

того, у больной имелось и поражение левого диафрагмального нерва. При рентгеновском исследовании отмечены тени нерезко увеличенных лимфоузлов заднего средостения с утолщением верхушечной и парамедиастинальной плевры, более выраженным слева, высокое стояние левого купола диафрагмы с парадоксальной его подвижностью. Клинико-рентгенологический диагноз: метастазы рака в лимфоузлы заднего средостения и в парамедиастинальную плевру, преимущественно слева.

В приведенном случае поражение лимфоузлов и плевры сопровождалось патологическими изменениями пограничного симпатического ствола, расположенного непосредственно под листком париетальной плевры. Поражение диафрагмы может быть объяснено обширным вовлечением в процесс парамедиастинальной и верхушечной плевры.

Из группы больных с кардиальным синдромом можно привести следующие примеры.

Б-ной К., 23 лет, студент, жалуется на приступы болей в сердечной области сжимающего характера, из-за которых вынужден временами прерывать учебу. При рентгеновском исследовании (включая и кимографическое) обнаружен обширный плевроперикардиальный слипчивый процесс с деформацией контуров сердца и фиксацией его плевро-перикардиальными сращениями. ЭКГ нарушений не дает. Клинический диагноз: плевро-перикардитический синдром с функциональными нарушениями деятельности сердца.

Б-ная С., 29 лет, жалуется на острые, жгучие боли приступообразного характера в области сердца с иррадиацией в плечевую и лопаточную области. Больна 3—4 года. Рентгенологически (включая томографический и кимографический методы исследования) выявлен тотальный слипчивый плевроперикардит. Уплотнение и обызвествление группы пара-аортальных лимфоузлов. Фиброзная деформация заднего контура сердца. Фиксация сердца со стороны диафрагмы. Клинический диагноз — псевдоангинозный плевро-кардиальный синдром.

По-видимому, причиной жалоб в приведенных случаях являлись раздражения со стороны нервов верхне-переднего сердечного сплетения, в связи с фиброзными процессами в лимфоузлах средостения, вовлечением в процесс парамедиастинальной плевры и перикарда, как бы создавших упругий околосердечный «корсет».

Важно отметить, что строгая дифференцировка локализации и протяженности анатомических изменений, вызванных плевромедиастинальными патологическими процессами, дают возможность объяснить происхождение неврологических синдромов при различных клинических формах заболеваний легких и средостения.

Повседневный опыт доказывает, что неврологические нарушения могут быть ранним симптомом в клинике туберкулеза и опухолей легких.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Лукьянченко Б. Я. Распознавание опухолей и кист средостения, 1958.
2. Маркелов Г. И. Заболевания вегетативной нервной системы, 1939.
3. Равич-Щербо В. А. Ошибки в клинике легочного туберкулеза, 1954.
4. Русецкий И. И. Невропат. и псих., 1948, 3.
5. Русецкий И. И. и Рахлин Л. М. Врач. дело, 1949, 12.

Поступила 1 марта 1960 г.

## НАБЛЮДЕНИЯ ИЗ ПРАКТИКИ И КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

### ЛЕЧЕНИЕ НИТРОПЕНТОНОМ ХРОНИЧЕСКОЙ КОРОНАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

П. С. Григорьев

Факультетская терапевтическая клиника (зав.— проф. Н. Е. Кавецкий) Куйбышевского медицинского института

Имеющееся значительное количество средств для лечения хронической коронарной недостаточности все еще не может полностью удовлетворить запросы медицинской практики, а потому важно изыскание и испытание новых препаратов. К последним относится венгерский препарат нитропентон, действующим началом которого служит пентаэритриттетранитрит.

Нитропентон представляет собой кристаллический порошок белого цвета, не растворимый в воде, легко растворимый в спирто-водном растворе. Подобно нитроглицерину и

амилнитриту, препарат обладает избирательным сосудорасширяющим действием. Однако, благодаря медленному его всасыванию и стойкости молекулы, действие нитропентона является более медленным, но зато более продолжительным.

