

Велоэргометрию проводили у 22 мужчин от 45 до 60 лет, страдающих стенокардией напряжения 3-го класса. Переносимость физической нагрузки определяли до лечения и после 3-недельного курса терапии мебикаром в дозе 0,6 г 3 раза в сутки. Толерантность больных к дозированной физической нагрузке под влиянием лечения возросла. Мощност

переносимой нагрузки увеличилась на 38%, объем выполненной работы — на 42%.

Количественная оценка эффективности мебикара у больных 1-й группы с латентной стенокардией не представляется возможной. Данные по антиангинальной активности мебикара при ХИБС (стенокардия 2, 3, 4-го классов) представлены в таблице.

Исследование двойным слепым методом показало, что в группе

Классы стенокардии	Положительный эффект				Отсутствие эффекта	
	хороший		удовлетворительный		число больных	%
	число больных	%	число больных	%		
2-й . .	8	57,0	3	21,5	3	21,5
3-й . .	12	46,0	8	31,0	6	23,0
4-й . .	7	27,0	8	31,0	11	42,0
Итого . .	27	41,0	19	29,0	20	30,0

из 20 больных со стенокардией 2-го класса мебикар оказался эффективным у 13, placebo — у 5.

Итак, выявлено, что мебикар обладает антиангинальными свойствами и может применяться в терапии ХИБС. Вероятно, в реализации антиангинального действия имеют значение центральные транквилизирующие эффекты препарата, а также его непосредственное влияние на сердечно-сосудистую систему. На основании клинического изучения предлагается ряд рекомендаций по применению мебикара при ХИБС.

1. Мибикар как самостоятельное антиангинальное средство назначают при более легкой стенокардии 1 и 2-го функционального класса. При тяжелой стенокардии мебикар нельзя расценивать как препарат выбора, его используют в сочетании с нитратами, β-адреноблокаторами, хотя у некоторых больных и изолированное применение мебикара дает хороший терапевтический эффект.

2. Преимущества мебикара проявляются в его малой токсичности и незначительной частоте побочных явлений (аллергические реакции, головные боли у 5 из 84 больных). По сравнению с бензодиазепиновыми транквилизаторами мебикар не вызывает слабости, вялости, миорелаксации.

3. Мибикар не изменяет нормальные показатели АД и пульса, его с успехом можно применять при гипокINETическом варианте гемодинамики с брадикардией и гипотонией. Препарат переносится лучше, чем нитраты и β-адреноблокаторы, может использоваться при бронхоспазме, недостаточности кровообращения, замедлении атриовентрикулярной проводимости.

4. Мибикар применяют в начальной дозировке 0,3—0,6 г 3 раза в сутки. Затем дозу можно повышать до 0,9 г 3—4 раза в сутки. При отсутствии эффекта на 5—7-е дни лечения препарат отменяют. Курсы лечения составляют 2—3 недели и более.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гасилин В. С., Сидоренко Б. А. Стенокардия. М., Медицина, 1981.—
2. Горлин Р. Болезни коронарных артерий. М., Медицина, 1980.—3. Зимакова И. Е., Камбург Р. А., Киршин С. В. Фармакол. и токсикол., 1980, 4.—
4. Камбург Р. А., Зимакова И. Е. Там же, 1982, 4.—5. Халфен Э. Ш. Ишемическая болезнь сердца. М., Медицина, 1972.

Поступила 24 ноября 1983 г.

УДК 616.134.5—053.31—091.1/7—089

ХИРУРГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ ВНУТРЕННИХ ГРУДНЫХ СОСУДОВ И ИХ ВЕТВЕЙ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Л. И. Никошин, Р. Г. Мингазов

Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии (зав.—проф. Л. И. Никошин) и кафедра рентгенологии (зав.—проф. М. К. Михайлов) Казанского института усовершенствования врачей имени В. И. Ленина

Хирургическая анатомия внутренней грудной артерии у новорожденных недостаточно изучена. Этот сосуд может представлять интерес для врачей разных специальностей — травматологов, хирургов, невропатологов, рентгенологов, в частности, как

место введения катетера для полуселективной ангиографии подключичной артерии и ее ветвей, например позвоночной артерии. Последняя приобретает все большее значение для распознавания различной патологии, связанной с родовой травмой шейного отдела позвоночника и его содержимого у новорожденных.

