

СУБЛИНГВАЛЬНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ИЗАДРИНА ПРИ ПОПЕРЕЧНОЙ БЛОКАДЕ СЕРДЦА У БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА

В. Ф. Богоявленский, С. У. Бакирова и К. З. Бубис

*Кафедра пропедевтики внутренних болезней (зав. — доц. В. А. Ломакина)
Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института
им. С. В. Курашова
на базе 7-й горбольницы (главврач — С. Г. Сорокина)*

При продолжительном лечении больных с нарушениями атриовентрикулярной проводимости особенно ценным оказался изадрин (изопропилнорадреналин, новодрин), впервые примененный в 1952 г. Натансоном и Миллером. В настоящее время его с успехом назначают при частичной и полной атриовентрикулярной блокаде и синдроме Эдемса — Стокса (Зардей, 1964).

Изадрин (новодрин) наиболее результативен в случаях сохраненного синусового ритма предсердий. В отличие от адреналина он оказывает положительное дромотропное и хронотропное действие на эктопический ритм желудочков сердца. На АД его влияние незначительно, он хорошо переносится.

Изадрин назначают сублингвально. Эффект наступает через 5—20 мин. и продолжается в течение 2 часов. Для достижения постоянного действия препарат дают круглосуточно — от 2 до 8—14 таблеток в сутки. Мюллер (1963) лечил 23 больных в возрасте 60—80 лет с полной атриовентрикулярной блокадой новодрином (изадрином) в дозе от 20 до 100 мг в сутки. У 14 пациентов проводимость восстановилась частично, у 9 наступило полное выздоровление.

За истекшие 2 года мы наблюдали 90 больных инфарктом миокарда, из которых у 5 (4,5%) в остром периоде инфаркта развивалась частичная или полная атриовентрикулярная блокада. Указанным больным с блокадой сердца на 5—10—15-й день назначали изадрин (новодрин) под язык с таблеткой валидола 4 раза (до 60 мг) в сутки. У всех больных наступило восстановление ритма и улучшение самочувствия. У 1 больного при длительном применении изадрина после восстановления атриовентрикулярной проводимости возникла предсердная экстрасистолия, исчезнувшая с отменой препарата.

ВЫВОДЫ

Исходя из данных литературы и нашего небольшого опыта, можно рекомендовать сублингвальное длительное применение изадрина у больных инфарктом миокарда с частичной или полной атриовентрикулярной блокадой.

ЛИТЕРАТУРА

1. Либерман С. С. Мед. промышл. СССР, 1958, 1.—2. Heinecker R., Walbeck F. Dtsch. med. Wschr., 1960, 85, 1483.—3. Müller J. H. Z. ärztl. Fortbild., 1963, 57, 21, 1195.—4. Nathanson M. H., Miller H. Circulation, 1952, 6, 238.—5. Zarday I. Praktische Kardiologie. 5 Auflage. Verlag Th. Steinkopff, Dresden u. Leipzig, 1964.

ОДНОВРЕМЕННОЕ ПОРАЖЕНИЕ ЖЕЛУДКА РАЗЛИЧНЫМИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ

В. В. Федоров

Кафедра госпитальной хирургии № 1 (зав. — проф. Р. А. Вяселев) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова на базе 2-й горбольницы (главврач — В. П. Панкращенко)

Поражение желудка одновременно различными доброкачественными опухолями встречается исключительно редко, в связи с чем представляет интерес наблюдавшийся нами случай.

К., 54 лет, поступил 8/IV 1966 г. с диагнозом: полипоз желудка. В течение 3 месяцев стечает непостоянные боли в подложечной области, тошноту. Аппетит не нарушен. Общее состояние удовлетворительное. Язык обложен, влажен. Пульс 80, АД 140/80 мм. Живот правильной формы, мягкий, умеренно болезнен в эпигастрии. Печень и селезенка не увеличены.

Желудочный сок. Натошак свободной HCl — 10, общая кислотность — 25; после завтрака соответственно 18 и 30.