Под наблюдением находились 26 больных, из них 6 лечились амбулаторно. Возраст больных колебался от 32 до 69 лет (большинство от 50 до 60 лет). Женщин было 10, мужчин 16. 25 больных страдали выраженным атеросклерозом коронарных сосудов. У больных отмечались частые приступы стенокардии, большей частью возникавшие при напряжении. На ЭКГ у большинства обнаруживались изменения, свидетельствовавшие о нарушении коронарного кровообращения.

У 9 больных коронаросклероз сочетался с гипертонической болезнью, у одной больной был только коронарневроз.

На первом этапе исследования нитропентон назначался по одной таблетке (10 мг) 2 раза в день под язык. Однако небольшой эффект препарата в указанных дозировках и отсутствие побочных явлений у некоторых больных послужили поводом к пересмотру дозировки в сторону ее повышения — до 30 мг (по одной таблетке 3 раза в день).

Лечение нитропентоном начиналось после 3-дневного пребывания в стационаре, где назначался свободный режим, стол № 10 по Певзнеру и индифферентная микстура.

Для оценки действия препарата учитывались частота и интенсивность приступов болей в области сердца и за грудиной до, во время и после лечения нитропентоном.

Результаты лечения нитропентоном представлены в таблице, где к хорошим результатам отнесено исчезновение загрудинных болей, а к удовлетворительным — урежение приступов.

| Диагноз                                                                          | Результаты лечения |                    |                |               | Всего больных |
|----------------------------------------------------------------------------------|--------------------|--------------------|----------------|---------------|---------------|
|                                                                                  | хороший            | удовлетворительный | неопределенный | отрицательный |               |
| Атеросклероз коронарных сосудов .                                                | 8                  | 5                  | 2              | 1             | 16            |
| Атеросклероз коронарных сосудов в сочетании с гипертонической болезнью . . . . . | 2                  | 5                  | 2              | —             | 9             |
| Коронарневроз . . . . .                                                          | —                  | —                  | —              | 1             | 1             |
| Всего . . . . .                                                                  | 10                 | 10                 | 4              | 2             | 26            |

Как видно, с неопределенным результатом лечения было 4 больных. Продолжительность заболевания у одного была 11 лет и, кроме стенокардии, — гипертоническая болезнь III стадии. У одной больной с микседемой и атеросклерозом коронарных артерий результат лечения был отрицательный.

Хороший терапевтический эффект достигался у больных коронаросклерозом в сочетании с гипертонической болезнью II стадии, если длительность заболевания не превышала трех лет, а АД было не выше 180/100. У таких больных только под влиянием нитропентона к концу второй недели лечения АД установилось на нормальных цифрах и исчезли боли в области сердца.

Для иллюстрации результатов лечения приводим пример.

И. Б-ной М., 46 лет, поступил 10/II-1960 г. с жалобами на боли в области сердца сжимающего характера, иррадиирующие в левую руку и левую лопатку. Боли в области сердца, как правило, усиливаются при физическом напряжении, волнении. Считает себя больным с 1957 г., когда впервые начал ощущать боли в области сердца. Все время лечился амбулаторно келлином, валокардином. В 1959 г. один месяц находился на лечении в терапевтическом стационаре, а затем была произведена операция — двусторонняя перевязка внутренней артерии грудной железы. После операции в течение 2 месяцев чувствовал себя удовлетворительно, а потом снова появились приступы боли в области сердца.

Пульс 76, ритмичен, удовлетворительного наполнения; АД — 160/90—170/100. Сердце расширено влево, измененный тембр тонов на верхушке, акцент второго тона на аорте. В легких и со стороны органов брюшной полости изменений не выявлено. Кровь и моча без особенностей. RW — . При рентгеноскопии: сердце расположено поперечно, небольшое увеличение левого желудочка влево; пульсация глубокая; аорта расширена, уплотнена. На ЭКГ — ритм правильный, отрезки ST<sub>1, 2, 3</sub> смещены книзу и переходят в двухфазный Т с первой отрицательной фазой.

Диагноз: гипертоническая болезнь с медленно прогрессирующим течением (II стадия), сердечно-мозгового типа, атеросклероз венечных сосудов, атеросклеротический кардиосклероз с хронической коронарной недостаточностью, атеросклероз аорты.