Известные способы введения рентгеноконтрастного вещества непосредственно в позвоночную артерию у новорожденных связаны с определенными трудностями и риском, поэтому редко применяются. Менее опасным местом введения катетера в таких случаях является внутренняя грудная артерия.

Нами изучена топографическая анатомия внутренней грудной артерии у 88 трупов новорожденных обоего пола, разной массы тела, умерших от различных причин и главным образом в результате родовой травмы. Сосуды исследовали посредством наполнения их красящим веществом и послойного препарирования с последующей ангиографией (с использованием взвеси в глицерине свинцового сурика в качестве рентгеноконтрастного вещества), а также на серийных распилах замороженных трупов.

У всех 88 трупов, как и у взрослых людей, внутренние грудные сосуды располагались в грудной полости между внутреннегрудной фасцией с одной стороны и внутренними поверхностями реберных хрящей и внутренних межреберных мышц — с другой, на различном расстоянии от грудины. Отходили они от начального, первого, лестнично-трахеального отдела подключичной артерии, где, кроме позвоночной артерии, берут начало: 1) восходящая шейная артерия (ветвь щито-шейного ствола); 2) глубокая шейная артерия (ветвь реберно-шейного ствола); 3) ветви затылочной артерии; 4) ветви нижней щитовидной артерии. От своего начала внутренняя грудная артерия направляется вниз, внутрь, прилегая к плевре, а с уровня хряща I ребра следует вертикально вниз, параллельно наружному краю грудины, располагаясь от него на разном расстоянии в зависимости от уровня (табл. 1).

Как видно из табл. 1, эти расстояния колебались от 0 до 14 мм. При этом у большинства трупов левая внутренняя грудная артерия находилась от грудины дальше, чем правая.

Ширина межреберных промежутков по окологрудинной линии оказалась также неодинаковой. Так, у первого межреберья она составляла от 4 до 12 мм, в 6—16, третьего — 5—14, четвертого — 3—10, пятого — 2—7 и шестого — 6 мм, то есть наиболее широкими были второе, третье, первое и четвертое межреберья, а наиболее узкими — пятое и шестое.

Расстояние между внутренней грудной артерией и грудиной зависело от

Таблица 1

Расстояния (мм) между внутренней грудной артерией и краем грудины

Межреберья	Слева		Справа	
	расстояние	количество трупов	расстояние	количество трупов
Первое	0—2	21	0—1	22
	3—4	58	2—3	53
	5—6	9	4—5	13
Второе	1—2	9	1—2	14
	4—5	59	3—4	58
	6—7	20	5—6	16
Третье	1—2	4	0—1	12
	5—6	73	4—5	68
	7—8	11	6—7	8
Четвертое	1—3	3	2—3	12
	6—7	75	5—6	67
	9—10	10	7—9	9
Пятое	2—4	7	1—3	10
	7—9	61	8—9	67
	10—13	20	10—12	11
Шестое	2—5	7	1—4	13
	8—10	67	7—10	63
	11—14	14	11—13	12

Таблица 2

Диаметр (мм) внутренней грудной артерии

Межреберья	Диаметр	Стороны измерения и количество наблюдений	
		слева	справа
Первое	1,1—1,5	14	5
	1,7—2,4	67	70
	2,7—3,1	7	13
Второе	1,1—1,5	11	7
	1,7—2,4	69	72
	2,7—3,0	8	9
Третье	1,0—1,5	15	10
	1,7—2,4	68	70
	2,7—3,0	5	8
Четвертое	1,0—1,5	17	14
	1,7—2,4	68	66
	2,6—3,0	3	8
Пятое	1,0—1,3	29	22
	1,5—2,1	55	56
	2,2—2,5	4	10
Шестое	1,0—1,2	34	26
	1,4—1,9	48	53
	2,1—2,3	6	9

грудной клетки, которая, кроме того, определяла и направление этих сосудов. Так, при широкой грудной клетке внутренние грудные сосуды располагались к краю грудины ближе, чем при узкой и переходных формах грудной клетки; в пятом-шестом межреберьях — дальше от краев грудины. Поэтому для узкой формы грудной клетки характерно сходящееся направление сосудов, а при широкой — расходящееся. Независимо от формы грудной клетки расположение сосудов относительно грудины было примерно одинаковым в третьем межреберном промежутке.

