

показана больным с гипоксической и циркуляторной гипоксией вследствие хронической легочной недостаточности (напр., при пневмосклерозе) и при хронической сердечной недостаточности преимущественно по малому кругу кровообращения. У таких больных после повторных приемов кислородной пены уменьшалась одышка и акроцианоз, нормализовался сон, стихали головные боли и повышалась антитоксическая функция печени. Поэтому авторы считают целесообразным назначение энтеральной оксигенотерапии больным с воспалительными и цирротическими поражениями печени.

При преобладании недостаточности кровообращения по большому кругу, застое крови в печени и желудке применение кислородной пены оказалось менее эффективным.

Введение кислорода в организм любыми путями у больных атеросклерозом далеко не всегда дает достаточный эффект. По мнению авторов, в этом случае оксигенотерапия должна сочетаться с приемом препаратов, повышающих сосудистую проницаемость (лидаза, гистамин, тиреоидин, препараты йода, некоторые витамины и т. д.).

Ф. Т. Иванченко, И. А. Парашенко (Киев) считают рациональным применение энтеральной оксигенотерапии (в комплексе с другими методами) при атеросклерозе коронарных артерий, а также у больных атеросклерозом, перенесших инфаркт миокарда.

Н. С. Заноздра, П. В. Смолиговец и соавт. (Киев) наблюдали хороший эффект от энтеральной оксигенотерапии у больных язвенной болезнью желудка и после холецистэктомии. Повышалась кислотность желудочного содержимого, его ферментативная активность, улучшалось желчеотделение.

Т. А. Юшко (Киев) сообщил, что беззоновая интрагастральная оксигенотерапия оказывает выраженное диуретическое действие у больных со II и III ст. гипертонической болезни.

По данным Н. К. Мацаенко (Киев) в результате введения кислорода больным хроническим гастритом, гастродуоденитом и язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (по 500—1000—2000 мл ежедневно в течение 10—15 дней) у 98,2% из них улучшилось состояние.

М. В. Терещенко и Д. А. Нужный (Алупка — Киев) установили, что под влиянием энтеральной оксигенотерапии у больных легочным туберкулезом исчезают явления интоксикаций, нормализуется функция системы дыхания, желудочно-кишечного тракта и сердечно-сосудистой системы; улучшается переносимость перорального приема антибактериальных препаратов, исчезают диспепсические явления, связанные с приемом препаратов группы ГИНК, ПАСК, этионамида.

М. Д. Турбина (Киев) отметила эффективность энтеральной оксигенотерапии в психиатрической практике, особенно при астенических, депрессивных, ипохондрических и других состояниях различного генеза. Первые признаки наступающего улучшения появляются спустя 7—10 дней, когда постепенно начинает уменьшаться двигательная заторможенность больных и появляется некоторая активность, общительность, экстравертированность.

А. В. Колесов и соавт. (Москва) рекомендуют применять при функциональных нарушениях печени, связанных со старением и атеросклерозом, кислородную смесь в виде коктейля по 8—10 стаканов 2 раза в день в перерывах между приемами пищи в течение 20—25 дней.

И. М. Гринвальд и соавт. (Горький) сообщили, что у больных с хроническими колитами и у некоторых других употребление виноградного сока в таком количестве, которое необходимо для образования пены, вызывает боли, вздутие живота, жидкий стул. Авторы предлагают в этих случаях заменять виноградный сок настоем лакрицы: пена из него не только не оказывает отрицательного действия, но и обладает лакрицией: пена из него не только не оказывает отрицательного действия, но и обладает наибольшей стойкостью — до полутора минут, тогда как пена из виноградного сока и настоя шиповника разрушается тотчас. Курс лечения состоит из 20—30 процедур, проводимых ежедневно.

В. Т. Кондращенко и соавт. (Рига) рекомендуют кислородную пену принимать всегда за 1,5—2 часа до обеда до «чувствия полного насыщения» (300—500 мл).

