевеш Е. Л. Вестн. рентг. и рад. 1952, 6. — 7. Колесов А. П., Кутушев Ф. Х. и Чухловина М. Г. Вест. хир. 1960, 8. — 8. Колесников С. А., Сергеев В. М., Рыжков Е. В. Там же. 1960, 12. — 9. Караванов А. Г., Волчек В. М., Завгородняя В. Г. Там же. 1962, 9. — 10. Левашов Н. В. Груд. хир. 1963, 4. — 11. Масюкова Е. М. Клин. мед. 1957, 11. — 12. Осипов Б. К. Хирургия. 1958, 3. — 13. Петровский Б. В. Хирургия средостения, Медгиз, М., 1962. — 14. Пипия В. И., Квирикадзе К. Б. Груд. хир. 1962, 1. — 15. Полянец А. А. Груд. хир. 1962, 3. — 16. Поповьян И. М., Кошелев В. Н. Вопр. рентгенодиаг. и луч. терапии. Саратов, 1962. — 17. Потемкина Е. В., Левина Л. А. Хирургия, 1958, 3. — 18. Розенштраух Л. С., Эндер Л. А. Клин. мед. 1957, 11. — 19. Розенштраух Л. А., Лебедева А. Г. и Кутукова Е. А. Нов. хир. арх. 1958, 5. — 20. Ролик Л. К. Хирургия, 1958, 3. — 21. Токманцев В. Д. Вопросы груд. хир. 1952, т. 4. — 22. Углов Ф. Г. Вест. хир. 1953, 3. — 23. Файнблат А. Г. Хирургия, 1955, 1. — 24. Шехтер И. А. Вестн. рентг. и рад. 1957, 5. — 25. Щукарева Н. К. Вест. хир. 1959, 9. — 26. Bonniot M. A., Barril S. J. med. Lyon. 1957, 897. — 27. Beaulieu M., Caron W., Paradis B. Canad. Journ. Surg. 1959, 2, 4. — 28. Davis W. C., German I. D., Johnson N. Arch. Surg. 1961, 82, 2. — 29. Kocialkowski K. Pol. Przegl. chir. 1961, 10. — 30. Lambert A. V. The Journ. Thorac. Surg. 1940, 10, 1. — 31. Lillie W. I., Donald J. R. and Clagett O. T. The Journ. Thorac. Surg. 1950, 20, 3. — 32. Nelson T. G., Shefts L. M., Bowers W. F. Dis. chest., 1957, 32, 2.

Поступила 7 февраля 1964 г.

УДК 616 — 089.883.15

ПРИМЕНЕНИЕ ВАКУУМ-ЭКСТРАКТОРА В АКУШЕРСКОЙ ПРАКТИКЕ

Е. С. Кушнирская

Кафедра акушерства и гинекологии (зав — проф. И. Ф. Панцевич) Калининского
медицинского института

Мы разработали истории родов 66 рожениц, у которых был применен вакуум-экстрактор под регионарной (ишио-ректальной) анестезией.

Первородящих было 46 и повторнородящих — 20

Несвоевременное отхождение вод было у 24 рожениц. К общему числу родов эта патология в нашей клинике составляет 5,7%.

Показаниями к наложению вакуум-экстрактора являлись следующие моменты: 1) слабость родовых сил (первичная и вторичная) — у 51; 2) угрожающая асфиксия плода — у 9; 3) сердечно-сосудистые заболевания — у 3; 4) туберкулез легких — у 2; 5) выпадение пуповины — у одной роженицы. У 3 рожениц слабость родовых сил сочеталась с нефропатией и у 21 — с угрожающей асфиксией плода.

Доношенных плодов было 64 и недоношенных — два (2000,0 и 2400,0).

Из 66 родившихся мальчиков было 40 и девочек — 26. Крупных плодов (4000,0 и выше) было 27 (мальчиков — 17; девочек — 10).

У 5 женщин колпачки вакуум-экстрактора срывались, и роды были закончены наложением полостных щипцов.

Наложение вакуум-экстрактора производилось у 22 рожениц при неполном открытии шейки матки (от 3 до 4½ поперечных пальцев) и у 44 — при полном открытии.

В момент наложения вакуум-экстрактора у 25 женщин головка стояла в первой плоскости малого таза (было 3 мертворождения и 2 детей умерли в первые дни после родов от кровоизлияния в мозг); у 14 головка стояла во второй плоскости (два мертворождения); у 19 головка находилась в третьей плоскости (1 ребенок умер в первые дни после родов от кровоизлияния в мозг); у 8 головка была на тазовом дне. Все дети остались живы.

Продолжительность нахождения вакуум-экстрактора колебалась от 5 до 40 мин. Продолжительность применения вакуум-экстрактора для постоянной тяги составила от одного часа до двух часов 15 мин.

На 66 родов родился живым 61 ребенок. У 34 отмечена асфиксия, в том числе у 3 — белая. Мертворожденных было 5, из них три крупных плода (4200,0; 4500,0; 4570,0). Трое новорожденных умерли в первые дни после родов.

У 2 мертворожденных вакуум-экстрактор сорвался, и были применены у одного кожно-головные щипцы и у другого — полостные акушерские щипцы.