Различным был и диаметр артерии, причем не только у отдельных трупов, но и на всем протяжении ее хода и в зависимости от стороны наблюдения (табл. 2).

Как следует из табл. 2, у большинства трупов диаметр правой внутренней грудной артерии оказался больше, чем у левой. Как известно, в каждой внутренней грудной артерии выделяют три отдела: начальный, грудинный и конечный. Начальный отдел отходит от нижней полуокружности внутренней части позвоночной артерии и находится позади I ребра на 3—6 мм глубже грудины. Длина его у новорожденных составляет 1—2 см, диаметр — 1,2—3,1 мм. Грудинный отдел артерии тянется от I ребра до места деления ее на конечные ветви. Диаметр этого отдела равняется 1,0—3,1 мм, причем, несмотря на отхождение значительного количества ветвей, он меняется мало. Конечный отдел артерии делится на ветви чаще на уровне VI ребра.

Перикардиально-диафрагмальная артерия обычно отходит от внутренней грудной артерии высоко — на уровне хряща I ребра или выше. Диаметр артерий колебался от 0,4 до 0,5 мм (у 53 трупов слева и у 61 — справа) и от 0,9 до 1,1 мм (на 7 трупах слева).

По характеру ветвления наблюдались 2 крайние формы изменчивости артерии: магистральная и рассыпная. Магистральная форма отмечена у 30 трупов слева и у 43 — справа. Она характеризовалась постепенным, более или менее равномерным отхождением ветвей к перикарду. Рассыпная форма обнаружена у 48 трупов слева и у 28 — справа. Ее отличало высокое, на уровне хряща I ребра, деление на 2 ветви — к перикарду и к диафрагмальному нерву.

Медиастинальные артерии в количестве от одной (у 36 трупов слева и 28 — справа) до трех (у 11 трупов слева и 13 — справа) обычно располагались соответственно уровню второго межреберья. Диаметр указанных ветвей варьировал от 0,3 (у 52 трупов слева и 61 — справа) до 1,3 мм (у 18 трупов справа).

Сумма диаметров медиастинальных ветвей на одной стороне трупа всегда превосходила диаметр перикардиально-диафрагмальной артерии. Отсюда можно предположить, что медиастинальные ветви являются существенным источником кровоснабжения перикарда.

Как показали наши исследования, передние межреберные артерии выше уровня хряща III ребра обычно имели тупые углы отхождения, а ниже указанного уровня располагались под острым углом.

Прободающие ветви отходили в количестве от 3—4 (на 12 трупах слева и на 14 — справа) до 8 (у 18 трупов слева и 23 — справа), чаще 5—6 (у 49 трупов слева и 46 — справа). И эти ветви наблюдались преимущественно в первом, втором и третьем межреберьях, реже — в четвертом, пятом и совсем редко — в шестом. Диаметры сосудов колебались от 0,3 до 1,1 мм.

Прободающие ветви в свою очередь отдавали грудные, передние межреберные, медиастинальные ветви, которыми участвовали в образовании внутривенных анастомозов. По последним возможно восстановление кровотока после перевязки внутренней грудной артерии. Поэтому при перевязке внутренней грудной артерии по поводу ее ранения указанные ветви по возможности лучше сохранять.

Внутренняя грудная артерия как справа, так и слева следует в сопровождении двух вен, лишь у 8 трупов справа и у 12 слева вена была одиночной. Двойные внутренние грудные вены сливались в общий ствол обычно на уровне III ребра (у 69 трупов слева и у 63 — справа). Это слияние в один ствол иногда происходило выше, на уровне первого межреберья (у 7 трупов слева и у 16 — справа).

Таким образом, на уровне I ребра два венозных ствола встречались чаще справа, чем слева, что обуславливает особые трудности при выделении правой грудной артерии.

Двойные внутренние грудные вены до их слияния в один ствол располагались по обеим сторонам одноименной артерии. При наличии же общего ствола или одиночной вены они находились обычно медиальнее артерии. Иногда (чаще в первом межреберье) внутренняя грудная вена лежала дорзально, латерально от внутренней грудной артерии.

