

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.

19/V-59 г. б-ному сделана контрастная клизма. Весь толстый кишечник находится в левой половине брюшной полости. Слепая кишка расположена рядом с сигмовидной, восходящая идет параллельно нисходящей, поперечно-ободочная кишка небольших размеров, расположена в левой половине брюшной полости.

Поступила 23 июня 1959 г.

## ТРОМБОЗ КАВЕРНОЗНОГО СИНУСА ПОСЛЕ ТРАВМЫ ЛИЦА С ПЕРЕЛОМОМ КОСТЕЙ НОСА И ГЛАЗНИЦЫ

А. Ю. Ратнер

Медсанчасть № 1 г. Зеленодольска (главврач — Н. С. Зеликова) Татарской АССР

Тромбоз кавернозного синуса относится к редким и тяжелым заболеваниям. Обычно встречаются описания синустромбозов как осложнений гнойных процессов верхней губы, придаточных полостей носа, глазницы, одонтогенных процессов.

Заболевание протекает обычно с высокой температурой и септической картиной крови, хотя некоторые авторы описывают случаи так называемых «афебрильных» синустромбозов (А. А. Кантор, М. К. Елин). Особенно редко наблюдается синустромбоз после травмы. О. С. Никонова за 23 года наблюдала 90 случаев тромбоза кавернозного синуса, и лишь у одного он возник после травмы.

До применения пенициллина и сульфаниламидов эти больные, как правило, погибали.

Синустромбоз сопровождается головной болью, а иногда и затемнением сознания, резким отеком век и корня носа, экзофтальмом (обычно двусторонним), поражением глазодвигательного нерва. Часты невралгии верхней и средней ветвей тройничного нерва. Со стороны глазного дна нередко удается отметить расширение вен с отеком сетчатки. Основными осложнениями являются гнойный менингит, тромбоз других синусов, метастатические абсцессы.

Хирургическая обработка очага гнойной инфекции, массивная пенициллинотерапия в комбинации с другими антибиотиками и внутривенным введением глюкозы и уротропина дают, по свидетельству большинства авторов, удовлетворительные результаты.

Мы наблюдали больного с явлениями тромбоза кавернозного синуса, развившегося спустя 2 недели после обширной травмы носа с переломом носовых костей, глазничной поверхности лобной кости и левой височной кости.

Б-ной К., 47 лет, поступил 11/XII-57 г. с жалобами на головные боли и припухлость в окружности правого глаза. 23/XI упал с высокой лестницы, терял сознание, доставлен в хирургический стационар с обширными рвано-ушибленными ранами носа. Произведено ушивание ран. 25/XI больной выписан. 10/XII состояние ухудшилось. Появились сильные головные боли, преимущественно справа<sup>1</sup>.

Общее состояние средней тяжести, сознание ясное. Справа птоз верхнего века, очень вялая реакция зрачков на свет и аккомодацию, слева — удовлетворительная. Резкий отек в окружности правого глаза. Хемоз конъюнктивы. Правосторонний экзофтальм. Болезненность в точках выхода первых двух ветвей V нерва справа. Парез нижней ветви правого лицевого нерва. Брюшные рефлексы  $d < s$ . Справа непостоянный симптом Бабинского. Менингеальные симптомы отсутствуют. Со стороны внутренних органов патологии не обнаружено. Глазное дно в пределах нормы. Температура при поступлении — 36,9°, на следующий день — 38,4°. РОЭ — 40 мм/час, лейкоцитов — 13 800. Формула крови в пределах нормы.

На рентгенограмме черепа определяются резкое понижение пневматизации правой гайморовой пазухи (возможно, выпот), трещины носовых костей в области глазничной поверхности левых лобной и височной костей. Выраженная деформация носовой перегородки и носовых ходов.

Назначены: пенициллин по 100 000 ед. 6 раз в день, биомидин по 100 000 ед. 5 раз в день, внутривенное вливание 40% раствора глюкозы по 20 мл в чередовании с раствором уротропина 40% по 5 мл.

На следующий день появились выраженная отечность в окружности левого глаза и основания носа, легкий экзофтальм слева. Диагностирован тромбоз кавернозного

<sup>1</sup> Ухудшение возникло в результате активизации раневой инфекции, поскольку не было произведено необходимой хирургической обработки раны и ее дренирования с применением антибиотиков. — Ред.