

комплексным. Успех лечения в этих случаях зависит от возможности реваскуляризации паренхимы яичек.

Олигозооспермия и олигоастеноспермия представляют собой форму мужского бесплодия с широким диапазоном нарушения сперматогенеза. Вопросы лечения этих состояний могут быть решены только в результате всестороннего клинического обследования больного.

## ВЫВОДЫ

1. Клиническое обследование больных, обращающихся по поводу бесплодия, включая и двустороннюю биопсию яичка, дает возможность установить обратимость нарушений сперматогенеза и тем самым и прогноз.

2. Олигозооспермия как в изолированном виде, так и в сочетании с астеноспермией, некро- и тератоспермией является наиболее часто встречаемой формой мужского бесплодия.

3. Почти у половины больных этиологию этого состояния установить не удается, в анамнезе никаких предрасполагающих факторов, которые могли бы объяснить развитие олигозооспермии, не отмечается.

4. У значительной части этих больных определяется воспалительный процесс со стороны предстательной железы и семенных пузырьков при отсутствии в прошлом перенесенного воспаления в мочеполовой системе.

5. Биопсия яичек при этих формах бесплодия является обязательной и при том двусторонняя, так как она устанавливает различные варианты гистологической картины и тем самым может стать ориентиром в организации рационального лечения.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Кунин М. А. Сов. мед. 1962, 2; Изменение спермы при бесплодных браках. Автореф. канд. дисс. Воронеж, 1963. — 2. Порудоминский И. М. Урол. 1958, 5; Половые расстройства у мужчин. Медгиз, М., 1960. — 3. Порудоминский И. М., Нюникова О. И., Шапиро Ф. М. Урология, 1962, 2.

Поступила 13 февраля 1964 г.

## НАБЛЮДЕНИЯ ИЗ ПРАКТИКИ

### ЛЕЧЕНИЕ КАРДИОГЕННОГО КОЛЛАПСА ПРИ ОСТРЫХ ИНФАРКТАХ МИОКАРДА

*А. Т. Будячевский, Р. А. Векслерчик, А. Г. Морева, Д. С. Навроцкий,  
И. Н. Новинская*

Станция скорой медицинской помощи г. Куйбышева (главврач — Н. К. Гаврилова, науч. руков. — проф. С. В. Шестаков)

Ранняя диагностика инфаркта миокарда является важнейшим условием для проведения рациональной и своевременной терапии, особенно при осложнении инфаркта миокарда шоком и коллапсом. В этом отношении, как указывают А. А. Кедров и С. Г. Моисеев, организация специализированных бригад по оказанию срочной помощи больным с тромбоэмболическими заболеваниями и их госпитализации сыграла очень большую положительную роль. До организации специализированных бригад при станции скорой медицинской помощи (апрель 1962 г.) в г. Куйбышеве больные с инфарктом миокарда, осложненным шоком и коллапсом, как правило, оставались дома, считались нетранспортабельными, причем летальность достигала 80%.

За полтора года работы кардиологического центра г. Куйбышева острый инфаркт миокарда диагностирован у 328 больных.

Все заболевания относятся к крупноочаговым поражениям сердечной мышцы. Госпитализирован в стационары города 281 больной (85,7%). Умерло в стационарах в сроки первичной госпитализации 48 больных (14,1%). Отказались от госпитализации 34 человека, из них умерло в ближайшие дни 17 (50%). Из 13 признанных нетранспортабельными умерло за короткое время 12 (92,3%).

Нами прослежена судьба всех больных инфарктом миокарда, госпитализированных бригадами кардиологического центра в стационары города. Коллапс наблюдался у 40 больных (12,2%) острым инфарктом миокарда.

По тяжести клинической картины все больные острым инфарктом миокарда, осложненным коллапсом, нами разделены на 3 группы (по В. Н. Виноградову).

I. 20 больных. Состояние средней тяжести. АД 90/50—80/50. Длительность коллапса до 2 часов.

II. 4 больных. Состояние тяжелое. АД — 85/50—70/45. Длительность коллапса от 2 до 5 часов.

III. 16 больных. Состояние крайне тяжелое. АД — 70/40 и ниже. Длительность коллапса свыше 5 часов.

Большинство больных с постинфарктным коллапсом обслуживались врачами кардиологических бригад в ближайшей часы от начала заболевания.

