

Для более правильной оценки наблюдений результаты лечения учитывались раздельно при разных формах стенокардии (по классификации М. С. Вовси). Наши больные по результатам лечения распределяются следующим образом:

Форма грудной жабы	Результаты лечения			
	хороший	удовлетворительный	без эффекта	итого
Стенокардия (напряжения и покоя) на почве венечного атеросклероза . . . . .	25	13	3	41
Стенокардия рефлекторного происхождения . . . . .	2	1	—	3
Психогенного происхождения . . . . .	—	3	3	6
Вегетативно-дискинетического (климактерического) происхождения . . . . .	—	2	4	6
Всего . . . . .	27	19	10	56

Положительный результат наблюдается чаще у тех больных, у которых острая коронарная недостаточность связана с органическими изменениями венечных артерий, причем эффект зависит от степени поражения артерий. Хороший результат наблюдался у больных и в ишемической стадии атеросклероза.

Больные, страдающие грудной жабой, вызванной коронаросклерозом третьей стадии, с недостаточностью кровообращения, тяжело переносят загрудинную анестезию. Этот метод лечения у них не эффективен и не показан.

Лечение оказалось успешным и у больных со стенокардией рефлекторного генеза: из 3 больных у двух припадки стенокардии полностью прекратились, а у одного наступило улучшение — резкое уменьшение силы и частоты приступов. Следует отметить, что лучший и более стойкий эффект достигается комбинацией загрудинной и паранефральной блокад.

Загрудинная новокановая блокада оказалась несравненно менее эффективной при грудной жабе ангионевротического генеза, возникшей в результате психотравмы и длительного нервного перенапряжения, а также вегетативно-дискинетического (климактерического) происхождения.

Результаты лечения прослежены у 33 больных. Приступы возобновились через 11—15 дней у 5, через 1—2 месяца — у 8. Отсутствие приступов и хорошее самочувствие установлены через 3—6 месяцев у 12, через 8—12 месяцев — у 4, свыше 1 года — у 4. Повторное лечение, проведенное 7 больным, выписавшимся в хорошем состоянии, вновь оказалось успешным.

#### М. Г. Мамиш (Казань). О динамике глутатиона в венозной крови при гипертонической болезни

Определялось содержание в венозной крови общего глутатиона, восстановленного и окисленного, у 87 (мужчин — 27, женщин — 60) больных гипертонической болезнью (I ст. — 26, II — 28 и III — 33). Больные были в возрасте от 19 до 70 лет.

Общий глутатон определялся по Габбе и восстановленный — по Бланшетьер и Бине.

Исследования проводились по поступлении в клинику, повторно через 10—12 дней и затем перед выпиской. Однократно исследовано 2 больных, дважды — 61 и 4 раза — 24.

У больных I ст гипертонической болезни отмечались снижение общего глутатиона, умеренное уменьшение восстановленного и умеренное повышение окисленного.

При II ст. также снижено содержание общего глутатиона, выражено уменьшение восстановленного и повышение окисленного.

При III ст. наблюдалось резкое уменьшение общего и восстановленного глутатиона и повышение окисленного.

При улучшении общего состояния больного и снижении АД в результате лечения выявляется тенденция к понижению содержания окисленного глутатиона и повышению восстановленного.

Доц. М. Б. Рафалович и канд. мед. наук С. П. Мельничук (Ставрополь на Кавказе и Пятигорск). Состояние функции внешнего дыхания при гипотонической болезни

При гипотонической болезни ведущими являются жалобы на головные боли, головокружения, повышенную физическую и психическую утомляемость, повышенную

раздражительность и быструю эмоциональную истощаемость, одышку даже при небольших физических напряжениях.

Было исследовано внешнее дыхание у 25 больных гипотонической болезнью (6 мужчин и 19 женщин). АД у 12 больных было 100/70—95/65 и у 13—90/70—85/60. Определение жизненной емкости легких, минутного объема вентиляции, потребления и коэффициента использования кислорода производилось при помощи спирометрической установки Книппинга—Артынова. Скорость форсированного выдоха определялась пневмотахометром Б. Е. Вотчала, предел легочной вентиляции—при помощи газовых часов по А. Г. Дембо. Определение показателей производилось натощак, в утренние часы, после 30—40-минутного отдыха. Все показатели выражались в процентах к должным для каждого больного величинам. Должная жизненная емкость легких рассчитывалась по формуле А. Антони с поправкой В. В. Медведева. Должные величины минутной легочной вентиляции, потребления кислорода и максимальной вентиляции рассчитывались по А. Г. Дембо. За должный коэффициент использования кислорода принималось 40,0.

