

Зворотним рухом пересувного ножа викусували стінку обох судин). Міняючи розміри ножа, можна одержати дефекти різної величини (від 4 до 8 мм). Після витягання перфоратора стінку шлуночка ушивали П-подібними швами, а кісетний шов видаляли.

За цією методикою прооперовано 15 собак, перші три з них загинули під час операції в результаті різкого скидання крові з великого кола кровообігу в малий. В наступних експериментах для зменшення артеріо-венозного шунта та різкого скидання крові в мале коло через створений дефект ми застосували дозоване звужування стовбура легеневої артерії з наступним поступовим збільшенням діаметра судини через 30–40 хв після створення дефекту.

Під час операції реєстрували електричну активність серця. ЕКГ записували до операції, під час оперативного втручання, а також у ранньому та пізньому післяопераційному періоді. Перикардотомія, накладання кісєтного шва на правий шлуночок не викликають істотних змін ЕКГ. Введення в порожнину шлуночка перфоратора і створення дефекту поряд з розширенням комплексу QRS (з 0,05 до операції до 0,08) викликали різку альтернацію його зубців. Амплітуда зубця R зменшувалась у середньому до 6 мм у другому відведенні (при нормі в середньому 21 мм), поглиблювалася, розширювався та ставав зазубленим зубець S в другому і третьому відведеннях. Даний зубець безпосередньо переходив у гігантський зубець T (рис. 1.).

Ці зміни ЕКГ можна розглядати як наслідок збільшення навантаження на праві відділи серця, зокрема, на правий шлуночок: уповільнення внутрішлуночкової провідності, явища вираженої субендокардіальної ішемії. В післяопераційному періоді поступово став збільшуватися зубець P, який набував гострокінцевої форми, що нагадувала *P. pulmonale* (рис. 2). У двох випадках встановлені одиничні шлуночкові екстрасистолі.

Висновки

1. Інструментальний метод дозволяє одержати стійку модель природженого захворювання — дефекту аорто-легеневої перегородки.

2. ЕКГ зміни свідчать про збільшення навантаження на праве передсердя та правий шлуночок, а також уповільнення внутрішлуночкової провідності.

Література

1. Бураковский В. И. и др.— Хирургия, 1965, 10, 82.
2. Галанкин Н. К. и др.— Грудная хирургия, 1973, 2, 22.
3. Кирьякулов Г. С.— Грудная хирургия, 1970, 4, 111.
4. Кутушев Ф. Х.— В кн.: Част. хирур. болезней сердца и сосудов, М., 1965, 61.
5. Гицеску Т.— Пробл. exper. сосуд. и серд. хирургии. Изд. Акад. РНР, 1962.
6. Abbot M.— Atlas of congenital heart disease. N. Y., 1936.

Надійшла до редакції
2.I 1975 р.

УДК 616.844

ВИЗНАЧЕННЯ ДЕБІТУ СОЛЯНОЇ КИСЛОТИ ШЛУНКА

Я. І. Томашевський

Факультет удосконалення лікарів Львівського медичного інституту

Важливою умовою успіху в експериментальних та клінічних дослідженнях шлуноково-кишкового тракту є можливість виявлення кількісних показників функціонального стану органів. Таким вимогам і відповідає визначення дебіт-години вільної соляної кислоти шлунка [1, 2, 3, 4, 5, 6].

З цією метою нами сконструйовано прилад, який дозволяє проводити безперервну аспірацію шлункового вмісту одночасно у двох хворих, а також складено таблицю (див. таблицю) для визначення вмісту вільної соляної кислоти у порціях шлункового соку за даними об'єму порції та кислотності у титраційних одиницях.

Прилад, (див. рисунок) складається з двох приймачів шлункового вмісту (I і II), демпфера, об'ємом 5000 см³ (III), ртутного манометра (IV), шприца, об'ємом 100 см³ (V) і системи сполучних трубок (VI).