А. А. Ахметзянов (Казань)

ПРИОБРЕТЕННЫЕ ПОРОКИ СЕРДЦА

(По материалам пленума правления Всесоюзного научного кардиологического общества)

(9—11/XII 1968 г., Киев)

Работа пленума была организована в виде симпозиума. Каждое сообщение обсуждалось, что способствовало живому обмену мнений.

В первый день рассматривались вопросы диагностики приобретенных пороков сердца. В. В. Зарецкий (Москва), Н. Н. Малиновский (Москва), Г. И. Цукерман и сотр. (Москва), С. Г. Щерба и сотр. (Москва), В. М. Гришкевич и сотр.

(Москва) считают, что приобретенные пороки сердца надежно распознаются на основании осмотра, пальпации, перкуссии, аусcultации, ЭКГ, ФКГ. Большие трудности встречаются при диагностике органического поражения трехстворчатого клапана. Однако и этот порок сердца в сочетанном поражении клапанов, по данным В. М. Гришевича и сотр., распознается в 93,1%. Наибольшее значение имеет звуковая картина, ее изменения под влиянием вдоха. Следует помнить о повороте сердца и его полостей. Только в редких случаях, в основном при диагностике органического поражения трехстворки, приходится прибегать к катетеризации сердца. В. В. Зарецкий сообщил о применении двухпросветного катетера, который позволяет определять давление одновременно в предсердии и желудочке. Н. Н. Малиновский диагностировал тромбоз левого предсердия в 85%. Так как выбор метода операции при аортальном пороке зависит от степени стеноза, то Г. И. Цукерман и сотр. при многоклапанных пороках считают обязательным определение степени аортального стеноза путем дооперационного зондирования левых отделов сердца. В добавление к существующим методам диагностики для оценки аускультативных данных Л. Н. Гончарова, Г. П. Кузнецова (Куйбышев) используют спектральный анализ звуков сердца. Кроме этого метода, Г. П. Кузнецова в диагностике пороков сердца применяет анализ кривых верхушечных и сердечных толчков, дифференциальной реокардиограммы.

По данным А. М. Ахметова и сотр. (Москва), диагностика митрального рестеноза трудна, ибо ухудшение состояния больных может быть вызвано и другими причинами. Однако данные общеклинического обследования и специальных методов исследования позволяют точно определить характер изменений клапанов сердца, состояние легочных сосудов и сердечной мышцы и степень недостаточности кровообращения.

Л. М. Рахлин и В. М. Андреев (Казань) говорили о ценности определения равномерности альвеолярной вентиляции (методом одиночного вдоха кислорода) в диагностике органического поражения трехстворчатого клапана.

В. В. Соловьев, А. А. Горбаченков (Москва) в экспериментах на собаках показали, что митрализация при аортальных пороках может происходить под влиянием гемодинамических сдвигов — изменения давления в полостях сердца — без наличия недостаточности митрального клапана.

Б. М. Костюченок, В. Л. Калика и сотр. (Москва) сообщили о «печеночном барьере» при трикуспидальном стенозе. При этом пороке определяется вторично-печеночная гипертония, которая вызывает вначале функциональные изменения, а затем органические на границе воротной и печеночной систем. У оперированных с органическими изменениями этого «барьера» результаты оказались плохими.

Темой второго дня работы пленума являлась недостаточность кровообращения при приобретенных пороках сердца. Председательствовал П. Е. Лукомский.

В опытах В. В. Соловьева и сотр. (Москва) по изучению сократительной функции миокарда и гемодинамики при экспериментальных прогрессирующих пороках сердца создание стеноза аорты приводило к возникновению компенсаторной преимущественно изометрической гиперфункции миокарда, которая характеризовалась увеличением систолического давления в левом желудочке, увеличением работы сердца, увеличением интрамиокардиального давления (в большей степени в области основания левого желудочка). При экспериментальной митральной недостаточности возникала компенсаторная преимущественно изотоническая гиперфункция сердца, которая характеризовалась увеличением давления в левом предсердии, увеличением работы левого желудочка. Интрамиокардиальное давление возрастало также в большей мере в области основания левого желудочка сердца.

