

2. Отсутствие быстро прогрессирующей правожелудочковой недостаточности, которая, по литературным данным, является доминирующим признаком опухоли правого предсердия.

3. Максимум шумов слева, что заставило ошибочно предположить патологию левого сердца.

4. Шум трения перикарда, встречающийся в 20% случаев опухоли правого предсердия, — звук различной продолжительности, не зависящий от фаз работы сердца, напоминающий звук при сильном трении сухих пальцев или воздушных шаров друг о друга.

5. Отсутствие или кратковременность так называемых паранеопластических симптомов (зарегистрированы только редкая непродолжительная температура субфебрильного характера и кратковременный эритроцитоз и гипергемоглобинемия в период частых приступов).

Данным сообщением мы хотим напомнить практическим врачам о сложной и яркой клинике первичной опухоли сердца (миксомы — 50%, рабдомиомы, фибромы, саркомы). Раннее выявление этого редкого заболевания, подтвержденного эхо- и кинетокардиографически, могло бы явиться основанием для своевременного направления больного к кардиохирургам.

УДК 616.27—002.3—089.8—036.83

П. Д. Фирсов, Е. В. Петушков (Казань). Гнойный медиастинит с благополучным исходом

Ошибки при диагностике и удалении инородных тел пищевода нередко приводят к тяжелым, опасным для жизни больного осложнениям. При непроникающих травмах пищевода, осложнившихся абсцессом (флегмоной) окологлоточной клетчатки, и при проникающих повреждениях шейного и грудного до уровня Th V отдела пищевода независимо от возраста и состояния больного необходимо производить чресшейную медиастинотомию с активным дренированием.

Приводим наше наблюдение. М., 40 лет, поступил в ЛОР-отделение РКБ 5/V 1982 г. из ЛОР-отделения ЦРБ с жалобами на боли в горле при глотании, слабость, повышение температуры. 19/IV 1982 г. ел рыбу и подавился косточкой, появились боли при глотании. К врачу не обращался. 23/IV температура повысилась до 37,5°. С 23/IV до 4/V находился на амбулаторном лечении у оториноларинголога и терапевта по поводу катаральной ангины. Температура за последнюю неделю достигла 38—39°; больной ощущал препятствие при глотании пищи на уровне яремной ямки.

4/V произведена рентгеноскопия пищевода с контрастной массой: пищевод с ровными контурами; ватка, смоченная бариевой взвесью, задержалась на уровне D1—D11. После этого больной был госпитализирован в ЛОР-отделение ЦРБ, где была выполнена эзофагоскопия. На уровне 20 см от верхних резцов отмечалась выраженная инфильтрация стенок пищевода, в просвете пищевода — скопление зловонного гноя в большом количестве. После отсасывания гноя на этом уровне на передней стенке обнаружена скальпированная слизистая оболочка на участке 1×1 см. Инородное тело не выявлено. 5/V больной был переведен в ЛОР-отделение РКБ.

Объективно: состояние при поступлении средней тяжести, температура 38,2°. Со стороны ЛОР-органов патологических изменений нет. На передней поверхности шеи в области яремной вырезки при пальпации определяется умеренная болезненность. Внутренние органы без патологии. Анализ крови от 5 мая: Hb — 2,54 ммоль/л, л. — $7,6 \cdot 10^9$ в 1 л, б. — 2%, п. — 1%, с. — 63%, лимф. — 25%, мон. — 9%. СОЭ — 55 мм/ч. Анализ мочи от 5 мая: прозрачная, относительная плотность — 1,022. Обнаружены следы белка. Лейкоциты — 2—3 в поле зрения. Эритроциты — 1—2 в поле зрения.

Произведена рентгеноскопия грудной клетки и пищевода: органы грудной клетки в пределах нормы. Пищевод проходим для контрастной массы. Отмечается задержка контрастной массы, начиная с области I физиологического сужения больше впереди на протяжении 6—7 см. Наблюдается затекание контрастной массы в средостение, затекания средостения не установлено. Под местной анестезией трубкой № 1 выполнена эзофагоскопия. На глубине 25 см от резцов в просвете пищевода обнаружен гной с запахом. После отсасывания гноя выявлены выпячивание передней стенки пищевода и скальпированная слизистая на ней. Ниже выпячивания стенки пройти не удалось.

После обследования в день поступления в ЛОР-отделение РКБ под общим интубационным наркозом произведена срочная шейная медиастинотомия слева. За начальным отделом пищевода вскрыта гнойная полость, которая распространялась ниже ключицы на 10 см, выделилось больше 50 см³ густого зловонного гноя. Полость средостения дренирована резиновой трубкой и марлевым тампоном с гипертоническим раствором. Рана на шее оставлена открытой. В полость желудка через носовую полость введен тонкий зонд. 7/V на консультации торакального хирурга отмечено, что послеоперационный период протекает без осложнений. Медиастинальное пространство хорошо дренируется, практически гнойного отделяемого в ране нет.

В послеоперационном периоде была назначена интенсивная терапия и ежедневные перевязки раны. Состояние больного стало улучшаться. 9/V из полости средостения удалена дренажная трубка. 12/V состояние удовлетворительное, температура нормализовалась. Свободного гноя в ране нет. Больному дан раствор метиленовой сини

внутрь, при глотании в полости раны он не появился. В этот же день произведена рентгеноскопия пищевода: пищевод свободно проходим для жидкой контрастной массы, стенки его контрастируются на всем протяжении, зацевок не определяется. Анализ крови от 12/V: Нб — 1,39 ммоль/л, л. — $4,0 \cdot 10^9$ в 1 л, п. — 4%, с. — 53%, лимф. — 41%, мон. — 2%. СОЭ — 43 мм/ч. Моча в норме.

