

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 кардинального механизма компенсации при сужении митрального отверстия, подвергаются обратному развитию после эффективной операции.

З. М. Волинский, 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 гипертензия, 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 образе половой 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, аллергии больных бициллином.

С. С. Соколов и М. С. Савичевский (Свердловск) доложили о динамике легочной гипертензии 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 выступили 27 советских клиницистов и три венгерских ученых. Все докладчики высоко оценили качество чистых гликозидов из шерстистой наперстянки — ацедоксина, дигоксина и изолаида. 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

действия различных препаратов. Ошибка заключается в том, что говорят о более «мягком» или «лучшем» действии того или иного средства на сердечную мышцу. Между тем действие всех гликозидов на сократительность миокарда одинакова. Различие заключается в максимально переносимых дозах и времени получения полного эффекта. В заключение докладчик предупредил о необходимости глубокого изучения каждого препаратом немногих дигиталисных препаратов, чтобы уметь хорошо ими пользоваться. Он подчеркнул, что не следует увлекаться сложными методиками; наиболее важным методом у постели больного является наблюдение, которое должно вести не только врачом, но и средним медицинским персоналом. Применение инструментальных методик (ЭКГ, БКГ, анализ систолы и т. д.) нужно в экспериментах и при тонком исследовании свойств отдельных гликозидов.

З. И. Янушкевичус (Каунас) доложил о нарушениях сердечного ритма, вызванных гликозидами. Под влиянием препаратов наперстянки могут возникать любые нарушения ритма, особенно если гликозиды сочетаются с мочегонными средствами. Применение дигиталисных препаратов требует от врача всегда чувства ответственности.

М. Б. Гельфонд (Москва) представил графический метод расчета дозы сердечных гликозидов при переводе больных с одного препарата на другой. Докладчик применил математический метод и составил специальную номограмму.

Второе заседание было посвящено применению гликозидов при стенокардии и инфаркте миокарда. С докладами выступили Е. И. Чазов и сотр. (Москва), Д. Керкович (Будапешт), Г. Е. Перчикова, И. Н. Рыбкин (Москва), Л. П. Ермилов (Ленинград), М. Е. Слуцкий (Москва) и др. Большинство считает, что порог чувствительности к гликозидам при инфаркте миокарда снижен и поэтому применение их требует особой осторожности. Однако И. Н. Рыбкин, Л. П. Ермилов, И. Л. Хвойницкая (Москва) призывали к более широкому назначению гликозидов при коронарной недостаточности. Они в поликлинических условиях почти всем больным назначали дигиталисные препараты и не видели при этом ни разу ухудшения стенокардии.

Выступивший в прениях З. И. Янушкевичус сказал, что он очень обеспокоен широкой рекомендацией препаратов дигиталиса «коронарным» больным. По его мнению, гликозиды для этой группы больных, как правило, не нужны. Особенно опасны препараты дигиталиса при инфарктах миокарда. Их можно давать только при значительной тахикардии и выраженной правожелудочковой недостаточности, и то с большой осторожностью.

Г. М. Соловьев и сотр. (Москва) сообщили о применении гликозидов у больных с ревматическими пороками сердца до и после операции. Перед операциями на сердце, независимо от степени компенсации, они всегда назначали дигиталис в максимально переносимых дозах, причем никогда не наблюдали каких-либо осложнений или явлений интоксикации. В послеоперационном периоде хирурги шли иногда на применение малых доз строфангина, не считаясь с предыдущей длительной дигитализацией своих больных. Следует учесть, что они всегда назначали большие дозы калия — до 15—18 г в сутки.

В. С. Смоленский (Москва) остановился на сочетанном лечении больных с сердечной недостаточностью гликозидами и антиальдостероновыми препаратами. Он указал на большую роль альдостерона в патогенезе аритмий и рекомендовал сочетать гликозиды с альдактоном. По его данным, экстрасистолы исчезают через 5—6 дней такой терапии. В прениях (т. Маслюк) было подчеркнуто, что альдактон и прогестерон предупреждают интоксикацию дигиталисом даже при применении больших доз гликозидов.

А. В. Виноградов и В. М. Павлов (Москва) отмечают, что дефибрилляция не решает полностью проблемы восстановления ритма при мерцании предсердий у больных пороками сердца, так как синусовый ритм сохраняется через год только в 6%. Поэтому большая группа больных с мерцательной аритмией требует постоянного применения гликозидов. Интересен опыт Н. А. Долгопоска (Москва) лечения сердечными гликозидами больных брадисистолической формой мерцательной аритмии. У больных с недостаточностью сердца при брадиаритмии применяли гликозиды в сочетании с эфедрином (внутри по 0,05—0,025 или внутримышечно по 1 мл 5% раствора). Однако выступивший в прениях Кац (Донецк) отнесся к этому предложению отрицательно.

В заключительном слове председательствовавший З. И. Янушкевичус еще раз подчеркнул, что выпуск большого количества различных дигиталисных препаратов часто приводит к излишнему увлечению новинками. Врачу следует детально изучить те 4—5 препаратов, которые он постоянно применяет.

М. И. Когурова (Казань)