Выездные врачи станции скорой помощи оставались у постели тяжелых больных, оказывая неотложную помощь до приезда врача-кардиолога.

Летальность больных с постинфарктным коллапсом находится в прямой зависимости от тяжести состояния, времени начала лечения и его активности.

В. Н. Виноградов с соавторами, П. Е. Лукомский и П. В. Казьмина, А. В. Виноградов ранее сообщали о том, что большое влияние на прогноз имеет длительность интервала от начала коллапса до начала его лечения; ни один больной, у которого продолжительность коллапса до начала лечения была более двух с половиной часов, не выжил. Поэтому понятно, какое огромное значение имеет сокращение до минимума времени от начала развития у больного коллапса до начала его активного лечения.

В первой группе из 20 больных умерло 3. Из них в первые три дня — 2.

Во второй группе умерли все 4, причем в первые трое суток — 3.

В третьей группе из 16 человек умерло 13, из них 9 погибли в присутствии врачей кардиологических бригад, 4 — в последующие три дня. Трое больных выздоровели и были выписаны из стационаров.

Локализация поражения сердечной мышцы: передняя стенка (передне-боковая, передне-перегородочная) — 11 человек (умерло 7); задняя стенка (задне-боковая, задне-перегородочная) — 16 (умерло 5); обширный инфаркт миокарда — 10 (умерло 8).

Не установлена локализация поражения у трех больных.

Клинические причины смерти на фоне кардиогенного коллапса: отек легких у 3 человек, нарастающая недостаточность кровообращения с прогрессирующим падением АД у 17.

Причины смерти, по данным патологоанатомического вскрытия (всего подвергнуто секции 12 трупов): обширный инфаркт миокарда — у 8; обширный инфаркт миокарда, осложнившийся отеком легких, — у 2; разрыв сердечной мышцы с тампонадой сердца — у 2.

Из всех больных острым инфарктом миокарда, осложнившимся кардиогенным коллапсом, повторный инфаркт миокарда был у 7 (умерло 6).

Коллапс при инфаркте миокарда имеет кардиогенный характер. Параллельно с сосудистой недостаточностью развивалась и острая сердечная недостаточность. Поэтому и лечебные мероприятия должны быть направлены на ликвидацию острой сердечно-сосудистой недостаточности.

Наряду с сердечными гликозидами для выведения больных из состояния коллапса необходимо раннее применение прессорных аминов (мезатон, норадреналин). Эффективность этих средств при кардиогенном коллапсе отмечали В. Н. Виноградов с соавторами, П. Е. Лукомский, С. Г. Моисеев.

Нами вводился 1% раствор мезатона 23 больным подкожно или внутримышечно и 15 больным — внутривенно. Мезатон в сочетании со строфантином был введен 18 больным. Двум больным с I ст. коллапса мезатон не вводился, так как эффект был достигнут от введения кофеина и кордиамина.

Стойкий эффект от введения мезатона в комплексе с сердечными гликозидами мы наблюдали через 10—15 минут после внутривенных вливаний и через 20—30 мин после внутримышечных. Общее состояние больных значительно улучшалось.

Максимальное АД устанавливалось на 105—115—130 мм. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки становились розовыми. Исчезал холодный липкий пот. Улучшалось периферическое кровообращение. Разовая доза мезатона — 10—20 мг. Разовая доза строфантина — 0,25—0,5 мг.

Длительный болевой синдром является одним из этиологических моментов в развитии кардиогенного коллапса. Из этих сообщений одновременно с мероприятиями, направленными на ликвидацию острой сердечно-сосудистой недостаточности, мы про-

#### Распределение больных с постинфарктным коллапсом по полу и возрасту

Т а б л и ц а

| Возраст   | Мужчин | Женщин | Всего |
|-----------|--------|--------|-------|
| 41—50     | 5/1    | —      | 5/1   |
| 51—60     | 9/4    | 1/0    | 10/4  |
| 61—70     | 11/6   | 8/4    | 19/10 |
| Старше 70 | 4/3    | 2/2    | 6/5   |
| Всего     | 29/14  | 11/6   | 40/20 |

В знаменателе — число умерших.