Кожен з приймачів (I і II) складається з п'яти резервуарів (номери 1, 2, 3, 4, 5) у вигляді скляних банок, об'ємом 250 мл (винятком є резервуар № 3 у виді пробірки). Резервуар № 1 служить для аспірації шлункового вмісту натще, № 2 — для порцій

шлункового вмісту одностинної базальної секреції, № 3 — для аспірації 10 мл шлункового вмісту через 10 хв після введення пробного сніданку (згідно з методикою М. І. Лепорського), № 4 — для залишку пробного сніданку, № 5 — для порцій шлункового соку одностинної гуморально-хімічної фази шлункової секреції.

Постійна аспірація шлункового вмісту забезпечується негативним тиском, який створюється в системі за допомогою шприца (V), і підтримується демпфером (III).

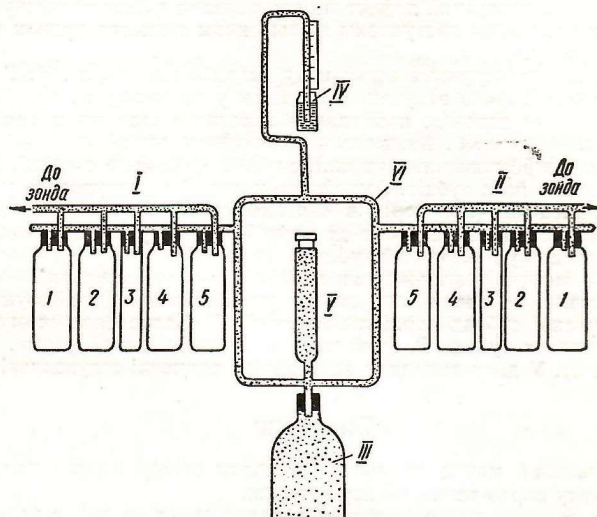


Схема приладу для дослідження секреторної функції шлунка.

I і II — приймачі шлункового вмісту; III — демпфер; IV — ртутний манометр; V — шприц; VI — система сполучних трубок; 1, 2, 3, 4, 5 — резервуари для окремих порцій шлункового вмісту.

Таблиця для визначення дебіту вільної НСІ шлунка

Кількість шлункового соку, в мл	Вільна кислотність шлункового соку в титр. од.								
	10	20	30	40	50	60	70	80	90

Кількість вільної НСІ в мг

5	1,8	3,7	5,5	7,3	9,1	11,0	12,8	14,6	16,4
10	3,7	7,3	11,0	14,6	18,3	21,9	25,6	29,2	32,9
15	5,5	11,0	16,4	21,9	27,4	32,9	38,3	43,8	49,3
20	7,3	14,6	21,9	29,2	36,5	43,8	51,1	58,4	65,7
25	9,1	18,3	27,4	36,5	45,6	54,8	63,9	73,0	82,1
30	11,0	21,9	32,9	43,8	54,8	65,7	76,7	87,6	98,6
35	12,8	25,6	38,3	51,1	63,9	76,7	89,4	102	115
40	14,6	29,2	43,8	58,4	73,0	87,6	102	117	131
45	16,4	32,9	49,3	65,7	82,1	98,6	115	131	148
50	18,3	36,5	54,8	73,0	91,3	110	128	146	164
55	20,1	40,2	60,2	80,3	100	120	141	161	181
60	21,9	43,8	65,7	87,6	110	131	153	175	197
65	23,7	47,5	71,2	94,9	119	142	166	190	214
70	25,6	51,1	76,7	102	128	153	179	204	230
75	27,4	54,8	82,1	110	137	164	192	219	246
80	29,2	58,4	87,6	117	146	175	204	234	279
85	31,0	62,1	93,1	124	155	186	217	248	263
90	32,9	65,7	98,6	131	164	197	230	263	296
95	34,7	69,4	104	139	173	208	243	277	312