

Следовательно, окклюзия ПМЖКА сопровождается дисфункцией между желудочками с гипофункцией левого и относительно сохраненной функцией правого желудочка. Возможно, именно этим можно объяснить депонирование части крови в сосудистом русле легких, что отчетливо прослеживалось в наших опытах, где электрическое сопротивление легких в момент наибольшей дисфункции снижалось с $2150,0 \pm 74,2$ ом до $1970,0 \pm 76,8$ ом ($P < 0,05$).

Куйбышевский медицинский институт им. Д. И. Ульянова

Поступила 20/II 1981 г.

ՅՈՒ. Վ. ԲԵԼՈՎ

ԴԻՍՖՈՒՆԿԻԱՆ ՍՐՏԻ ՓՈՐՈՔՆԵՐԻ ՄԻՋԵՎ ԱՌԱՋՆԱՅԻՆ
ՄԻՋՓՈՐՈՔԱՅԻՆ ՊՍԱԿԱԶԵՎ ԶԱՐԿԵՐԱԿԻ ՍՈՒՐ ԽՅԱՆՄԱՆ ԺԱՄԱՆԱԿ

Ա. մ. փ. ո. փ. ո. մ.

Շնորհի վրա կատարված փորձերում հայտնաբերված է, որ առաջաին միջփորոքային պսակաձև զարկերակի կապումը ուղեկցվում է սրտի ձախ փորոքի կծկողական անբավարարությամբ՝ աչ փորոքի կարդիոդինամիկայի հարաբերական անփոփոխ ցուցանիշների դեպքում: Զախ փորոքում պարզ հայտնաբերվում է հիպոդինամիայի փուլային սինդրոմը, այն դեպքում, երբ աչ փորոքում հայտնաբերվում է սրտամկանի հիպերդինամիայի սինդրոմ: Փորոքների միջև դեսֆունկցիայի զազաթնակետում հայտնաբերված է թորքերի արյունալեցույթյան ավելացում:

Yu. V. Belov

Disfunction Between Cardiac Ventricles in Acute Occlusion of the Anterior Intraventricular Coronary Artery

S u m m a r y

In experiments on dogs it is established that ligation of the anterior intraventricular coronary artery is accompanied by acute contractile insufficiency of the heart left ventricle in comparatively invariable indices of the right ventricle cardiodynamics. There is observed phase syndrome of hypodynamia in the left ventricle, whereas in the right ventricle syndrome of myocardium hyperdynamia is revealed. At the height of disfunction between the ventricles increase of the blood filling of the lungs is observed.

УДК 616.145.75—002—085

В. Д. РЕШЕТОВ

БОЛЕЗНЬ МОНДОРА В ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Болезнь Мондора оригинальна относительно редкостью и отсутствием единой точки зрения на ее этиологию и патогенез.

Со времени Fagge, впервые описавшем эту болезнь в 1869 году, в зарубежной и отечественной литературе опубликовано примерно 500 наблюдений—больных с подкожными тяжами на грудной клетке, животе, конечностях. Но фактическое количество больных этой патологией

несомненно больше приведенного числа. Некоторые из подобных больных лечатся в поликлиниках под другими диагнозами ввиду недостаточного знакомства врачей поликлиник с болезнью Мондора.

Так, из 10 наблюдавшихся нами больных с тяжами на боковой стенке грудной клетки и живота, на плече, бедре и голени лишь 2 обследовались и лечились в хирургическом отделении. Остальные были направлены к нам на консультацию различными поликлиническими врачами.

В анализируемой группе больных было 7 мужчин и 3 женщины в возрасте от 27 до 49 лет. У 8 больных тяжи располагались на правой половине тела. Появлению тяжей предшествовали: гнойная инфекция (мастит и панариций)—у 2, облитерирующий эндартериит с язвой 1 пальца стопы—у 1, тяжелая физическая работа—у 1, у 6 больных причина заболевания не установлена.

Клиническая картина болезни Мондора характерна и легка для диагностики. Мондор и ряд авторов подразделяли течение болезни на 2 периода: I—воспалительный, когда на коже грудной клетки, живота или конечности появляется полоска гиперемии, повышается местная и общая температура тела, и II—когда в зоне полоски гиперемии под кожей начинает формироваться болезненный тяж толщиной с карандаш.