Ф. З. Меэрсон и сотр. (Москва) исследовали динамику синтеза нуклеиновых кислот и белков миокарда в процессе развития тренированности организма к ежедневным воздействиям высотной гипоксии, а затем — влияние достигнутой тренированности на острую перегрузку сердца, вызванную у тренированных и контрольных животных посредством экспериментальной коарктации аорты. Оказалось, что предварительная тренировка к высотной гипоксии увеличивает резистентность сердца к острой перегрузке, вызванной возросшим сопротивлением изgnанию крови. Эта тренировка заранее обеспечивает постепенное развитие адаптационной перестройки сердца и тем самым предотвращает нарушение метаболизма и функций, составляющее основу острой сердечной недостаточности.

По данным А. В. Виноградова и сотр. (Москва), повышенная экскреция альдостерона с мочой и повышенная активность антидиуретического гормона в крови наблюдаются не у всех сердечных больных с отеками. Следовательно, повышенная активность указанных гормонов — не единственная причина появления отеков при недостаточности сердца. Существует еще какой-то фактор, вызывающий нарушение водно-электролитного обмена.

А. А. Кедров (Ленинград) считает, что в развитии сердечной недостаточности у больных пороками сердца кроме физического напряжения, активаций воспалительного процесса в миокарде играет роль влияние некоторых лекарственных средств (преднизолона и преднизона) за счет электролитных сдвигов, но наиболее постоянной причиной является присоединение мерцания или трепетания предсердий. Поэтому чрезвычайно важное значение имеет разработка не только методов устранения мерца-

тельной аритмии и трепетания предсердий у больных пороками сердца, но и методов длительного поддерживающего лечения для сохранения синусового ритма. Это важно еще и потому, что мерцательная аритмия таит в себе опасность тромбоэмболии.

Н. В. Антелава и сотр. (Тбилиси) изучали легочную гемодинамику у больных с митральным и митрально-трикуспидальным пороками сердца.

При митральном стенозе, сочетающемся с легочными васкулитами, артериитами и тромбоваскулитами, заболевание протекает с характерными чертами легочного сердца. При этом у больных наблюдается резко выраженная одышка, разлитой цианоз, кровохарканье. Часты интерстициально-сосудистые пневмонии, инфаркты легких, пневмопневмосклероз. Отмечается выраженная гипоксия, эритроцитоз, повышение свертывания крови. Нередко у этих больных диагностируют гематогенно-диссеминированный острый милиарный туберкулез легких, а также желудочно-кишечные кровотечения, язвы желудка, двенадцатиперстной кишки, толстого кишечника и т. д. из-за кислородного голодаания. Эти данные были представлены в докладе И. М. Ганджи и И. П. Лернера (Киев). Рекомендуются десенсибилизирующая терапия и средства, снижающие давление в малом круге кровообращения.

Л. Т. Малая и А. Д. Визир (Харьков) нашли, что сердечная недостаточность, а в ряде случаев и предшествующие ей изменения лишь внутрисердечной гемодинамики стимулируют повышенную секрецию альдостерона надпочечниками, следствием чего являются нарушения минерального обмена (задержка Na и потеря K), что ведет к прогрессированию застойных явлений и снижению сократительных свойств миокарда (накопление в мышце сердца Na). Симпатоадреналовая система угнетается, что авторы рассматривают как проявление своеобразной защитной реакции организма, предохраняющей в какой-то мере миокард от патологического воздействия катехоламинов.

А. И. Грицюк (Киев) считает, что при выраженной недостаточности кровообращения на почве пороков сердца кроме замедления кровотока в патогенезе тромбообразования могут иметь значение изменения не столько в свертывающей, сколько в фибринолитической системе крови.

