

ния. Интересно отметить, что у всех больных с III ст. ожирения, кроме одного, была гипертрофия правого желудочка сердца. В то же время у 3 больных с IV ст. ожирения ЭКГ-критерии гипертрофии правых отделов сердца отсутствовали. Оказалось, что у всех 3 была выраженная гипертрофия правого и левого желудочка сердца, что обусловило нивелировку показателей правожелудочковой гипертрофии. У 56 больных удалось отметить сочетанную гипертрофию обоих желудочков сердца, и лишь у 5 не было указаний на гипертрофию миокарда (у 2 с I ст., у 2 со II ст. и у 1 с IV ст. ожирения). В последнем случае также была нивелировка ЭКГ-показателей.

При сопоставлении выраженности нарушения сократительного процесса, гипертрофии миокарда и длительности заболевания мы не получили четкой корреляции. Вероятная причина в том, что мы не имели данных о длительности той степени ожирения, с которой больной поступал в момент исследования. Таким образом, у больных ожирением гипертрофия правого и левого желудочков сочеталась с нарушением сократительной функции миокарда.

Наиболее достоверные изменения миокарда отмечены у больных с III и IV ст. ожирения (превышение веса на 50 и более процентов должного).

ЛИТЕРАТУРА

1. Егоров М. Н., Левитский Л. М. Ожирение, М., 1964.— 2. Иваницкая И. Н., Глезер Г. А. Работы IX конф. ученых ин-та норм. и пат. физиол. АМН СССР, 1963.— 3. Карпман В. Л., Савельев В. С. Физиол. журн. СССР, 1960.— 4. Коган Б. Б., Зингер Л. И. Кардиология, 1964, 4.— 5. Пенкович А. А. Тер. арх., 1967, 7.— 6. Пушкарь Ю. Т. Материалы II Всеросс. съезда терапев., М., 1964.

УДК 616.132.2

ПРИМЕНЕНИЕ ГИПЕРБАРИЧЕСКОЙ ОКСИГЕНАЦИИ ПРИ КОРОНАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Проф. А. М. Токарева, В. Х. Таов, В. С. Тюмкин

*Кафедра факультетской терапии (зав.—проф. А. М. Токарева) Куйбышевского
медицинского института им. Д. И. Ульянова*

Работы последних лет по изучению влияния гипербарической оксигенации (ГБО) при различных гипоксических состояниях в клинике и эксперименте показали достаточную эффективность этого метода лечения. Положительное влияние ГБО объясняется увеличением количества растворенного кислорода в тканях в условиях повышенного давления.

В отечественной литературе мы не нашли сообщений о клиническом применении кислорода под повышенным давлением в терапии коронарной болезни.

Нами было исследовано влияние гипербарической оксигенации на течение острой коронарной недостаточности в эксперименте на 40 кроликах и 20 собаках. Некроз сердечной мышцы у животных вызывали путем перевязки передней нисходящей ветви левой коронарной артерии. Через 24 часа после операции животных подвергали гипербарооксигенотерапии. Назначали 10—15 сеансов продолжительностью 1 час. Контролем служили животные, не получавшие ГБО. Оказалось, что ингаляция кислорода под повышенным давлением способствует ограничению очага некроза, более раннему развитию процессов рубцевания, развитию коллатерального кровообращения.

Положительный эффект гипербарической оксигенации послужил основанием для применения указанного метода в клинике. Лечение проводили в переоборудованной стандартной водолазной барокамере. Камеру заполняли воздухом до 2—2,4 атм. Чистый увлажненный кислород подавали больному через автономную систему с помощью дыхательного полуавтомата. На курс лечения назначали от 10 до 15 сеансов продолжительностью 45—50 мин.

Было отобрано 40 больных в возрасте от 38 до 62 лет, длительно страдавших атеросклерозом коронарных артерий, хронической коронарной недостаточностью. 50% больных ранее перенесли инфаркт миокарда.

11 больных лечили в барокамере амбулаторно, никаких медикаментов они не получали. 12 больным ГБО-терапия была назначена после предварительного (от 7 до 10 дней) безуспешного медикаментозного лечения; при назначении ГБО-терапии медикаментозное лечение отменялось. 17 больных лечили кислородом в барокамере на фоне медикаментозной терапии, дававшей, как правило, незначительный эффект.

Улучшение состояния достигнуто соответственно у 8, 9 и 16 больных. У 6 больных результата не было получено. Одному больному лечение было прекращено после 4-го сеанса из-за баротравмы — острого правостороннего катарального отита.

Положительный терапевтический эффект выражался в том, что и без применения сердечных средств приступы стенокардии исчезали или становились реже, нормализовался сон, у некоторых пациентов исчезали одышка и пастозность нижних конечностей. Урежался темп сердечной деятельности, снижалось артериальное и значительно — венозное давление.

У 20 больных ЭКГ свидетельствовала о рубцовых изменениях после перенесенного инфаркта миокарда. Положительные ЭКГ-сдвиги после ГБО отмечены только у 8 больных. У 29 больных улучшилась фазовая структура систолы левого желудочка, а у 26 уменьшилась степень патологических изменений по Броуну. Под влиянием ГБО-терапии уменьшается гипоксия миокарда, понижается венозное давление, замедляется темп сердечных сокращений и улучшается сократительная способность миокарда.

Эффективность ГБО-терапии иллюстрирует следующее клиническое наблюдение.

Н., 58 лет, находился на амбулаторном лечении в отделении ГБО-терапии по поводу атеросклероза сосудов нижних конечностей. Помимо перемежающейся хромоты у больного были частые приступы за грудиных болей сжимающего характера с типичной иррадиацией, одышка в покое и при небольшой нагрузке, отеки на нижних конечностях. Ранее трижды перенес инфаркт миокарда. На ЭКГ — картина обширного рубцового поля и аневризмы передней стенки левого желудочка.

После 10 сеансов ГБО-терапии без применения сердечных, сосудорасширяющих и мочегонных средств у больного исчезли за грудиные боли, одышка и отеки стоп.

Наши предварительные материалы свидетельствуют, что ГБО-терапия может быть применена в комплексном лечении коронарной недостаточности. Данный метод лечения, несомненно, нуждается в дальнейшем изучении.