Однако у наблюдавшихся нами больных нередко признаки I периода сочетались с тяжем—кардинальным признаком II периода. Поэтому считаем, что смена симптомов в течении этой болезни более наглядно подразделяется на 3 периода.

I—начало болезни, когда больной находит у себя болезненную точку либо узелок. Период этот кратковременный, но тем не менее, он был отмечен у двух наших больных.

II—разгар болезни, когда у больного повышается температура тела, из болезненной точки или узелка начинает тянуться книзу болезненный тяж, контурирующий под кожей, с зудом и полоской гиперемии на коже вдоль него. Длительность периода от 1-й до 4 недель.

III—период затихания болезни, когда у больного явления воспаления проходят и лишь более или менее длительно определяющийся тяж напоминает о перенесенном заболевании. Общее состояние больных при этом удовлетворительное.

Но не всегда развитие болезни протекает по приведенной схеме. Порой отмечаются осложнения, не имеющие прямой связи с тяжами. У одной из наших больных отмечался лимфостаз правой руки и правосторонняя почечная колика.

Лечение болезни Мондора консервативное и оперативное—с иссечением тяжа. наших больных мы лечили консервативно салицилатами, антибиотиками, антикоагулянтами, физиопроцедурами. Длительность течения болезни у наблюдавшихся нами больных составила в среднем 3—4 недели. Исследования крови, мочи и флюорография отклонений от нормы не показали.

Таким образом, при целенаправленном и тщательном обследовании

поликлиническими хирургами больных, ощущающих боли на боковой поверхности грудной клетки, живота и конечностях, количество наблюдений болезни Мондора возрастет, что наконец, позволит решить вопрос этиологии, патогенеза и патологической сущности этого редкого заболевания.

Хирургическое отделение I медобъединения, г. Кировакан

Поступила 15/V 1981 г.

Վ. Դ. ՌԵՇԵՏՈՎ

ՊՈԼԻԿԼԻՆԻԿԱԿԱՆ ՊՐԱԿՏԻԿԱՅՈՒՄ ՄՈՆԴՈՐԻ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆԸ

Ա. մ փ ո փ ո լ մ

Մոնդորի հիվանդությունը հազվադեպ պոլիէթիոլոգիկ հիվանդություն է՝ չճշտված ախտածնությամբ, անբավարար է ծանոթ պոլիկլինիկայի բժշկներին: Հեղինակը բազմաթիվ տարիների ընթացքում պոլիկլինիկայի պայմաններում հետևել է Մոնդորի հիվանդության 10 հիվանդների, պաթոլոգիական թելերի տարրեր տեղակայմամբ՝ պայմանավորված թարախային ինֆեկցիայով, ֆիզիկական ծանրաբեռնվածությամբ, խցանող էնդարտերիտով և չճշտված պատճառներով:

V. D. Reshetov

Mondor's Disease in Polyclinal Practice

S u m m a r y

Mondor's disease is a rare polyetiological disease with unspecified pathogenesis. During a number of years in polyclinical conditions the author observed 10 patients with Mondor's disease with different localization of pathologic cords, conditioned by purulent infections, physical overloads, obliterating endarteritis and other unrevealed factors.

РЕФЕРАТЫ

УДК 616.61—089.87:612.135

А. И. НЕЙМАРК

ПОКАЗАТЕЛИ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ У БОЛЬНЫХ
НЕФРОЛИТИАЗОМ

Анализируются результаты исследования микроциркуляции у 61 пациента с мочекаменной болезнью. У всех больных имелся осложненный нефроуролитиаз: у 11—острым пиелонефритом (I группа), у 14—хронической почечной недостаточностью (II группа), у 18—сопутствующим пиелонефритом и нефрогенной гипертонией (III группа) и у 18—гидронефрозом (IV группа).

Все больные оперированы: 28 произведена нефрэктомия и 33—нефропиелолитотомия.

Микроциркуляция изучена путем визуального исследования и фотографирования сосудов бульбарной конъюнктивы. Использована уста-