Б. И. Воробьев и сотр. (Ростов-на-Дону) показали, что при мерцательной аритмии с нарастанием клинических симптомов недостаточности кровообращения увеличивается период напряжения и уменьшается период изгнания.

Материалы А. Л. Михнева и И. К. Следзевской (Киев) свидетельствуют о том, что для выявления начальной недостаточности левого желудочка у больных аортальными пороками сердца можно использовать метод эзофагоатриографии.

И. Т. Каляжный и Р. Б. Белкова (Фрунзе) нашли, что в стадии декомпенсации при ревматических пороках сердца сложные механизмы адаптации осуществляются и по линии снижения функции щитовидной железы. Гипотиреоз, по-видимому, повышает устойчивость организма к кислородному голодаанию. Авторы применяют антитиреоидную терапию у больных с недостаточностью сердца.

В. А. Романенко (Киев), используя радиометрический метод исследования, обнаружил ухудшение функциональной способности печени по мере нарастания степени недостаточности кровообращения.

В условиях усиления сердечной недостаточности при ревматических поражениях сердца ухудшение состояния сердца может быть связано с применением салицилатов (С. Г. Моисеев и В. С. Тиндиник, Москва).

Третий день работы пленума был посвящен отдаленным результатам хирургического лечения приобретенных пороков сердца. Председательствовал А. А. Кедров.

Н. М. Амосов, Л. Н. Сидаренко и сотр. (Киев), анализируя отдаленные результаты операций при митральных пороках, отметили хороший эффект у 62,5%, удовлетворительный — у 20,1% и неудовлетворительный — у 17,4% обследованных. Результаты митральной комиссуротомии зависят от многих факторов, в первую очередь от стадии порока, радикальности операции и течения ревматического процесса. Отдаленные результаты комиссуротомии со временем ухудшаются. Если через год после операции хорошие исходы наблюдались у 68,8%, то через 4 года — лишь у 49,2% обследованных. Ухудшение гораздо быстрее наступает после нерадикальных операций. Протезирование митрального клапана шариковым протезом обеспечивает хороший и стойкий гемодинамический эффект. В клинике внедрили антитромботические протезы с кольцом, полностью облитым тефлоном, что способствует профилактике тромбоэмбolicких осложнений.

Анализу отдаленных результатов митральной комиссуротомии были посвящены также доклады Е. Н. Мешалкина и сотр. (Новосибирск), А. А. Шалимова и Л. К. Зайченко (Харьков), С. А. Гаджиева и сотр. (Ленинград), М. С. Григорьева и Н. П. Кожевниковой (Ленинград), Б. А. Королева и сотр. (Горький), А. М. Ахметова и Л. В. Осиповского (Москва), В. С. Сергиевского и сотр. (Алма-Ата), А. Л. Микаеляна и сотр. (Ереван). Указывается, что основной причиной неудовлетворительного состояния больных после комиссуротомии служит обострение ревматического процесса. Имеют также значение травматическая недостаточность митрального клапана, комиссуротомия в неполном объеме, нарушения сердечного ритма, функциональное состояние миокарда.

Основой профилактики рестеноза является адекватная комиссуротомия.

С. В. Шестаков и сотр. (Куйбышев) считают, что митрально-аортальную комиссуротомию следует производить в относительно раннем периоде и в стадии ремиссии ревматического процесса. Только угрожающие состояния (отек легких, частые инфаркты легких и др.) делают комиссуротомию необходимой и при наличии обострения ревматического процесса.

Г. И. Цукерман и сотр. (Москва), В. И. Фуфин и сотр. (Новосибирск) пришли к выводу о нецелесообразности применения «закрытых» методов аортальной комиссуротомии. По мнению Г. И. Цукермана и сотр., показания к протезированию клапана как при аортальной недостаточности, так и при стенозе необходимо расширить.