водили борьбу с болевым синдромом, который успешно купировался внутривенным и подкожным введением морфина, омнопона, промедола.

Противопоказанием к введению морфина являлось нарушение дыхания. Последние месяцы для снятия болевого синдрома мы применяли наркоз закисью азота с кислородом при помощи портативного аппарата АН-8. Полученные данные подтверждают выраженный обезболивающий эффект (А. В. Сергеев). Всем больным с острым инфарктом миокарда, при отсутствии противопоказаний, под контролем времени свертываемости крови вводился гепарин в количестве 10—15 тыс. ед. внутривенно или внутримышечно. Для борьбы с гипоксемией больным острым инфарктом миокарда давался увлажненный кислород.

Больные с осложненными формами острого инфаркта миокарда, в том числе и кардиогенным коллапсом, после оказания неотложной помощи, при максимально щадящей транспортировке, были госпитализированы в профилированные стационары города. На целесообразность такой тактики указывают А. А. Кедров, С. Г. Моисеев и др. Случаев смерти и ухудшения состояния больных в санитарной машине не было.

## ВЫВОДЫ

1. Применение мезатона в сочетании с сердечными гликозидами — эффективный метод борьбы с кардиогенным коллапсом.
2. Ранняя госпитализация больных в профилированные стационары прогностически наиболее благоприятна.
3. Наибольшую летальность вызывали обширные и переднеперегородочные инфаркты миокарда.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Виноградов А. В. Тер. арх., 1959, 10. — 2. Виноградсв В. Н., Попов В. Г., Сметнев А. С. Кардиология, 1963, 4. — 3. Кедров А. А. Сов. мед., 1960, 12. — 4. Лукомский П. Е., Казьмина П. В. Сов. мед., 1963, 11. — 5. Моисеев С. Г. Сов. мед., 1962, 6.

Поступила 13 февраля 1964 г.

## ДЛИТЕЛЬНОЕ БЕССИМПТОМНОЕ ПРЕБЫВАНИЕ МЕТАЛЛИЧЕСКИХ ТЕЛ В МЫШЦЕ СЕРДЦА

*Ф. И. Мустафин*

Казанская 6-я гор. больница (главврач — Е. В. Хмелевцева,  
научн. консультант — проф. Н. П. Медведев)

Вопрос о показаниях к оперативному вмешательству при наличии металлических тел в мышце сердца освещен в литературе недостаточно.

А. Д. Тохиян (1957) рекомендует удалять такие тела в ранние сроки, так как иначе в последующем они могут вызвать значительные изменения. В то же время И. С. Колесников, А. П. Смирнова и др. не видят от наличия металлических тел в миокарде, не дающих клинической симптоматики, большого вреда.

Приводим два наших наблюдения.

1. Ш., 57 лет, поступил 14.V.63 г. по поводу острого гастрита.

Телосложение правильное. Упитанность удовлетворительная. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски. Легкие без патологических изменений. Границы сердца в пределах нормы, тоны чистые, пульс 80, хорошего наполнения. АД — 135/80, венозное — 110 мм.

Рентгеноскопия. Размеры сердца нормальные, пульсация ритмичная, тонус удовлетворительный, амплитуда сокращений достаточная, аорта без особенностей. В стенке правого желудочка прочно фиксированное металлическое тело  $0,8 \times 0,6$  см, повторяющее все фазы движения сердца.

В 1942 г. был ранен осколками гранаты. На коже пояснично-крестцовой области, правого бедра, промежности и мошонки — множественные рубцы после удаления осколков.

Пациент все время сохранял бое- и трудоспособность. Демобилизовался лишь в 1945 г. и после выполнял тяжелую физическую работу в колхозе без каких-либо симптомов нарушения функции сердечно-сосудистой системы. При неоднократных рентгеноскопиях грудной клетки, проводимых в течение этих 20 лет, металлический осколок в области органов грудной клетки не обнаруживался.

2. С., 40 лет, поступил 11.VI.63 г. с жалобами на ноющие боли в области сердца. Боль возникает при физических нагрузках, а в последние два года — и в момент волнения.