

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 хиян 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 ганглером 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 ганглером проводилось в условиях стационара 44 больным, амбулаторно — 8. Все больные до лечения ганглером 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 ганглером 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 ганглероне 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.).

через каждый час и более. Тогда мы наблюдали обратную картину, то есть увеличился зубец Т до исходной высоты и выше, что свидетельствовало об улучшении коронарного кровообращения.

Под влиянием терапии ганглероном особенно отчетливо выступает изменение зубца Т. Наиболее отчетливое изменение зубца Т было там, где мы имели коронарные зубцы Т или «типичную гипертоническую» ЭКГ. Из общего количества 13 таких больных прежняя конфигурация и глубина зубца Т сохранились у 5. Двухфазность Т_{II} была у 8 больных, причем у 5 после приема ганглерона она сменилась положительным Т_{II}, у остальных менялись форма и вольтаж зубца Т. В этой группе больных у 6 было до применения ганглерона смещение сегмента ST. У 4 из них после лечения ST приближался к изоэлектрической линии, у 2 он не изменился. Когда на ЭКГ выступали признаки трофических сдвигов и тенденция к «нормализации», от лечения ганглероном был положительный клинический эффект.

ЭКГ-сдвиги, полученные нами под влиянием ганглерона, очень сходны с ЭКГ, наблюдаемыми в течение 24 часов после шейной ваго-симпатической блокады у аналогичных больных. При однократном введении ганглерона ЭКГ-изменения незначительны. После четырех-пяти инъекций (через 48 часов) изменения Т, ST выступают отчетливо и у большей части больных.

Лечебный эффект от ганглерона наступает довольно быстро, на третий-четвертый день его применения. Стенокардитические приступы либо исчезают совершенно, либо становятся реже, короче, с меньшей интенсивностью болей. Исчезают тупые давящие боли за грудиной. Больные избавляются от болей, связанных с лежанием на боку, чувствуют себя бодрее, улучшается их настроение.

В зависимости от результатов лечения ганглероном мы разделили всех больных с приступами стенокардии на 4 следующие группы:

1. С отличным результатом лечение закончено у 19 больных из 52. У них приступы стенокардии полностью прекратились и не возобновлялись в течение трех месяцев, тогда как до лечения ганглероном приступы повторялись от одного до трех раз в сутки.

2. Хорошие результаты лечения получены у 13 больных. У них приступы стали редкими: один-два раза в месяц, тогда как до лечения они повторялись почти ежедневно.

3. Удовлетворительный результат получен у 10 больных. Приступы у них стали значительно реже и менее продолжительными.

4. Лечение оказалось неэффективным у 10 больных (6 — с ангионеврозом вечных сосудов, 3 — с гипертонической болезнью, инфарктом миокарда с нарушением кровообращения I—II ст. и один с атеросклеротическим коронарокардиосклерозом с частым ангинозным состоянием).

Создается впечатление, что эффект от лечения ганглероном наблюдается у тех больных, у которых приступы стенокардии снимались нитроглицерином, на что уже указывал в своей работе и Давидовский, то есть при начальной стадии атеросклероза вечных сосудов.

Об отдаленных результатах лечения собраны сведения у 40 больных. У 32 больных приступы стенокардии не возобновлялись в течение шести месяцев. Через год приступы возобновились у 7, через 18 месяцев — еще у 7. При гипертонической болезни и у перенесших инфаркт миокарда терапевтический эффект был менее стойким.

В тех случаях, когда подкожное введение ганглерона при стенокардии не давало достаточно положительного результата, мы у 10 больных применили ганглерон внутривенно. С этой целью у больного определялась зона гипералгезии на грудной клетке, затем производилась внутривенная инфильтрация этой зоны (1/2% раствор новокаина в количестве 60—70 мл с прибавлением 6 мл 1/2% раствора ганглерона). При приступах грудной жабы и инфаркте миокарда мы применяли внутривенное введение ганглерона 2—3 раза с интервалом в 4—5 дней. Если кожная гипералгезия на груди отсутствовала, то ганглерон вводился соответственно локализации боли. Несомненный эффект при этом мы получили у 8 больных.

Поступила 7 июля 1962 г.

ПРИМЕНЕНИЕ НОВЫХ СУЛЬФОАМИДНЫХ ДИУРЕТИКОВ ГРУППЫ ХЛОРТИАЗИДА ПРИ ОТЕКАХ РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ¹

Доц. В. А. Данилин и Ким В'ен

Госпиталь Кхмеро-Советской дружбы (г. Пном-Пень)

Больные с отеками различной этиологии встречаются часто, и далеко не у всех удается ликвидировать их общеизвестными мочегонными средствами. Поэтому не пре-

¹ Доложено 11.I 1963 г. на научной конференции Всесоюзного научно-исследовательского химико-фармацевтического института им. С. Орджоникидзе (ВНИХФИ) (Москва) и 12.VI 1963 г. на III Поволжской научной конференции терапевтов (Горький).