Тонкий зонд удален из желудка. Больной стал питаться самостоятельно. Рана на шее очистилась, стала покрываться грануляциями и уменьшаться в размерах. 17/V на рану были наложены вторичные швы.

Выписан домой 25/V 1982 г. в удовлетворительном состоянии через 20 дней.

Проведено лечение: цефамизин по 1,5 г $\times$ 4 раза внутримышечно в течение 10 дней; стрептоцид 0,8% — 200,0 внутривенно сроком в 10 дней; антисептическая жидкость — 200,0 внутривенно на протяжении 10 дней; плазма нативная — 225,0 внутривенно 1 раз. В продолжение первых 7 дней проводили массивную дезинтоксикационную терапию: вводили по 2,5 л жидкости внутривенно в сутки, питание осуществляли через зонд.

Клинический диагноз: травма пищевода инородным телом, перизофагит, абсцдирующий гнойный верхнезадний медиастинит. Особенность данного клинического случая заключается в поздней диагностике травмы пищевода инородным телом: больному в течение 15 дней было проведено лечение по ошибочному диагнозу «катаральная ангина». Несмотря на это срочное хирургическое вмешательство привело к благополучному исходу.

УДК 616.379—008.64—02:612.117—08:615.212.4

Г. А. Голубятникова, Т. В. Королева (Москва). Коррекция ацетилсалициловой кислотой реологических свойств крови у больных сахарным диабетом

Под наблюдением находилось 105 больных сахарным диабетом (женщин — 62, мужчин — 43, возраст — 17—72 года). Были изучены реологические свойства их крови: вязкость цельной крови и ее плазмы, гематокрит, белковый спектр и липиды сыворотки крови.

Легкое течение заболевания диагностировано у 9 больных, среднетяжелое и тяжелое — соответственно у 49 и 47. 50 больных поступили в стадии декомпенсации обменных процессов. Клинические признаки диабетической ангиопатии констатированы у 84 больных. Длительность заболевания сахарным диабетом составляла от нескольких месяцев до 28 лет. 20 практически здоровых лиц составили контрольную группу. Вязкость крови была повышенной у 96% больных и составила $53,4 \pm 4,0$ сП против $17,4 \pm 0,3$ сП ($P < 0,001$) у здоровых людей при напряжении сдвига 2,6 кПа и $11,1 \pm 1,7$ сП против $3,8 \pm 0,1$ сП ($P < 0,001$) при напряжении сдвига 95 кПа. Наибольшая вязкость крови была у больных с тяжелой формой сахарного диабета: $64,4 \pm 6,0$ сП при напряжении сдвига 2,6 кПа и 13,6 сП при напряжении сдвига 95 кПа.

В группе больных с клинически выраженными ангиопатиями в стадии декомпенсации обменных процессов при напряжении сдвига 2,6 кПа вязкость крови составила $65,3 \pm 2,6$ сП, а при напряжении сдвига 95 кПа — $13,7 \pm 2,7$ сП. Таким образом, анализ исследований выявил существование зависимости показателей вязкости крови от клинических проявлений сахарного диабета, причем при низких напряжениях сдвига значения вязкости крови изменились в большей степени, чем при высоких. В ряде случаев отмечалось повышение вязкости лишь при малых напряжениях сдвига, что свидетельствовало о нарушении кровообращения в сосудах микроциркуляторного русла. Обнаружено также повышение вязкости плазмы у больных сахарным диабетом (1,9 сП) по сравнению со здоровыми (1,7 сП, $P < 0,001$). Выявлено также увеличение гематокрита у больных диабетом по сравнению со здоровыми ($P < 0,001$). Обнаружена корреляция изменений вязкости с концентрацией холестерина и β -липопротеидов, которые наиболее высокими оказались у больных с тяжелым течением сахарного диабета (β -липопротеиды — $7,8 \pm 0,4$ г/л, холестерин — $7,40 \pm 0,26$ ммоль/л).

В комплекс лечения 26 больных сахарным диабетом тяжелой и среднетяжелой формами заболевания с проявлениями ангиопатий была включена ацетилсалициловая кислота от 0,5 до 2,0 в сутки.

Контрольную группу составили 20 больных, получавших адекватную антидиабетическую терапию.

Вязкость крови уменьшалась при напряжении сдвига 2,6 кПа с $50,1 \pm 6,3$ сП до $40,5 \pm 4,2$ сП ($P < 0,001$) и при напряжении сдвига 95 кПа с $12,8 \pm 1,7$ сП до $8,5 \pm 2,9$ сП ($P < 0,001$). Существенного влияния на гематокрит лечение ацетилсалициловой кислотой не оказывало, не менялись практически белковый состав и липиды сыворотки крови.

УДК 616.833.191—089.85—02:616.33+616.34—009.1

З. М. Сигал, А. С. Макаров (Ижевск). Интрамуральная гемодинамика и моторная активность желудка и двенадцатиперстной кишки после ваготомии

Сравнительная оценка различных видов ваготомии, диагностика и профилактика таких осложнений, как ишемические некрозы, повреждения нерва Латарже, должны включать оценку гемодинамических и моторных показателей органов желудочно-ки-