

Диагноз: гипертоническая болезнь с медленно прогрессирующим течением (II стадия), сердечно-мозгового типа, атеросклероз венечных сосудов, атеросклеротический кардиосклероз с хронической коронарной недостаточностью, атеросклероз аорты.

Через три дня после назначения нитропентона по 0,01 три раза в день резко уменьшились, а затем и исчезли боли в области сердца. Улучшился сон. АД при выписке 130/80—140/90. В первые три дня из побочных явлений отмечались головная боль, сердцебиение. После 18-дневного лечения выписан из стационара в хорошем состоянии. Через три с половиной месяца после окончания курса лечения состояние больного хорошее, жалоб нет.

И. Б-ной Ш., 55 лет, поступил 2/IV 1960 г. с жалобами на приступообразные давящие и сжимающие загрудинные боли, иррадиирующие в левую лопатку. Боли возникают в покое, усиливаются при физической нагрузке, успокаиваются от приема нитроглицерина. Болен с 1958 г., когда впервые развился приступ стенокардии.

Пульс 72, ритмичный, удовлетворительного наполнения; АД — 120/80—130/80. Сердце расширено влево на полтора сантиметра; тоны сердца приглушены. В легких везикулярное дыхание. Живот безболезненный, печень не пальпируется. Кровь и моча в норме. RW —. При рентгеноскопии: увеличение левого желудочка влево, верхушка вытянута; пульсация средней амплитуды; аорта умеренно расширена и уплотнена. На ЭКГ ритм правильный, левый тип, вольтаж низкий, склеротические изменения в мышце сердца с нарушением коронарного кровообращения.

Диагноз: атеросклероз венечных сосудов, атеросклеротический кардиосклероз с хронической коронарной недостаточностью, атеросклероз аорты.

Через 9 дней с момента лечения нитропентонем по 0,01 три раза в день боли уменьшились, а в начале третьей недели совершенно исчезли. АД при выписке 120/70—110/60. В первые 3 дня из побочных явлений отмечал головную боль, обострение приступов загрудинных болей. Через 2,5 месяца после выписки больного лишь изредка беспокоят приступы загрудинных болей, которые легко купируются приемом нитроглицерина.

ЭКГ, снятые к концу лечения нитропентонем, мало чем отличаются от первоначальных, не удалось отметить также и закономерного изменения содержания холестерина, фибриногена, протромбина крови.

Действие нитропентона проявлялось на 3—9 день приема препарата и достигало максимума к концу второй недели. Длительность курса лечения у наших больных колебалась от 12 до 22 дней.

У 11 человек побочных явлений от приема нитропентона не было, у остальных 15 отмечены головные боли, появление общей слабости, сердцебиение. Это наблюдалось в первые 2—3 дня, а затем прекращалось.

Сравнительно незначительные побочные явления (при указанных выше дозировках) позволили применять нитропентон для лечения больных коронарной недостаточностью и в амбулаторных условиях в тех же дозировках, что и в стационаре.

Купирующего влияния на приступ стенокардии нитропентон не оказывает.

Поступила 30 июля 1960 г.

СЛУЧАЙ ОСТАНОВКИ СЕРДЦА ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ С ПОСЛЕДУЮЩЕЙ РЕЗЕКЦИЕЙ ЛЕГКОГО

М. Ю. Розенгартен

Казанский противотуберкулезный госпиталь для инвалидов Отечественной войны (нач.— Н. С. Валиев) и кафедра туберкулеза (зав.— доц. В. П. Винников)
Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

Среди осложнений при внутригрудных операциях одним из наиболее тяжелых является остановка сердца.

По данным Стефенсона, Райда и Хинтона, остановка сердца во время внутригрудных операций встречается нередко. Но они отмечают, что почти в 100% удается восстановить сердечную деятельность при быстро предпринятых мерах. Наиболее эффективными из них, по мнению ряда авторов, являются непосредственный массаж сердца и введение в его полость адреналина (Бакулев, Мешалкин, Рябова, Стефенсон, Бек, Хослер и др.). Неговский и Смирнская, Петров, Жоров и др. рекомендуют проводить комплексную терапию: массаж сердца, введение адреналина в желудочек или предсердие и внутриартериальное нагнетание крови. В восстановлении сердечной деятельности немаловажное значение придается дефибриляции, особенно при открытой грудной клетке (Бакулев, Мешалкин, Гурвич, Бейли и др.).

В литературе нам не удалось встретить ни одного случая резекции легкого, выполненной непосредственно после остановки сердца. Поэтому наше наблюдение имеет практическое значение.

Б-ной К., 20 лет, поступил в госпиталь 25/IV 1960 г.

Туберкулез легких обнаружен в апреле 1959 г. при контрольной рентгеноскопии. Был стационарирован, проводилось антибактериальное лечение (стрептомицин, фтивазид, ПАСК). В сентябре 1959 г. наложен пневмоперитонеум. С начала 1960 г. начали отмечаться интенсивные кровотечения.

