

1. Зеленин В. Ф. Болезни сердечно-сосудистой системы. Медгиз, 1956.
2. Красноперов Ф. Т. Тер. арх., 1956, 7.—3. Ланг Г. Ф. Болезни системы кровообращения. Медгиз, 1957.—4. Резвин И. М. Тер. арх., 1958, 11.—5. Уверская В. Т. Клин. мед., 1950, 12.—6. Фогельсон Л. И. Клиническая электрокардиография. Медгиз, 1957.—7. Brugsch Th. Kardiologie, Leipzig, 1958.—8. Campbell M. Lancet, 1931, 2.—9. Kwoczynski I. Atlas elektrokardiografii. Warszawa, 1957.—10. Русев Л. и Николов Г. (болг.) Клин. мед., 1959, 5.—11. Thao Shou-Chi and oth. Chinese Med. J. 1958, 76, 5.—12. Toscano-Barbosa E. and oth. Proc. Mayo Clin., 1956, 31.

Поступила 23 ноября 1959 г.

## ИЗМЕНЕНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ЛЕГОЧНЫХ НАГНОЕНИЯХ И НОВООБРАЗОВАНИЯХ ЛЕГКОГО В СВЯЗИ С ОПЕРАТИВНЫМ ЛЕЧЕНИЕМ

*Асс. А. М. Черкасова*

Факультетская терапевтическая клиника (зав.—проф. Н. Е. Кавецкий) и факультетская хирургическая клиника (зав.—проф. С. Л. Либов) Куйбышевского медицинского института

Для успешного оперативного вмешательства на легких необходимо учитывать состояние не только пораженного органа, но и всего организма. Особое значение при хронических гнойных заболеваниях и новообразованиях легких в этом отношении имеет функциональная диагностика дыхательной и сердечно-сосудистой систем, представляющих в функциональном отношении единое целое.

Целью настоящей работы является изучение состояния сердечно-сосудистой системы у больных легочными нагноениями и новообразованиями легкого до операции и в послеоперационном периоде. Кроме анамнеза и физикального обследования, нами определялись следующие показатели: АД, венозное давление, скорость кровотока, жизненная емкость легких, проба с задержкой дыхания, а также изучались данные рентгеноскопии сердца и показатели ЭКГ. Все перечисленные исследования проводились до операции и на 14—21 дни после нее. Артериальное и венозное давление измерялись на обеих руках. Венозное давление исследовалось видоизмененным методом Вальдмана. Скорость кровотока определялась с цититомом.

До операции были исследованы 108 чел. (87 мужчин и 21 женщина) в возрасте от 11 до 60 лет. Больных абсцессом легкого было 38, бронхоэктазами — 31 и новообразованием легкого — 39.

У большинства исследованных больных АД было в пределах возрастных норм. Венозное давление у всех 69 больных абсцессом легкого и бронхоэктазами было повышенным на стороне поражения, тогда как у 39 человек, у которых был рак легкого, венозное давление оказалось пониженным на руке, соответствующей патологическому процессу. Таким образом, измерение венозного давления на обеих руках имеет значение для дифференциального диагноза между воспалительными процессами в легких и раком легкого.

Проба с задержкой дыхания была от 18 до 30 сек. у 72, от 31 до 40 сек. — у 23, от 41 до 50 — у 13 чел. Жизненная емкость легких была от 2500 до 3000 мл у 45, от 3001 до 4000 мл — у 40 и больше 4000 мл — у 23 чел.

Скорость кровотока в большинстве случаев оказалась нормальной (в 72 случаях из 108).

Разницы в зависимости от патологического процесса пробы с задержкой дыхания, жизненной емкости легких, скорости кровотока нами не обнаружено.

После операции нами исследовано 50 чел. (мужчин 39 и женщин 11). Больных новообразованием легкого было 20, абсцессом легкого — 13 и бронхоэктазами — 17. Пневмонэктомия произведена у 21 больного, лобэктомия — у 26 и перевязка легочной артерии — у 3 чел.

У всех после операции наблюдались снижение пробы с задержкой дыхания на 6—15 сек. и уменьшение жизненной емкости легких на 600—1400 мл.

У 23 больных мы отмечали некоторое снижение АД, по сравнению с дооперационными цифрами, особенно у больных с послеоперационными осложнениями, а у 27 больных АД оставалось нормальным.

Скорость кровотока у 12 (из 50) больных была ускоренной, по сравнению с дооперационной.

У больных бронхоэктатической болезнью и абсцессом легкого после операции венозное давление снижалось, особенно на руке, соответствующей патологическому

процессу, а при новообразовании легкого у большинства больных в послеоперационном периоде отмечалось повышение венозного давления на стороне опухоли.

