

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.

В 1945 г. было слепое осколочное ранение левой половины грудной клетки. При рентгеновском исследовании было установлено наличие осколка в стенке правого предсердия. Пациент был демобилизован. Работал вначале охранником, а затем стал работать кочегаром.

Телосложение правильное. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски. Упитанность удовлетворительная. Легкие без отклонений от нормы. Границы сердца в пределах нормы, тоны чистые. Пульс 88, хорошего наполнения. АД — 120/75, венозное давление — 105 мм. ЭКГ без изменений.

При рентгеноскопии грудной клетки в передне-наружном отделе правого предсердия виден металлический осколок $0,4 \times 0,3 \times 0,7$ см.

От операции больной отказался.

Как видно, показания к оперативному вмешательству в подобных случаях нужно определять строго индивидуально, учитывая возраст пациента, его профессию, размер осколка, его расположение. Если нет клинических симптомов, обусловленных инородным телом, то с операцией не следует спешить. Но такие пациенты должны находиться под систематическим врачебным контролем.

ЛИТЕРАТУРА

1. Колесников И. С. и Смирнова А. П. Опыт сов. медицины в Великой Отечественной войне 1941—1945 гг., Медгиз, М., т. 9, 1949. — 2. То хия н А. Д. Хирургия, 1957, 1.

Поступила 17 февраля 1964 г.

ЛЕЧЕНИЕ ГАНГЛЕРОНОМ БОЛЬНЫХ СТЕНОКАРДИЕЙ

Канд. мед. наук К. В. Марков

Зав. терапевтическим отделением Чебоксарской 1 горбольницы (главврач — С. Н. Самостюк)

За последние годы появился ряд работ о влиянии отечественного ганглиоблокирующего средства — ганглера на коронарное кровообращение. Литературные данные противоречивы. С одной стороны, сообщают о большой эффективности ганглера при коронарной недостаточности, с другой — описаны единичные случаи возникновения загрудинной боли после введения ганглера¹.

Лечение ганглера мы начали проводить с 1957 г. Под нашим наблюдением находились 37 мужчин и 15 женщин, страдающих стенокардией. В возрасте до 40 лет было 4 человека, от 40 до 60 лет — 34, старше — 14.

Страдали стенокардией от 1 года до 2 лет 13, до 3 лет — 16 и более — 23 человека. У 28 был атеросклероз венечных артерий (у 2 из них в анамнезе инфаркт миокарда и у 3 — свежий инфаркт). У 18 больных была кардиальная форма гипертонической болезни, у 3 из них инфаркт миокарда в анамнезе и у 2 — свежий инфаркт. У 6 больных был ангионевроз венечных сосудов.

Ежедневные приступы от одного до 3 раз и более в сутки были у 32 больных, два-три раза в месяц — у 14. Продолжительность приступов колебалась в пределах 10—20 минут. У 6 больных боли в области верхушки сердца были ноющего характера, беспокоило чувство «ощущения сердца». У 31 больного приступы возникали при физическом напряжении, а у 15 и в покое.

Лечение ганглера проводилось в условиях стационара 44 больным, амбулаторно — 8. Все больные до лечения ганглерам безуспешно лечились различными средствами.

Лечение мы проводили по следующей схеме: в течение двух недель больной получал подкожно по 2 мл 1,5% водного раствора ганглера 3 раза в день. При инфаркте миокарда курс лечения удлинялся до 3 недель. В дальнейшем инъекции ганглера заменялись приемом его внутрь по 40 мг 3 раза в день, в течение 7—10 дней. Продолжительность курса лечения в условиях стационара колебалась у 47 больных от 3 до 4 недель и у 5 (с инфарктом миокарда) — до 5 недель. Шести больным с ангионеврозом венечных сосудов инъекции ганглера проводили в течение 7 дней, после чего (ввиду отсутствия эффекта) лечение было прекращено.

Инъекции ганглера больные, как правило, переносили хорошо.

Мы изучали изменение ЭКГ под влиянием терапии ганглера у 30 больных. Запись производилась до и после применения ганглера с промежутком через 10 минут, в течение часа, через 2 часа и через 24 часа. После введения ганглера в первые 20—30 минут наблюдали у 6 из 30 некоторые ухудшения коронарного кровообращения, выражающиеся уменьшением зубца Т, хотя субъективно состояние больных не ухудшалось. Это побудило нас проводить ЭКГ-исследования в течение нескольких часов,

¹ См. о ганглере в сообщении проф. Ф. Я. Розенблат, С. С. Барац и Н. И. Щерба — Казанский мед. ж., 1961, 4, стр. 67 (п р и м. р е д.).