Телосложение правильное. Грудная клетка цилиндрической формы. Правая ее половина отстает при дыхании. В межлопаточном пространстве отмечаются укорочение перкуторного звука, ослабленное дыхание, на фоне которого выслушивается скудное количество влажных хрипов. Границы сердца — в пределах нормы. Тоны приглушенные.

Рентгенологическое исследование (рентгенография, томография) показало крупную каверну в VI сегменте справа, а также очаги обсеменения в V и базальных сегментах.

Нв — 82 ед. (13,7 %), Э. — 4 030 000, Л. — 9100, п. — 6%, с. — 65%, л. — 25%, м. — 4%; РОЭ — 31 мм/час.

Свертываемость крови: начало — 4 мин, конец — 5 мин. Эритроциты крови больного резус-положительны.

Общее содержание белков в сыворотке крови 6,8%, А — 3,7%, Г — 3,1%, коэффициент — 1,2. Сахар крови — 89 мг%, хлориды — 450,4 мг%, остаточный азот — 25,9 мг%, ксантопротеины — 21 ед. Протромбиновое время — 25 сек, протромбин — 100%.

Анализ мочи и проба Зимницкого патологических изменений не выявили. Проба Бенгольда отрицательная.

В мокроте обнаружены туберкулезные бациллы. Исследование методом посева на лекарственную устойчивость показало, что выделенная культура БК чувствительна к стрептомицину (5 ед/мл) и устойчива к фтивазиду (5 г/мл).

Рост больного — 165 см, вес — 57,4 кг. ДЖЕ — 3250 см³, ФЖЕ — 3300 см³. Проба Штанге — 1 мин 7 сек, проба Собразес — 38 сек. АД — 115/80.

Функциональные пробы сердечно-легочной системы с нагрузкой показали значительную лабильность пульса (на 10 ед.) и дыхания — 22—18.

ЭКГ (Ю. М. Красновский): синусовый ритм — 75 (R-R = 0,80"), α QRS = 38° (полуперпендикулярное положение оси сердца). Слегка деформирован P₁₋₂₋₃. PQ₂ = 0,17", QRS₂ = 0,10", QRST₂ = 0,38" (N = 0,33").

Удлинена систола желудочков на 0,05", V₂₋₄₋₅ без особенностей.

Трахеобронхоскопия (Н. М. Валитова): трахея и видимые крупные бронхи без особенностей.

30/VI консультация доц. П. Л. Винникова: «Фиброзно-кавернозный туберкулез легких в фазе инфильтрации и обсеменения. Отмечаются прогрессирование процесса и повторные легочные кровотечения. Консервативное лечение в течение года эффекта не дало. По абсолютным показаниям рекомендуется операция резекции легкого. Откладывать операцию нецелесообразно ввиду опасности легочного кровотечения».

8/VII 1960 г. операция (М. Ю. Розенгартен): правосторонняя торакотомия, резекция легкого.

Под интубационным эфирно-кислородным наркозом с управляемым дыханием (Г. А. Веннерт) грудная полость вскрыта в 5 межреберье.

При ревизии обнаружено тотальное поражение нижней доли и V сегмента. Горизонтальная междолевая щель отсутствует (врожденный вариант). Полное сращение верхней и нижней долей. Широкое плоскостное сращение легкого с диафрагмой и париетальной плеврой по задне-латеральной поверхности. Проведена внутригрудная анестезия. По окончании обезболивания произошла остановка сердца. Немедленно начат прямой трансторакальный массаж сердца с периодичностью в 30—40 сжатий в минуту. Подача эфира прекращена, легкие раздуты кислородом. Одновременно в правый желудочек введен 1 мл 0,1% раствора адреналина. Через две минуты появились беспорядочные сокращения сердца. АД — 50/20. Массаж был продолжен до тех пор, пока АД не достигло 120/70. В течение 5 мин оно оставалось стабильным, в связи с чем решено продолжить операцию.

После разделения междолевой щели выделенные стволовая артерия, бронх нижней доли, а также ниже-долевая вена пришиты с помощью УКЛ-60. Произведена изолированная обработка элементов корня V сегмента. Нижняя доля и V сегмент удалены. Раневая поверхность II сегмента частично ушита атравматическими иглами. В плевральную полость введены антибиотики и отсасывающие дренажи. Легкое раздуто, грудная стенка послойно зашита наглухо. Во время операции производилось внутривенное капельное переливание 400 мл (OI) крови. Операция продолжалась 1 час 50 мин.

Исследование удаленного препарата: в VI сегменте толстостенная крупная каверна, частично заполненная густым гноем и казеозными массами. Кзади стенка каверны истончена. В V и базальных сегментах сплошная масса продуктивных и казеозных очагов.