Выделение артерии при вариантах подобного расположения вен связано с опре-

деленными трудностями и может сопровождаться повреждением внутренних грудных сосудов. В таких случаях рациональнее сначала выделять, перевязывать и пересекать вену, что облегчает последующее выделение и перевязку артерии.

ВЫВОДЫ

1. Внутренние грудные сосуды могут располагаться близко (менее 3 мм) от края грудины. При пункции в первом межреберье возможно их повреждение.

2. При перевязке внутренней грудной артерии по поводу ее ранения межреберные и прорастающие ветви целосообразно сохранять.

3. Расположение вен относительно артерии весьма изменчиво, что обуславливает определенные трудности при выделении артерии.

4. Для катетеризации внутренней грудной артерии более доступно второе межреберье, у которого межреберный промежуток является самым широким, артерия находится на достаточном расстоянии от грудины и имеет также наибольший диаметр; здесь же чаще всего одиночно или общим стволом медиальнее артерии проходит внутренняя грудная вена.

Поступила 29 ноября 1983 г.

УДК 616.24—002.5:616.233—002.2

ХРОНИЧЕСКИЙ БРОНХИТ У БОЛЬНЫХ ДЕСТРУКТИВНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

Г. А. Смирнов, И. М. Абашев

Кафедра фтизиатрии (зав.— проф. Г. А. Смирнов) Казанского института усовершенствования врачей имени В. И. Ленина

Волнообразное течение хронического деструктивного туберкулеза легких обычно ведет к формированию пневмосклероза, на фоне которого развивается хроническая неспецифическая инфекция. Проявления последней нередко становятся ведущими в клиническом течении болезни, затрудняют диагностику обострений специфического процесса [4, 6, 8] и снижают трудоспособность больных [2].

Мы наблюдали за 126 больными I-B группы диспансерного учета. У 109 человек диагностирован фиброзно-кавернозный и у 17 — цирротический туберкулез легких. 15% больных были в возрасте 21—40 лет, 65,5% — 41—60 и 19,5% — старше 60 лет. Длительность заболевания туберкулезом до 5 лет была у 17%, от 6 до 10 — у 30%, от 11 до 20 — у 28% и больше 21 года — у 25% больных. Туберкулезный процесс в легких характеризовался наличием одиночных (33%) или множественных фиброзных каверн в одном или обоих легких, а также очагов обсеменения неоднородной возрастной структуры и различной распространенности.

В большинстве исследований, посвященных изучению хронической неспецифической инфекции у больных туберкулезом, не отмечена частота различных клинических форм хронических неспецифических заболеваний легких (ХНЗЛ). Р. Н. Бусыгина (1982) хроническую пневмонию диагностировала у 20,2%, хронический бронхит — у 27,3% больных фиброзно-кавернозным туберкулезом легких. А. И. Романов (1981) хронический бронхит выявил у 33,9%, хроническую пневмонию — у 11,6% больных. Авторы не указывают, какой классификацией они пользовались.

Согласно современным представлениям [3, 7], к хронической пневмонии мы считаем возможным относить лишь те процессы, при которых в фазе обострения рентгенологически выявляется воспалительная инфильтрация паренхимы легкого. Если же клиника обострения болезни (лихорадка, усиление кашля и одышки, увеличение выделения мокроты), не сопровождается изменениями на рентгенограмме или видно лишь усиление рисунка, мы трактуем заболевание как хронический бронхит.

У обследованных больных мы ни разу не смогли диагностировать хроническую пневмонию, в то же время клинические признаки хронического бронхита констатированы нами у 118 (93,7%). Такая большая частота его объясняется пожилым возрастом больных и тем, что 78% из них курили.

У 47,5% больных был бронхит I стадии. Он характеризовался постоянным кашлем с отделением слизистой мокроты. Гнойная мокрота появлялась лишь в период обострения болезни, которые обычно были связаны с простудой и ОРЗ. У 52,5% лиц была диагностирована II стадия хронического бронхита, так как гнойная мокрота выделялась у них постоянно, особенно по утрам, причем в период