Рентгеноскопия желудка 9/III 1966 г. Пищевод без изменений. Желудок обычной формы и положения. Складки слизистой утолщены, извиты у большой кривизны. При компрессии у большой кривизны в антральном отделе — дефект наполнения 1×2 см, неправильно округлой формы, выраженный при выведении на большую кривизну задней стенки, стойко определяемый в процессе всего исследования. При компрессии и тугом заполнении контуры дефекта ровные. Эвакуация ускорена. Пилорус и *bulbus duodeni* в норме.

13/IV 1966 г. произведена резекция $\frac{3}{4}$ желудка по Гофмейстеру — Финстереру под энлотрахеальным эфирно-кислородным наркозом с мышечными релаксантами. Желудок малых размеров. По большой кривизне на передней его стенке на границе верхней и средней трети определяется плотная, гладкая опухоль 2×1 см, выступающая над поверхностью серозы на 1,5 см без инфильтрации тканей в окружности. В антральной части желудка — полип 2,5×2 см и плоская опухоль мягкой консистенции 3×3 см с четкими контурами.

Послеоперационный диагноз: липома, лейомиома, полипоз желудка. Гистологическое исследование: полип, липома, лейомиома желудка.

Послеоперационное течение гладкое. Выписан 25/IV 1966 г. в хорошем состоянии. В литературе мы подобных сообщений не нашли.

УДК 616—006.363.03—616.62

ЛЕЙОМИОМА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

Э. Н. Ситдыков

*Кафедра факультетской хирургии (зав. — проф. И. Ф. Харитонов)
Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института
им. С. В. Курашова*

Лейомиомы, как известно, относятся к редким формам опухолей мочевого пузыря. Наблюдаются они в основном у 40—60-летних. Иногда лейомиомы трансформируются в злокачественные опухоли, чаще саркоматозные, реже раковые. Они могут достигать больших размеров (И. Н. Шапиро, Н. М. Перлов). Мы наблюдали больную, у которой лейомиома подслизистой формы заполняла большую часть растянутой полости мочевого пузыря.

С., 42 лет, поступила 2/VI 1966 г. с диагнозом: саркома мочевого пузыря. С 1961 г. у больной периодически возникали затруднения мочеиспускания, дважды наступала острая задержка мочи. В 1966 г. неоднократно наблюдалась тотальная гематурия, длившаяся по 5—6 дней. При осмотре больной обнаружена опухоль, выступающая над симфизом. Бимануальное вагинальное исследование указывало на наличие опухоли мочевого пузыря. При цистоскопии определяется огромная опухоль, исходящая из левой половины мочевого пузыря. Слизистая пузыря, доступная осмотру, нормальной окраски. Опухоль не позволила определить место расположения устьев мочеточников. На экскреторной урограмме анатомо-функциональных изменений со стороны верхних мочевыводящих путей не обнаружено. На цистограмме выявлен огромный дефект наполнения, контрастное вещество располагается лишь по боковым отделам и у верхушки мочевого пузыря в виде полулуния.

Моча кислая, удельный вес 1020, белок — 0,165%, лейкоцитов — 10—15, эритроцитов — 50—60 в поле зрения.

16/VI произведено удаление мочевого пузыря на уровне внутреннего отверстия уретры. Мочеточники пересажены в искусственный мочевоу пузырь, созданный из изолированного сегмента сигмовидной кишки. Кишечный трансплантат (искусственный пузырь) размещен в тазу изоперистальтически. Непрерывность толстого кишечника восстановлена анастомозом конец в конец по общепринятой методике. Ввиду натяжения брыжейки сигмы и несоответствия диаметров просвета уретры и сегмента сигмовидной кишки анастомоз между ними осуществлен следующим образом. После мобилизации сегмента сигмы и ушивания его проксимального отдела на дистальном конце, через все слои кишечной стенки произведен продольный разрез вдоль брыжеечного края длиной 2,5—3 см. Затем поперечным разрезом выкраен П-образный лоскут с основанием, расположенным на противоположной брыжеечному краю стенке изолированного сегмента сигмовидной кишки. Противоположные края откинутого П-образного лоскута и дистального отдела сегмента сигмы сшиты над резиновым катетером двухрядным