Л. И. Фогельсон и О. Л. Духовная (Москва) предостерегают от ранней операции при митральном пороке, указывают на важность диспансерного наблюдения, активной терапии послеоперационного обострения ревматического процесса, правильной организации режима труда и быта, своевременного включения больных в трудовую деятельность.

З. Л. Долабчян и сотр. (Ереван) при изучении электрической активности сердца выяснили, что процессы, составляющие комплекс кардиального механизма компенсации при сужении митрального отверстия, подвергаются обратному развитию после эффективной операции.

З. М. Волынский, А. П. Колесов и сотр. (Ленинград) исследовали особенности течения ревматизма в послеоперационном периоде. Первое обострение ревматизма отмечено в ближайшие сроки после операции — на 2—5-й неделе. Частота ранних обострений составляет 25,6%. Чем эффективнее произведено расширение комиссур, тем реже рецидивы ревматизма. После повторных операций отсутствуют обострения ревматизма. Течение ревматизма в послеоперационном периоде имеет отчетливые особенности: учащение и особый характер поражения центральной нервной системы (эпилептиформные припадки, острые психозы, менингоэнцефалит, психо-патологические реакции), кровохарканье при отсутствии легочной гипертензии, что авторы связывают с воспалительно-аллергическим васкулитом. Нередки крапивница, отек Квинке, что также является следствием аллергических васкулитов. Иногда наблюдалась бронхиальная астма, синдром отсутствия пульса. У части больных была высокая артериальная гипертония, что может быть связано с васкулитом почек, надпочечника, гипофизарно-таламической зоны или областей, участвующих в регуляции артериального тонуса. После операции у некоторых больных развивается ожирение, которое достигает патологических степеней с отложением жира на лице, туловище, животе. Учащается беременность при таком же образеовой жизни. Возможно, все это зависит от перестройки гипофиз-адреналовой системы после коррекции порока. Авторы считают нецелесообразной стандартную аспирин-бициллиновую профилактику, так как она несет опасность развития язвенной болезни, образования камней в мочевыводящих путях, аллергизации больных бициллином.

С. Соколов и М. Савицкий (Свердловск) доложили о динамике легочной гипертонии по данным исследования внутрисердечного давления после митральной комиссуротомии. Они выявили, в частности, значительное повышение левопредсердного давления до операции при восстановлении синусового ритма методом электрической деполяризации у больных с резким стенозом. Подобное обстоятельство чревато опасностью развития острого отека легких и ставит под сомнение целесообразность этой процедуры до хирургической коррекции порока.

Многие выступающие на пленуме отметили отсутствие единой классификации и терминологии пороков сердца, критериев для оценки трудоспособности после операции на сердце.

В. А. Андреев (Казань)

ВЕНГЕРСКО-СОВЕТСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ ПО ИЗУЧЕНИЮ СЕРДЕЧНЫХ ГЛИКОЗИДОВ

(16—17/XII 1968 г., Москва)

Совместная венгерско-советская конференция по изучению сердечных гликозидов, выпускаемых в Венгерской Народной Республике, проходила в Институте кардиологии АМН СССР им. А. Л. Мясникова.

На конференции выступали 27 советских клиницистов и три венгерских ученых. Все докладчики высоко оценили качество чистых гликозидов из шерстистой наперстянки — ацедоксина, дигоксина и изоланида. Н. С. Кельгинбаев (Ташкент) доложил сравнительные данные по фармакотерапии недостаточности кровообращения гликозидами венгерского и отечественного производства. Б. Е. Вотчал (Москва) подчеркнул, что конференция посвящена не столько новым, сколько чистым гликозидам. Существует более 400 различных препаратов наперстяночной группы, однако из них врачами принято не более 5%. Он указал, что многие врачи (в том числе был упомянут и проф. Н. С. Кельгинбаев) неправильно подходят к оценке