

больных с атеросклеротическим кардиосклерозом в стадии компенсации или нарушением кровообращения не больше I степени; нельзя направлять больных с выраженными формами коронарного атеросклероза старше 60 лет, страдавших в прошлом грудной жабой или перенесших инфаркт миокарда.

По наблюдениям З. А. Данилова, у подавляющего большинства больных атеросклерозом под влиянием гидроаэроионотерапии улучшается общее состояние и гемодинамика, выравнивается лецитин-холестериновый показатель.

По данным Н. В. Мгеладзе, Ш. Ш. Метонидзе, Д. Г. Датешидзе, в условиях курорта Сухуми показана лечение больных с атеросклеротическим кардиосклерозом без выраженных нарушений мозгового и коронарного кровообращения в стадии компенсации или с недостаточностью кровообращения не более II А стадии.

Н. Ф. Цхомелидзе, Ш. Б. Нуцубидзе, Л. М. Ткамаладзе отметили большую эффективность лечения больных атеросклеротическим кардиосклерозом радоновыми ваннами в комплексе с лечебной физкультурой и новокаин-электрофорезом, по сравнению с лечением только радоновыми ваннами. Они подтвердили, что кардиосклероз чаще наблюдается у работников умственного труда и реже — у лиц, занятых физическим трудом.

Р. М. Месхриказе наблюдал у больных гипертонической болезнью I А и Б и II А стадий под действием цхалтубских термально-азотно-радоновых ванн снижение артериального давления почти до нормы (в результате снижения возбудимости корковых и подкорковых вазомоторных центров).

Г. Е. Лурье и С. В. Андреев подтвердили, что персонал радоновой лаборатории подвергается внешнему облучению за счет гамма-излучения и внутреннему — за счет излучения вдыхаемого радона и продуктов его распада; персонал же радоноводолечебницы подвергается только внутреннему облучению.

По мнению докладчиков, в радонолечебницах достаточно иметь приточно-вытяжную вентиляцию с пятикратным обменом воздуха в час, в некоторых случаях может потребоваться устройство местных отсосов. В радоновых лабораториях все операции по приготовлению, разливу растворов радона, а также хранение барботера с раствором радона должны производиться в вытяжном шкафу.

А. Г. Ибрагимова

(Казань)

Поступила 2 июня 1959 г.

КОНФЕРЕНЦИЯ ПО ПРОБЛЕМЕ „КОРОНАРНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ“

С 29 по 31 мая 1959 г. в г. Горьком прошла конференция Горьковского медицинского и Терапевтического общества по проблеме „Коронарная недостаточность“.

Конференция была приурочена к 60-летию со дня рождения и к 25-летию профессорской деятельности заведующего кафедрой факультетской терапии — Александра Исаевича Гефтера. В конференции принимали участие представители Москвы, Ленинграда, Казани, Ярославля, Сталинграда. Всего было заслушано 30 докладов.

В программном докладе проф. А. И. Гефтер подвел итоги 10-летней работы коллектива руководимой им кафедры, посвященной проблеме коронарной недостаточности.

Проведенные исследования позволили подчеркнуть роль функционального фактора в патогенезе коронарной недостаточности. Были обнаружены нарушения функций центральной нервной системы, сосудистого тонуса, изучены изменения в организме, обуславливающие развитие рефлекторной стенокардии (особенно при холециститах). Эти данные подтвердили значение спазмолитических средств в лечении всех видов коронарной недостаточности, а также подчеркнули роль лечения при рефлекторной стенокардии основного заболевания для профилактики грудной жабы и инфаркта миокарда.

Исследования показали также значение гуморальных нарушений в патогенезе инфаркта миокарда, в известной мере обосновали причины развития коронарной недостаточности у больных сахарным диабетом и холециститом, поскольку при этих заболеваниях нередко изменяется белковая формула крови в сторону увеличения α_2 - и γ -глобулинов, нарастания β -липопротеинов.

Представленные материалы позволили проф. Гефтеру выдвинуть положение о роли комбинации трех факторов в патогенезе инфарктов миокарда: 1) нервного, ведущего к коронарному спазму; 2) гуморального; 3) атеросклероза венечных артерий.

В докладе было подчеркнуто значение нарушений обмена веществ в миокарде для развития коронарной недостаточности — повышения потребления кислорода в связи с накоплением катехоламинов.

В клинике, в одной из первых в стране, внедрен метод прямой баллистокардиографии, причем проведено около 3000 исследований, показавших роль нарушений сократительной функции сердца в развитии коронарной недостаточности, в частности, инфаркта миокарда.

