

2. Рентгеноманометрическое исследование во время операции по сравнению с данными клинического исследования позволяет дополнительно выявить конкременты в протоках, снижает число напрасных холедохотомий «в связи с подозрением».

ЛИТЕРАТУРА

1. Бакулев А. Н. и Морозов Ю. И. Хирургия, 1963, 11. — 2. Вилявин Г. Д. и Гришкевич Э. Ф. Хирургия, 1964, 1. — 3. Гальперин Э. И. и Островская И. М. Контрастное исследование в хирургии желчных путей. Медицина, М., 1964. — 4. Горникевич Т. Вестн. рентгенол. и радиол., 1957, 1. — 5. Зарзар А. С. и Семьяков В. П. Мед. ж. Узбекистана, 1963, 8. — 6. Королев Б. А. и Пиковский Д. Л. Хирургия, 1961, 7. — 7. Линдебрaten Л. Д. Рентгенологическое исследование печени и желчных путей. Медгиз, М., 1953. — 8. Маниртурмов С. М., Варновичкий Г. И. и Смирнов К. Ф. Сов. мед., 1962, 12. — 9. Пиковский Д. Л. Осложненный холецистит и его хирургическое лечение. Автореф. докт. дисс., Горький, 1964. — 10. Ситенко В. М. и Нечай А. И. Вестн. хир., 1964, 4. — 11. Фромгольд. Радиология диагностика, 1961, 2. — 12. Шор Л. М. и Данилов А. Я. Вестн. хир., 1966, 9. — 13. Calcock P. B., Perey B. Surg. Gynec. Obstet., 1963, 5; 1964, 1. — 14. Collett H., Caylor H., Tirman W. Am. J. Surg., 1950, 5. — 15. Glenn F. Surg. Gynec. Obstet., 1952, 4. — 16. Glenn F., Johnson G. Ibid., 1957, 2. — 17. Glenn F., Beil A. Ibid., 1964, 3. — 18. Hess W. Operation Cholangiographie. J. Thieme, Stuttgart, 1955. — 19. Mallet-Guy P., Jacquement P. Lion Chir., 1956, 2. — 20. Norman O. Surg. Gynec. Obstet., 1952, 2. — 21. Saupol G. M. Ann. Surg., 1961, 4. — 22. Smith A. M., Wilhelm M. C. Am. J. Surg., 1959, 4. — 23. Wildehans H. Chirurg, 1956, 1.

УДК 616.12—007.2—616.12—008.46

ПОМОЩЬ ПРИ ОСТРОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ БОЛЬНЫМ ПОРОКАМИ СЕРДЦА

С. В. Шестаков и И. В. Максимова

*Кафедра пропедевтики внутренних болезней (зав. — проф. С. В. Шестаков)
Куйбышевского медицинского института*

Острая сердечная недостаточность, это тяжелое осложнение заболеваний сердца, значительно ухудшает прогноз и иногда ведет к летальному исходу.

Настоящее сообщение основано на наблюдении за лечением 46 больных пороками сердца с острой сердечной недостаточностью.

Мы считаем необходимым остановиться на одной особенности нарушений гемодинамики при митральном стенозе. При этом пороке сердца застой в легких является результатом не слабости левого желудочка, а своеобразного нарушения гемодинамики, возникающего вследствие того барьера, который имеется в левом предсердножелудочковом отверстии. Обычно у таких больных возникает легочная гипертония и усиление деятельности правого желудочка.

Преобладала левожелудочковая сердечная недостаточность, но иногда она бывала тотальной. Нередко наряду с сердечной недостаточностью появлялась (10 больных) сосудистая. Это в значительной мере затрудняло борьбу с нарушением кровообращения.

При слабости сердца в первую очередь следует прибегать к введению самого сильного сердечного средства — строфантина. Но нужно помнить, что, во-первых, слишком большая доза его может вызвать тахикардию и даже трепетание желудочков, а во-вторых, усиление деятельности правого желудочка при митральных пороках увеличивает кровенаполнение малого круга кровообращения. Мы наблюдали у 2 больных, страдавших сочетанным митральным пороком с преобладанием стеноза, приступ сердечной астмы с отеком легких при внутривенном введении строфантина. Полкардиографический анализ деятельности сердца показывает, что у ряда больных под действием строфантина нормализуются фазы систолы левого желудочка, укорачивается фаза изометрического сокращения и период напряжения в целом, а фаза изотонического сокращения удлиняется.