Проведенные исследования показали следующее:

Жизненная емкость легких, максимум легочной вентиляции и объемная скорость форсированного выдоха у больных гипотонической болезнью не отклонены от должных физиологических величин, отклонение выявлено лишь со стороны минутного объема легочной вентиляции и коэффициента использования кислорода в легких.

Отклонения в состоянии некоторых показателей функции внешнего дыхания более выражены у больных гипотонической болезнью с большей степенью снижения АД, то есть зависят от степени нарушения регуляции сосудистого тонуса.

### **Б. В. Крапивин и А. Т. Староверов (Саратов). Из практики операций при ранениях сердца**

В факультетской хирургической клинике Саратовского медицинского института с ноября 1957 г. по август 1959 г. находилось на лечении 3 больных с ранениями сердца и одна больная—с ранением внутриперикардального отдела нижней полой вены.

I. Р., 21 года, доставлен 19/II-59 г. на втором часу с момента ранения. Сознание сохранено. Жалуеться на общую слабость, боли в области сердца. Возбужден. Выраженный цианоз верхней половины туловища, напряжение шейных вен. Во втором межреберье слева у края грудины резаная рана  $1 \times 0,5$  см. Кровотечения из раны нет. Границы сердца несколько расширены. Пульс—120, аритмичен. АД—70/20. Тоны сердца приглушены. При рентгенологическом исследовании обнаружено умеренное расширение тени сердца и ослабление пульсации.

Оперирован через 30 минут с момента поступления (Б. В. Крапивин) под интратрахеальным эфирно-кислородным наркозом с релаксантами.

В плевральной полости большое количество крови. Перикард напряжен, на передней его поверхности рана  $1 \times 0,5$  см. По вскрытии перикарда найдена резаная рана левого предсердия диаметром 0,5 см, из которой во время систолы выделяется кровь. Рана ушита узловыми шелковыми швами. АД к концу операции—110/70.

В послеоперационном периоде на ЭКГ изменения, характерные для инфаркта левого предсердия и рефлекторной ишемии задней и передней стенок левого желудочка.

В послеоперационном периоде перикардит.

Выписан в хорошем состоянии.

II. Ш., 45 лет, доставлен 11/VI-59 г. на первом часу с момента ранения в крайне тяжелом состоянии. Возбужден. Жалуеться на болезненность в области сердца, удушье. Цианоз верхней половины туловища, напряжение шейных вен. Часто судорожная зевота. Справа в подмышечной области входное пулевое отверстие диаметром 0,5 см с пояском осаднения. Кровотечения из раны нет. Пульс—нитевидный, до 120, временами не определяется. АД—60/20. Перкуторно расширения границ сердца не отмечено. При рентгенографии инородное тело в области тени сердца.

Оперирован через 40 минут после поступления (Б. В. Крапивин) под интратрахеальным эфирно-кислородным наркозом с мышечными релаксантами. Плевральная полость содержит до 500 мл крови. Перикард напряжен. На передне-боковой его поверхности входное пулевое отверстие, прикрытое сгустком крови. По рассечении перикарда в его полости обнаружено до 200 мл жидкой крови и сгустков. Обнаружена рана правого предсердия диаметром 0,5 см. Кровотечения из раны нет. Рана ушита тремя шелковыми швами. В полости перикарда свободно лежащая пуля от малокалиберной винтовки. Разрез перикарда продлен кверху, и сердце вывихнуто в рану. Выходное пулевое отверстие в области верхушки сердца по задней его поверхности. Произведено ушивание раны 5 шелковыми швами с подведением кусочка перикардального жира.

В послеоперационном периоде на ЭКГ поражение инфарктоподобного характера задне-боковой поверхности левого желудочка и ишемия перегородки.

Послеоперационный период осложнился перикардитом.

Выписан в удовлетворительном состоянии.