

у 3 нормализовалось артериальное давление. Любопытно отметить, что у 2 больных после вливания в вену бромида натрия артериальное давление кратковременно снизилось до нормы, а в процессе лечения резерпином у них ни разу не было отмечено нормального давления. Ни в одном из двух случаев со злокачественной формой гипертонической болезни сколько-нибудь выраженного гипотензивного эффекта не наблюдалось.

Необходимо отметить, что и достигнутый нормальный уровень артериального давления после месячного курса лечения резерпином держится недолго. Уже в день выписки он часто повышался до исходных цифр.

Переходя к оценке изменений самочувствия больных после приема резерпина, следует указать, что из 18 больных, отмечающих головную боль, у 8 она исчезла, у 9 наблюдалось уменьшение ее интенсивности, и лишь у 1 человека осталась без изменений. Из 20 человек у 10 отмечалось исчезновение болей в области сердца и у 8 — значительное уменьшение их интенсивности. Исчезновение головокружения после приема резерпина отметили 5 больных из 13, у 7 больных уменьшилась степень головокружения. Значительное улучшение сна было отмечено у 24 человек.

Во время приема больными резерпина можно было наблюдать и побочное его действие. Брадикардия была отмечена у 5 человек, ознобы и набухание слизистой носа — у 4, сухость во рту — у 5, сонливость — у 2, появление сыпи, общая слабость, перебои в области сердца — соответственно у одного больного.

Таким образом, резерпин, снижая артериальное давление у части больных II стадией гипертонической болезни, все же не приводит к длительному и стойкому снижению артериального давления после месячного курса лечения. В изложенной оценке гипотензивного действия резерпина мы не одиноки. После «резерпинового увлечения» (Волчкова, С. К. Киселева) начинают высказываться более осторожные суждения (Л. М. Бехтеева). Поэтому не удивительно, что в последнее время взят курс, с одной стороны, на длительное применение препаратов рауфольфии (Мартелли) и, с другой, — на комбинацию их с ганглиоблокирующими, сосудорасширяющими и другими средствами (Вилькинс, Форд, Фратс).

ЛИТЕРАТУРА

1. Тареев Е. М. Сов. мед., 1952, 1. — 2. Карапата А. П. Клин. мед. 1955, 4. — 3. Михнев А. Л., Карапата А. П. Физиологичный журнал, 1955. — 4. Волчкова Л. И. Клин. мед., 1957, 3. — 5. Киселева С. К. Клин. мед., 1957, 1. — 6. Бехтеева Л. И. Клин. мед., 1956, 6. — 7. Group H. R. Clinical Ballistocardiography. New York, Macmillan, 1952.

Поступила 13 сентября 1957 г.

СЛУЧАЙ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО ПЕРИКАРДИТА ПРИ РЕВМАТИЧЕСКОМ ЗАБОЛЕВАНИИ СЕРДЦА

Л. В. Дановский

Из 2-го терапевтического отделения (зав. — Л. В. Дановский) Ленингорской городской больницы (главврач — Н. Ш. Хасанов)

Нами наблюдался больной с картиной тяжелого ревматического перикардита, у которого на секции в околосердечной сумке обнаружен массивный геморрагический выпот.

Больной М., 16 лет, доставлен в терапевтическое отделение 2-го апреля 1957 г. в тяжелом состоянии с жалобами на боли в суставах, озноб, жар, боли в груди, одышку. Болен около недели, заболевание началось остро с болей в суставах и повышения температуры. Раньше ничем не болел.

При поступлении состояние тяжелое, вынужденное сидячее положение, сознание ясное, резкая одышка. Лицо бледное, слегка синюшное, одутловато, умеренно набухшие вены шеи. В нижних отделах обеих легких, больше справа, мелкопузырчатые влажные хрипы. Сердечный толчок пальпировать не удается, границы сердца равномерно расширены, как и границы сосудистого пучка. В пятой точке грубый шум трения перикарда. Пульс — 120, слабого наполнения и напряжения; артериальное давление — 160/40. Живот мягкий, печень выступает из подреберья на 3 поперечных пальца, болезненна; селезенку пальпировать не удается.

РСО — 45 мм/час, Л. — 10 000.

На ЭКГ синусовая тахикардия, низкий вольтаж основных зубцов.

При рентгеноскопии грудной клетки в легких очаговых изменений не определяется, сердце равномерно расширено во всех отделах, пульсация невидима.

Назначены салициловый натрий до 10,0 в сутки, адренкортикотропный гормон по 5 единиц внутримышечно 4 раза в сутки, пенициллин — 800 000 МЕ в сутки внутримышечно; подкожно камфара, кофеин каждые три часа; вдыхание кислорода.

За время нахождения в отделении состояние больного ухудшалось, и 5/IV 1957 г. больной умер при явлениях нарастающей сердечной недостаточности.

Клинический диагноз: Ревматизм, активная фаза. Панкардит. Недостаточность кровообращения II А.

На секции: в сердечной сорочке сгусток крови, равномерно охватывающий сердце со всех сторон. Поверхность сгустка гладкая, серовато-красного цвета. Верхушка сердца спаяна с наружным листком перикарда. Внутренняя поверхность сердечной сорочки сращена со сгустком в перикарде тонкими, легко разъединяющимися рукой спайками. Сердечная мышца бледно-коричневого цвета, толщина мышечной стенки левого желудочка — 1,1 см, правого желудочка — 0,4 см. Левое венозное отверстие пропускает два пальца, правое — 2,5 пальца.

Эндокард гладкий, блестящий, клапаны гладкие, тонкие, блестящие. Венечные артерии сердца без видимых изменений.

Плевральные полости свободные, плевральные листки гладкие, блестящие; легкие застойные, полнокровные.

Патогистологическое заключение: ревматическое поражение сердца с гистологическим и анатомическим компонентом — эндокардит, обширный миокардит, фиброзно-геморрагический перикардит (прозектор Я. Н. Кантор).

Анамнестические данные, отсутствие сформировавшегося порока сердца позволяют думать, что в данном случае был первый приступ ревматизма с развитием массивного геморрагического выпота в перикарде, который привел к тампонаде сердца.

Поступила 3 октября 1957 г.

О ЛИПОМЕ ЖЕЛУДКА¹

Канд. мед. наук М. А. Цукерман

(Ростов на Дону)

В последние годы доброкачественные опухоли желудка стали диагностироваться лучше.

Среди доброкачественных опухолей желудка липомы встречаются редко. По Н. С. Тимофееву (А. В. Мельников²), всего опубликовано 34 случая липом желудка, в том числе один случай в русской литературе и 33 в иностранной.

М. Г. Трахтенберг³ описал еще один случай липомы кардиального

¹ Доложено на заседании Ростовского на Дону общества рентгенологов 29/VI 1957 г. и на заседании хирургического общества 28/II 1958 г.

² А. В. Мельников. Клиника предопухолевых заболеваний желудка, Медгиз, 1954, стр. 257—258.

³ М. Г. Трахтенберг. Хирургия, 1957, 6, стр. 34.