Если введение строфантина не помогает, необходимо сделать кровопускание с последующим повторным введением строфантина. Такая терапия была проведена 24 больным ревматическими пороками сердца с явлениями острой сердечной недостаточности.

У большинства это мероприятие привело к ликвидации отека легких. Иногда врач останавливает от проведения кровопускания низкое АД. Если это результат сосудистой недостаточности, то нужно поднять АД с помощью введения мезатона или других средств.

Несомненную и часто даже большую, чем кровопускание, пользу в борьбе с отеком легких сердечного происхождения могут принести ганглиоблокирующие средства.

Мы разделяем мнение Б. Б. Когана, что большим с сердечной астмой при достаточно высоком АД целесообразно вводить эуфиллин. Гексаметоний иногда также действует при отеке легких сильнее, чем кровопускание. О могучем действии гексаметония подробно сообщал А. В. Виноградов. Путем экспериментальных исследований и клинических наблюдений он установил, что гексоний увеличивает минутный объем без сопутствующего увеличения внешней работы сердца. За последние полгода мы успешно применили гексаметоний при отеке легких 11 больным 14 раз.

При назначении мезатона или норадrenalина необходимо учесть следующее. Ассистент нашей клиники И. Я. Певзнер в эксперименте на собаках показал, что адреналин и норадреналин оказывают выраженное гистотоксическое действие на сердечную мышцу. Это объясняется относительным увеличением поступления в сердечную мышцу катехоламинов, повышением обмена веществ в сердце и неусвоением клетками миокарда кислорода. Мезатон же обладает слабо выраженным гистотоксическим действием, поэтому он при лечении больных с сосудистой недостаточностью и поражением сердца безопаснее, чем норадреналин и адреналин.

При падении АД, ослаблении пульса мы вводим внутривенно ампульный раствор преднизолона (30—40 мг).

Целесообразны при острой сердечной недостаточности, особенно левожелудочковой, инъекции промедола, пантопона, морфина в сочетании с платифиллином или атропином. Снижение возбудимости дыхательного центра ведет к уменьшению удушья, являющийся отека легких.

Действенным мероприятием является вдыхание кислорода, насыщенного парами спирта.

При пароксизмальной тахикардии, мерцании и трепетании предсердия мы назначали внутримышечно 2 мл 10% раствора новокаинамида. Если не было побочных реакций, вводили еще 5 мл внутримышечно и реже внутривенно. При отсутствии эффекта через 30 мин. повторяли инъекцию в той же дозе. Если удушье и отек легких возникали в результате пароксизмальной тахикардии или тахисистолической формы мерцания и трепетания предсердий и медикаментозное лечение не давало эффекта, мы производили электрическую дефибрилляцию сердца (Ю. П. Миронова).

Нередко при острой сердечной недостаточности возникает рвота, чему может способствовать введение наркотиков. Для устранения рвоты мы вводили внутримышечно аминазин, а при низком АД — одновременно и мезатон. У большинства больных рвота прекращалась.

Если перечисленные методы не снимали сердечной недостаточности у больных с митральным стенозом, производилась комиссуротомия (Е. В. Пономарев, клиника факультетской хирургии).

Мы, как и Р. Г. Межебовский, М. С. Вовси и сотр., считаем противопоказанным введение глюкозы при выраженной сердечной недостаточности. Внутривенное вливание гипертонического раствора глюкозы увеличивает количество циркулирующей крови и ведет к перегрузке сердца. Кроме того, глюкоза увеличивает потребность сердца в кислороде, и без того нуждающегося в нем, особенно при нарушениях коронарного кровообращения. Также нецелесообразно, по нашему мнению, введение концентрированного раствора хлористого кальция.

Лечение больных с острой сердечной недостаточностью требует применения различных средств, причем подбор их должен меняться в зависимости от состояния больного.

Применяя описанные методы, мы из 46 больных с явлениями острой сердечной недостаточности получили хороший эффект у 42.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вовси М. С., Кишинский Е. Л. Исследование коронарного кровообращения. Прага, 1960. — 2. Коган Б. Б. Тр. I Всероссийского съезда терапевтов. Медгиз, М., 1960. — 3. Межебовский Р. Г. Лечение и профилактика сердечной недостаточности. Медгиз, М., 1963. — 4. Шестаков С. В., Гасилин В. С., Федосеев А. А. Мат. II Всероссийского съезда терапевтов. Медицина, М., 1964.