Вторым важным разделом работ клиники была разработка патогенетических методов лечения. Выявлено действие ряда новых отечественных спазмолитических препаратов — апрофена, нитранола, нитросорбида.

Широко изучалась антикоагулянтная терапия, при этом специально исследовались эффект гепарина и изменения под его влиянием различных фракций липопротеинов.

Разрабатывались вопросы режима больных инфарктом миокарда, причем были выработаны некоторые критерии расширения режима больных коронаротормбозом при различных формах течения болезни. Сконструировано специальное кресло-кровать для тяжелых больных инфарктом.

В докладе академика-секретаря АМН СССР В. В. Парина были выдвинуты положения об основах регуляции венозного кровообращения. Существенным механизмом в основе изменений венозного кровообращения являются нарушения биохимизма сердечной мышцы.

Большое значение было придано различным формам мелкоочаговых инфарктов. Важно выделять среди них заболевания, связанные со стенозирующим атеросклерозом, так как течение заболевания в этих случаях тяжелое, рецидивирующее. Эти положения выдвинуты и проф. С. В. Шестаковым (Куйбышев) в его докладе.

На основании метода радиоактивной индикации (J^{131}) и электрофореза была установлена возможность более точно определять длительность активной фазы ревматизма, ставить диагноз инфаркта миокарда в атипичных случаях, выявлять остроту процесса (изменения белковой формулы крови), характер атеросклеротического процесса (методом введения радиоактивного йода), как это показано проф. К. Г. Никулиным (Горький).

По данным отечественных и зарубежных авторов, инфаркт у лиц молодого возраста встречается далеко не редко. Необходимо привлечь внимание врачей к возможности таких заболеваний, ибо, согласно данным, представленным проф. Л. М. Рахлиным (Казань), инфаркт у молодых людей часто протекает весьма тяжело, нередко заканчивается летально. Клиника этих форм отличается своеобразием (высокой температурой, лейкоцитозом). Значительная летальность часто обусловлена поздней диагностикой.

В прениях было подчеркнуто весьма большое практическое значение этого доклада.

Баллистокардиографические и электрокардиографические, а также биохимические исследования (методом электрофореза) показали частоту нарушений венозного кровообращения, даже при бессимптомном течении, среди больных сахарным диабетом. Эти данные свидетельствуют о необходимости эффективного лечения сахарного диабета. Однако, инсулинотерапия при коронарных нарушениях не безразлична для состояния сердечно-сосудистой системы.

В докладе Н. О. Мешалкиной (факультетская клиника, Горький) было показано, что в этих условиях методом выбора является применение сульфаниламидных препаратов, не ухудшающих течения коронарного процесса.

О болях в сердце при тиреотоксикозе, эмфиземе легких, климаксе было доложено Ю. Кардаковым, С. Н. Соринсоном, Р. Г. Лурье (Горький). Во всех этих случаях основой заболевания является нарушение биохимизма миокарда. Отсюда практический вывод — лечение должно быть патогенетическим — иным, чем при грудной жабе атеросклеротического происхождения.

Особенно часто стенокардия развивается при холециститах. При этом имеют значение как рефлекторные изменения, так и гуморальные нарушения. Как показали исследования К. В. Зверевой и Е. Н. Кучиной, стенокардия при холециститах развивается обычно при атеросклерозе. При этом весьма важна правильная лечебная тактика. По данным Д. Л. Пиковского, противопоказанием к оперативному лечению в этих случаях является лишь острый инфаркт миокарда. Своевременное хирургическое лечение калькулезных холециститов является мерой профилактики и лечения коронарной недостаточности у этих больных.

С применением клинических, электро- и баллистокардиографических методов было доказано коронарорасширяющее действие нитранола и нитросорбида (В. Е. Мурашко и В. А. Гефтер), апрофена (И. А. Богословская), способных в ряде случаев предупредить приступы стенокардии.

Представлены данные об эффективности малых доз антикоагулянтов (Д. А. Альперович и Н. И. Чернышева), значении гепарина, причем изучались сдвиги под влиянием гепарина не только клинических показателей, но и изменений биохимизма крови (А. Г. Пономарева и С. И. Шмоткина).

