

У 20 больных было изучено влияние температуры инъекционного инсулина. Сравнивался эффект инсулина комнатной (+24°) и нулевой температуры. Быстрота впрыскивания в этой серии наблюдений была 12 сек., глубина инъекции — 10 мм (рис. 3).

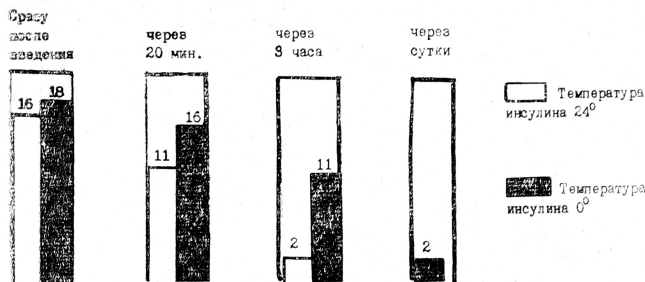


Рис. 3. Влияние температуры инъекционного инсулина на частоту развития постинъекционного отека подкожной жировой клетчатки

(20 больных; доза инсулина — 40—60 ед.; быстрота впрыскивания — 12 сек.; глубина инъекции — 10 мм; температура инъекционного препарата 24° и 0°).

Констатирована большая частота появления отека при инъекциях охлажденного инсулина. Разница достоверна на сроках 20 мин. и 3 часа.

ВЫВОДЫ

1. Постинъекционный отек подкожной жировой клетчатки является патологической ответной реакцией на инъекцию; он обусловлен механическим, термическим и другими раздражающими факторами процедуры инъекции.

2. Постинъекционный отек чаще встречается у лиц с другим инъекционным осложнением — липоатрофией подкожной жировой клетчатки, что объясняется общей причиной этих явлений — раздражающим компонентом процедуры инъекции.

Поступила 15 мая 1974 г.

УДК 615.771.7:616.62—006,6

ЦИДИФОС

В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

Э. Н. Ситдыков, Г. А. Сабирзанов, И. А. Студенцова, С. М. Ахметова

Кафедра урологии (зав. — проф. Э. Н. Ситдыков) и кафедра фармакологии (зав. — проф. И. В. Заиконникова) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова

Как показывают наши наблюдения, после резекции мочевого пузыря рецидивы встречаются у 62,5% больных в первые 1—2 года (Э. Н. Ситдыков, 1969). Более обнадеживающие результаты дает цистэктомия. В последние годы все большее признание получает сочетание оперативного метода лечения с химиотерапией. Однако следует отметить, что существующие химиотерапевтические препараты недостаточно эффективны. Учитывая это, мы использовали в комплексной терапии новый препарат цидифос, синтезированный Н. И. Ризположенским, Л. В. Степашкиной и М. А. Зверевой в Казанском институте органической и физической химии им. А. Е. Арбузова КФАН СССР. Антибластомная активность этого препарата была установлена на кафедре фармакологии Казанского медицинского института И. А. Студенцовой и Р. С. Гараевым. Препарат разрешен Фармакологическим Комитетом МЗ СССР для широкого клинического применения. Установлено, что часть внутривенно введенной дозы цидифоса выделяется в неизменном виде через мочевыводящие пути, где создается концентрация, достаточная для проявления контактного антибластомного эффекта (И. А. Студенцова).

В урологической клинике Казанского медицинского института цидифос применен у 4 больных, страдающих раком мочевого пузыря 2, 3 и 4-й стадии (возраст — от 40 до 66 лет, мужчин — 3, женщин — 1).

Диагноз основывался на данных анамнеза, цистоскопии, цистографии, лимфографии, цитологии, результатах лабораторных и биохимических исследований.

Цидифос мы применяли внутривенно по 1,0 с 10 мл физиологического раствора в течение 30 дней (на курс лечения — до 30,0 препарата). В процессе лечения цидифосом в динамике исследовали функциональное состояние печени, почек, изучали показатели гемограмм, обращали внимание на общее состояние больных, частоту пульса, величину АД. После введения препарата у больных возникало незначительное головокружение, тошнота в течение 1,5—2 часов. Существенных отклонений в гемограммах

не обнаружено, за исключением умеренной тромбозии. Выявлена тенденция к уменьшению показателей концентрации сиаловых кислот сыворотки крови, РОЭ. В функциональном состоянии печени и почек отклонений от исходных данных не установлено. В процессе лечения (после введения 20,0 препарата и более) отмечено значительное улучшение общего состояния больных, нормализация мочеиспускания и функции кишечника.