Микроскопия (доц. Н. А. Ибрагимова): миллиарные и более крупные сливные продуктивные очаги туберкулеза разной давности; лобулярные эксудативные фокусы. Перифокальная десквамативная пневмония. Заключение: туберкулез легкого в фазе обострения.

Гладкий послеоперационный период. Верхняя доля и IV сегмент полностью расправились. Выписан 24/VIII 1960 г. в хорошем состоянии.

ЭКГ (Ю. М. Красновский): синусовый ритм 67 ($R - R = 0,90''$). Левограмма. Зазубрен P_{1-2} , расщеплен S_3 $PQ_2 = 0,18''$, $QRS_2 = 0,11''$. $QRST_2 = 0,40''$ ($N = 0,34''$). V : QRS типа RSr' , T (—). $V_2 - 6$ — без особенностей.

Замедление внутрижелудочковой проводимости. Удлинена систола желудочков (на $0,06''$). Изменения в миокарде.

Можно предположить, что остановка сердца у нашего больного произошла в связи с гипоксией сердечной мышцы, обусловленной передозировкой эфира.

По Жорову, массаж сердца, примененный в первые 4 минуты после его остановки, дает эффект в 94% случаев, а после 4 минут — лишь в 6%, так как в веществе мозга возникают необратимые изменения.

Таким образом, быстро предпринятый прямой трансторакальный массаж сердца, введение адреналина в желудочек или предсердие, а в ряде случаев — внутриартериальное нагнетание крови могут обеспечить хороший клинический результат при описанном выше чрезвычайно опасном осложнении.

Мы считаем, что после остановки сердца дальнейшее проведение операции может быть выполнено лишь при полном восстановлении и стабилизации сердечной деятельности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бакулев А. Н. и Мешалкин Е. Н. Врожденные пороки сердца. М., 1955.
2. Гурвич Н. Л. Фибрилляция и дефибриляция сердца. М., 1957.
3. Жоров И. С. Общее обезболивание в хирургии. М., 1959.
4. Неговский В. А., Смирнская Е. М., Бакулев А. Н. Хирургия, 1952.
5. Неговский В. А. Вестн. АМН СССР, 1957, 6.
6. Петров И. Р. Вестн. хир., 1956, 6.
7. Рябова Н. М. Вестн. хир. 1960, 5.
8. Bailey, Cookson, Downing, Neptune. Вopr. патологии сердечно-сосудистой системы, 1955, 2. (Реф. Journ. thor. surg., 1954, 27).
9. Beck H. Zbl. Gynäk., 1955, 77.
10. Stefenson H. E., Reid C. a. Hinton J. W. New York Ann. Surg., 1953, 137, 5.

Поступила 7 сентября 1960 г.

РЕДКИЙ СЛУЧАЙ ОГНЕСТРЕЛЬНОГО СОЧЕТАННОГО РАНЕНИЯ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ БЕЗ ПРИЗНАКОВ ВНУТРЕННЕГО КРОВОТЕЧЕНИЯ

З. З. Шакиров

(г. Грозный)

Свободная кровь в брюшной полости обнаруживается в подавляющем большинстве случаев проникающих ранений живота с повреждением внутренних органов. Нам пришлось наблюдать раненого с внутренним кровотечением, у которого до операции мы не отмечали признаков кровотечения.

Б-ной Ш., 22 лет, поступил 12/VIII-59 г. с жалобами на сильную боль в животе, тошноту. За полчаса до поступления получил ранение из дробового ружья в поясничную область. После ранения, пробежав метров сто, почувствовал сильную боль в животе, общую слабость. Доставлен на носилках с наложенной на рану асептической повязкой.

Кожа и видимые слизистые нормальной окраски. Пульс — 66, ритмичный, хорошего наполнения; АД — 125/75. Дыхание — 20, поверхностное. В легких притуплений нет. Живот правильной формы, в акте дыхания не участвует, рефлексы отсутствуют. Определяется доскообразное напряжение брюшной стенки; резко положителен симптом Щеткина-Блюмберга в верхней части живота. Тимпанит по всему животу; печеночная тупость сохранена; уровень свободной жидкости в животе не определяется. Выслушиваются обычные силы перистальтические шумы. В поясничной области слева по лопаточной линии на уровне 3-го поясничного позвонка имеется овальная рана $1 \times 0,5$ см с незначительным кровотечением; выделения мочи из раны не отмечается. Диагноз: огнестрельное проникающее ранение живота с повреждением полых органов (желудок?).

Через два с половиной часа после ранения взят на операционный стол. Пульс — 68, ритмичный, хорошего наполнения, АД — 115/55. Губы розовые. Язык суховат. Живот напряжен. Небольшой равномерный тимпанит по всему животу. Уровень сво-