Через три дня после назначения нитропентона по 0,01 три раза в день резко уменьшились, а затем и исчезли боли в области сердца. Улучшился сон. АД при выписке 130/80—140/90. В первые три дня из побочных явлений отмечались головная боль, сердцебиение. После 18-дневного лечения выписан из стационара в хорошем состоянии. Через три с половиной месяца после окончания курса лечения состояние больного хорошее, жалоб нет.

И. Б-ной Ш., 55 лет, поступил 2/IV 1960 г. с жалобами на приступообразные давящие и сжимающие загрудинные боли, иррадиирующие в левую лопатку. Боли возникают в покое, усиливаются при физической нагрузке, успокаиваются от приема нитроглицерина. Болен с 1958 г., когда впервые развился приступ стенокардии.

Пульс 72, ритмичный, удовлетворительного наполнения; АД — 120/80—130/80. Сердце расширено влево на полтора сантиметра; тоны сердца приглушены. В легких везикулярное дыхание. Живот безболезненный, печень не пальпируется. Кровь и моча в норме. RW —. При рентгеноскопии: увеличение левого желудочка влево, верхушка вытянута; пульсация средней амплитуды; аорта умеренно расширена и уплотнена. На ЭКГ ритм правильный, левый тип, вольтаж низкий, склеротические изменения в мышце сердца с нарушением коронарного кровообращения.

Диагноз: атеросклероз венечных сосудов, атеросклеротический кардиосклероз с хронической коронарной недостаточностью, атеросклероз аорты.

Через 9 дней с момента лечения нитропентонсом по 0,01 три раза в день боли уменьшились, а в начале третьей недели совершенно исчезли. АД при выписке 120/70—110/60. В первые 3 дня из побочных явлений отмечал головную боль, обострение приступов загрудинных болей. Через 2,5 месяца после выписки больного лишь изредка беспокоят приступы загрудинных болей, которые легко купируются приемом нитроглицерина.

ЭКГ, снятые к концу лечения нитропентонсом, мало чем отличаются от первоначальных, не удалось отметить также и закономерного изменения содержания холестерина, фибриногена, протромбина крови.

Действие нитропентона проявлялось на 3—9 день приема препарата и достигало максимума к концу второй недели. Длительность курса лечения у наших больных колебалась от 12 до 22 дней.

У 11 человек побочных явлений от приема нитропентона не было, у остальных 15 отмечены головные боли, появление общей слабости, сердцебиение. Это наблюдалось в первые 2—3 дня, а затем прекращалось.

Сравнительно незначительные побочные явления (при указанных выше дозировках) позволили применять нитропентон для лечения больных коронарной недостаточностью и в амбулаторных условиях в тех же дозировках, что и в стационаре.

Купирующего влияния на приступ стенокардии нитропентон не оказывает.

Поступила 30 июля 1960 г.

## СЛУЧАЙ ОСТАНОВКИ СЕРДЦА ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ С ПОСЛЕДУЮЩЕЙ РЕЗЕКЦИЕЙ ЛЕГКОГО

*М. Ю. Розенгартен*

Казанский противотуберкулезный госпиталь для инвалидов Отечественной войны (нач.— Н. С. Валиев) и кафедра туберкулеза (зав.— доц. В. П. Винников)  
Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

Среди осложнений при внутригрудных операциях одним из наиболее тяжелых является остановка сердца.

По данным Стефенсона, Райда и Хинтона, остановка сердца во время внутригрудных операций встречается нередко. Но они отмечают, что почти в 100% удается восстановить сердечную деятельность при быстро предпринятых мерах. Наиболее эффективными из них, по мнению ряда авторов, являются непосредственный массаж сердца и введение в его полость адреналина (Бакулев, Мешалкин, Рябова, Стефенсон, Бек, Хослер и др.). Неговский и Смирнская, Петров, Жоров и др. рекомендуют проводить комплексную терапию: массаж сердца, введение адреналина в желудочек или предсердие и внутриартериальное нагнетание крови. В восстановлении сердечной деятельности немаловажное значение придается дефибриляции, особенно при открытой грудной клетке (Бакулев, Мешалкин, Гурвич, Бейли и др.).

В литературе нам не удалось встретить ни одного случая резекции легкого, выполненной непосредственно после остановки сердца. Поэтому наше наблюдение имеет практическое значение.