С., 58 лет, поступила в клинику с тотальной гематурией, поллакиурией (до 80—100 мочеиспусканий в сутки). Практически больная не могла спать. В результате урологического обследования установлен рак мочевого пузыря солидной формы в стадии T₄N⁺. После курса лечения (30,0 цидифоса внутривенно) состояние больной значительно улучшилось, число мочеиспусканий сократилось до 10—12 раз в сутки, гематурия исчезла, концентрация сиаловых кислот снизилась с 0,470 ед. опт. пл. до 0,320. Нормализовался сон. Больная отказалась от контрольного обследования и лечения и была выписана на симптоматическое лечение.

Остальные 3 больных подвергнуты урологическому обследованию после завершения курса лечения. Оказалось, что опухоль (папиллярная форма) значительно уменьшилась, что позволило произвести сегментарную резекцию мочевого пузыря вместо предполагавшейся цистэктомии. Следует отметить, что ряд проявлений заболевания — гематурия, боль в паховых областях и внизу живота — полностью исчезли. У 1 больного нормализовалась РОЭ, а концентрация сиаловых кислот составила лишь 0,245 ед. опт. пл. При гистологическом исследовании у всех оперированных установлен диагноз папиллярного рака мочевого пузыря.

Наши наблюдения, хотя они и малочисленны, все же позволяют высказаться о целесообразности применения цидифоса в предоперационном периоде у больных злокачественными новообразованиями мочевого пузыря, так как он способствует выполнению органосохраняющего, наиболее рационального метода оперативного вмешательства, каким является сегментарная резекция мочевого пузыря. С влиянием цидифоса связано, по-видимому, и отсутствие рецидива раковой опухоли на протяжении 4—5 лет наблюдения.

В настоящее время мы применяем цидифос в предоперационном периоде по 2,0 через день (20,0—26,0 на курс лечения).

Поступила 27 мая 1974 г.

УДК 616—009.11:616.28—009

ОТОГЕННЫЕ ПАРЕЗЫ ЛИЦЕВОГО НЕРВА

Л. Н. Гусева

Кафедра болезней уха, горла, носа (зав.—доц. В. Н. Акимов) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

С 1951 по 1970 г. в нашей клинике находилось на лечении 75 больных (37 мужчин и 38 женщин) с отогенным парезом лицевого нерва. У 22 из них был острый гнойный средний отит (в том числе у 3 — травматической этиологии) и у 53 — хронический. Возрастной состав больных: до года — 1, от года до 10 лет — 10, от 10 до 20 лет — 10, от 20 до 30 лет — 27, от 30 до 40 лет — 15, старше 40 лет — 13. У всех больных парезы были односторонними (справа — у 40, слева — у 35).

66 больных до поступления в стационар обращались по поводу острого и хронического отита в поликлинику, где им проводили консервативное лечение, в результате чего наступало временное улучшение. У больных, страдавших хроническим отитом, парез лицевого нерва появлялся при очередном обострении. Все они были направлены на хирургическое лечение в стационар.

До хирургического лечения парез возник у 58 больных, во время операции — у 8 и в послеоперационном периоде — у 9.

Парезы во время радикальной операции у больных возникали при сбивании мостика, при сглаживании шпоры, при выскабливании холестеатомных масс из аттика, при удалении грануляций из барабанной полости в области горизонтальной части фаллопиева канала, во время трепанации пирамиды (у 1 больного).

Причинами возникновения средних отитов и, как следствие их, парезов лицевого нерва чаще были детские инфекции (корь, скарлатина и др.), грипп, общая простуда, иногда травма.

У 43 больных хроническим отитом при операции была обнаружена холестеатома, у 1 — субпериостальный абсцесс с явлениями лабиринтита, у 10 — дефект канала лицевого нерва вследствие кариеса; кроме того, у 40 больных отмечен мастоидит.

Больные поступали обычно с жалобами на гнойные выделения из уха (69), головную боль (40), сильное понижение слуха с восприятием шепотной речи на расстоянии не более 1 м, головокружение (5). Температура была нормальной или субфебрильной. Как до, так и после операции все больные подвергались отоларингологическому, неврологическому и лабораторному обследованию. Особых изменений в крови и моче