Электрокардиографически после лобэктомии и пневмонэктомии в большинстве случаев были следующие изменения — преобладание отклонения электрической оси сердца вправо, увеличение и деформация зубцов «Р», снижение вольтажа, которые свидетельствуют о некотором перенапряжении миокарда правого желудочка и незначительных дистрофических изменениях в мышце сердца.

Наши наблюдения свидетельствуют о том, что в ближайшее время после операции возникают определенные нарушения функции сердечно-сосудистой системы.

После лобэктомии и пневмонэктомии, а также перевязки легочной артерии наблюдаются резкое снижение жизненной емкости легких и уменьшение пробы с задержкой дыхания, что связано с уменьшением дыхательной поверхности легких.

Пневмонэктомия, выключаящая из газообмена целое легкое и уменьшающая вдвое малый круг кровообращения, сопровождается более значительными функциональными сдвигами в организме. Кроме того, наши исследования показывают, что двустороннее измерение венозного давления может иметь значение при дифференциальной диагностике рака и воспалительных заболеваний легких.

Поступила 29 октября 1959 г.

## РЕЗЕКЦИЯ ЖЕЛУДКА ПРИ ВРОЖДЕННОЙ АНОМАЛИИ РАСПОЛОЖЕНИЯ КИШЕЧНИКА

*Е. П. Архипов, К. С. Забиров, Г. М. Кузнецов*

Хирургическое отделение (зав.—Г. М. Кузнецов) 2-го больнично-поликлинического объединения Бугульмы (главрач — А. П. Щекотоло)

Поскольку врожденные аномалии расположения кишечника встречаются редко, а оперирование при них ставит хирурга в необычные условия, считаем нужным сообщить о встретившемся нам случае.

Б-ной М., 33 лет, поступил 28/III-59 г. по поводу постоянных, усиливающихся по ночам болей в эпигастриальной области с иррадиацией в поясницу. Боли часто сопровождались тошнотой, рвотой, изжогой. Б-ной пониженного питания, кожа и видимые слизистые бледны, тургор понижен. Язык обложен белым налетом. При пальпации отмечаются защитное мышечное напряжение и болезненность в эпигастриальной области. Со стороны других органов и систем изменений не отмечается.

Анализ желудочного содержимого: перевариваемость средняя, слизистость экзогенная, свободная соляная кислота — 60, общая кислотность — 96. Анализ крови: Эр. — 3 900 000, Нв. — 75%, ц. п. — 0,96, Л. — 9 350, э. — 4%, п. — 6%, с — 48%, л. — 36%, м. — 6%, РОЭ — 5 мм/час.

Рентгеноскопия от 21/III-59 г. (В. Н. Мельничнов): желудок формы крючка, нормотоничен, содержит жидкость натошак. Контуры ровные, смещаемость свободная. Перистальтика средней глубины, первичная эвакуация наступает своевременно. Луковица двенадцатиперстной кишки несколько деформирована, быстро освобождается от бария, складки слизистой утолщены.

При пальпации желудка и двенадцатиперстной кишки отмечается выраженная болезненность.

Диагноз: гастродуоденит, язва двенадцатиперстной кишки?

3/IV-59 г. операция (К. С. Забиров, Г. М. Кузнецов) под местным потенцированным обезболиванием. Верхне-срединным разрезом брюшная полость вскрыта. При ревизии обнаружено: двенадцатиперстная кишка на всем протяжении видна на глаз и расположена по правой стороне верхне-брыжеечной артерии. Весь тонкий кишечник расположен в правой половине брюшной полости, а толстый кишечник — в левой. Слепая кишка находится слева у пупка, ближе к левому реберному краю. Конечный отдел подвздошной кишки переходит в слепую в левой стороне. Поперечно-ободочная кишка короткая, соединена желудочно-ободочной связкой с желудком. На малой кривизне желудка ближе к антральному отделу обнаружена *ulcus-tumor* диаметром 2,5 см с распространением инфильтрации в малый сальник. Произведена резекция  $\frac{2}{3}$  желудка по Спасокукоцкому — Финстереру. Фиксация желудочно-кишечного соустья к окну мезоколон не произведена, так как соустье оказалось в стороне от мезоколон. Кормление по Спасокукоцкому. В брюшную полость введено 300 000 ед. пенициллина и 500 000 ед. стрептомицина. Во время операции капельно перелито 400 мл одноклассной консервированной крови.

Послеоперационный период без осложнений. Швы сняты на 9-й день. Б-ной выписан в удовлетворительном состоянии.

Рентгеноскопия 17/IV-59 г. (В. Н. Мельничнов): культя составляет  $\frac{1}{3}$  желудка, дистальный конец ее и отводящая часть тощей кишки (анастомоза) оттянуты вправо. Эвакуация из культи в петлю тонкой кишки происходит замедленно.