

Ф. Р. Богданов и В. Ч. Левенец (Киев) доложили о комплексном лечении больных с деформирующими артрозами тазобедренного сустава.

Для делегатов были продемонстрированы кинофильмы по вопросам лечения больных с ортопедическими деформациями (Вейкерш и Шульце, г. Дрезден), лечебной гимнастике (Кох, г. Мюнстер), снабжении ортопедическими изделиями (Виттиг, Вирбац, Кох, г. Берлин; Бауерманн, г. Кирхмезер) и др.

Проф. Кениг пригласил советскую делегацию в Берлин для ознакомления с его клиникой. Здесь мы провели весь последний день нашего пребывания в ГДР. Клиника оставила отличное впечатление. В ней до профессора Кайзера работали крупнейшие немецкие ортопеды Гоффа, Иохимсталь, Гохт, Леффлер и другие.

Проф. Л. И. Шулутко (Казань)

СОВЕТСКО-ВЕНГЕРСКИЙ СИМПОЗИУМ, ПОСВЯЩЕННЫЙ ГИПОТЕНЗИВНЫМ ПРЕПАРАТАМ

(19—20/IV 1968 г., Москва)

С программным докладом выступил действительный член АН Венгрии проф. П. Гэмери (доклад печатается в настоящем номере журнала). В других докладах как советских, так и венгерских ученых были представлены подробные данные о влиянии допегита и санотензина на сердечно-сосудистую систему, артериальный и венозный тонус, почечный кровоток, электролитный обмен, экскрецию катехоламинов и т. д.

Все выступающие отмечали, что допегит и санотензин являются более сильными гипотензивными средствами, чем резерпин и гипотиазид. С их помощью можно добиться снижения АД и при тех вариантах артериальной гипертензии (злокачественная гипертоническая болезнь, почечная гипертензия), которые ранее не поддавались воздействию.

Эти препараты, особенно санотензин, могут вызывать ортостатическую гипотонию (вплоть до коллапса), что требует осторожности в их применении, соответствующего контроля за АД в горизонтальном и вертикальном положениях и постепенности наращивания доз. Желательно начать лечение в стационаре, но после подбора дозы возможно применение их и в амбулаторных условиях. Об успешном применении допегита в поликлинике сообщили В. Е. Зайцева и Г. В. Зиновьева (Калинин).

Действие санотензина в основном связано не с ослаблением сосудистого сопротивления, а в большей степени со снижением сократительной функции миокарда. При этом сосудистое сопротивление часто даже повышается, но это повышение менее значительно, чем падение сердечного выброса, что и обуславливает снижение АД. При быстром снижении сократительной функции миокарда и падении АД могут создаться неблагоприятные условия для коронарного кровоснабжения; у некоторых больных было отмечено возникновение приступов стенокардии и острой сердечной недостаточности. Поэтому применение этих средств при выраженном атеросклерозе или после недавно перенесенного инфаркта миокарда (до 6 месяцев) противопоказано.

Была подчеркнута необходимость непрерывности лечения больных гипертонической болезнью и использования принципа комбинированной терапии как этими средствами, так и резерпином и салуретиками.

Проф. Я. М. Милославский (Казань)

ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА В ХИРУРГИИ

(Пленум Всесоюзного научного общества врачей-лаборантов)

27—30/V 1968 г., Ульяновск

В работе пленума приняли участие представители всех республик СССР, краев и областей Поволжья.

Современная хирургия развивается быстрыми темпами, и ответственные оперативные вмешательства требуют тщательного лабораторного контроля до, во время и после операции. Комплексная патогенетическая терапия в современной хирургической клинике не может решаться без подробных лабораторных исследований.