Исследования по вопросам режима при инфаркте миокарда показали, что основными путями решения проблемы правильного расширения режима являются: 1) учет формы и течения болезни, 2) учет толерантности больных к тренировочным нагрузкам. Особенно важен контроль с помощью показателей крови, баллисто- и электрокардиограмм. Более раннее (после 12—14 дней обязательного строгого режима)

расширение режима возможно у больных легкими формами заболевания. Эти вопросы были освещены в докладе А. П. Матусовой. Уточнены показания к хирургическому лечению больных коронарной недостаточностью (доклады проф. Б. А. Королева, канд. мед. наук И. М. Гринвальда). Показана эффективность внутриартериального переливания крови при стенокардии (М. В. Введенская).

В докладе действительного члена АМН СССР проф. А. И. Нестерова (Москва) о лечении и профилактике ревматизма было подчеркнуто значение как инфекции, так и состояния организма больного и даны рекомендации по профилактике и лечению ревматизма салициловыми препаратами, антибиотиками и гормональными средствами (в частности, новыми).

Проф. К. Г. Никулин доложил об итогах 40-летней врачебной, научной и педагогической деятельности проф. А. И. Гефтера.

Проф. А. И. Гефтером было получено свыше 200 приветствий, в том числе от Коллегии Министерства здравоохранения РСФСР, Горьковского Областного и Городского Комитетов КПСС, Горьковского Областного и Городского Исполнительных Комитетов депутатов трудящихся, от различных учреждений и ученых нашей страны.

Материалы конференции составили сборник „Коронарная недостаточность“.

А. П. Матусова

(Горький)

Поступила 10 июля 1959 г.

БИБЛИОГРАФИЯ И РЕЦЕНЗИИ

На книгу Г. Л. Александра — „Осложнения при лекарственной терапии“
(перевод с англ. Медгиз, 1958, 367 стр.)

В последние годы резко увеличилось количество лекарственных препаратов самого различного действия, выпускаемых фармацевтической промышленностью Советского Союза и зарубежных стран. Применяется свыше 35 000 различных препаратов, из них наиболее распространены 1000. Это настоятельно диктует необходимость систематического ознакомления широких врачебных кругов с новыми лекарственными средствами, способами их применения, дозировками и, конечно, возможными при их применении осложнениями. Поэтому следует приветствовать появление в русском переводе под редакцией Е. М. Тареева книги Г. Л. Александра „Осложнения при лекарственной терапии“, в которой достаточно подробно, но в сжатой форме, критически оценивается обширная литература по рассматриваемой проблеме.

Во введении (глава 1) автор останавливается на общих вопросах повышенной чувствительности к лекарственным веществам. Он поддерживает точку зрения, что в основе большого числа реакций повышенной чувствительности лежат аллергические механизмы. Не отрицая важного значения аллергии, мы считаем подобного рода трактовку несколько односторонней. Значительно более полную, всестороннюю классификацию побочных токсических и других нежелательных действий лекарственных средств на организм предлагает Е. М. Тареев, различающий: 1) проявления собственно „побочного“ действия, помимо желаемого фармакологического эффекта, на различные органы и системы больного, включая раздражающее действие на месте их введения и выведения; 2) проявления индивидуальной непереносимости, сверхчувствительности или идиосинкразии — лекарственная болезнь в собственном смысле (лекарственная болезнь может обусловить при этом и более тяжелое течение основного заболевания); 3) нежелательные последствия прямого фармакодинамического химиотерапевтического эффекта лекарственных средств — признаков обезвоживания организма под действием мочегонных, или при лечении инфекций: а) реакция обострения вследствие распада (лизиса) микробных тел или распада специфического воспалительного инфильтрата, б) учащение рецидивов (обострений) заболевания, в основном вследствие подавления химиотерапевтическим средством антигенного раздражения и недостатка иммунологической реакции организма, в) утрата специфического действия антибиотиков (и химиопрепаратов) в результате развития у микробов устойчивости к антибиотикам и даже „зависимости“ от них с вытекающими отсюда последствиями, г) синдром аутоинфекции микробами-антагонистами“. Эта классификация дает возможность более подробно, чем это делает автор книги, оценивать и анализировать осложнения лекарственной терапии.

Во второй главе описываются патогенетические механизмы осложнений лекарственной терапии, которые автор сводит, в основном, к иммунным реакциям. Рассматриваются три типа иммунных реакций — первый тип, относящийся к аллергии, подробно разбираемой в данной главе; второй тип — отождествляемый с тромбоцитопенической пурпурой, возникающей после приема внутрь некоторых лекарственных веществ (например, седормида, хинидина, хинина); третий тип — иммунный процесс.