

ных. В 1996 г. кафедра совместно с сотрудниками РКБ МЗ РТ планирует организацию Республиканской научно-практической конференции, посвященной 60-летию кафедры.

Важнейшими перспективными задачами кафедры являются значительное повышение эффективности учебно-методической, научно-исследовательской, лечебно-диагностической и консуль-

тивной деятельности сотрудников, совершенствование учебного процесса в плане как обучения студентов, так и последипломной подготовки интернов и клинических ординаторов, а также активное участие в реализации государственной программы охраны и укрепления здоровья населения Республики Татарстан.

Поступила 19.04.96.

СЪЕЗДЫ И КОНФЕРЕНЦИИ

У ВСЕРОССИЙСКИЙ СЪЕЗД КАРДИОЛОГОВ

(16—18 апреля 1996 г., г. Челябинск)

Съезд открыл президент Всероссийского научного общества кардиологов (ВНОК) проф. В.А. Люсов (Москва). Он отметил, что общество за 4 года деятельности по новому уставу и юридическому статусу завершило перерегистрацию и насчитывает в своем составе 54 региональные организации. В 1993 г. на XV конгрессе Европейского общества кардиологов ВНОК было принято в его состав в качестве постоянного члена организации с правом решающего голоса. Это вступление позволит ускорить международную интеграцию кардиологов, без которой немалым прогресс в области фундаментальных и прикладных исследований, подготовки кадров, расширения международных связей.

На пленарном заседании в докладе “Эпидемиология и профилактика сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) в России” выступил академик РАЕН, проф. Р.Г. Оганов. Он сообщил, что в МЗ и МП РФ готовится программа обучения врачей лечению больных АГ, в основе которой лежат профилактические мероприятия (снижение избыточной массы тела, регулярные физические упражнения, ограничение потребления алкоголя и поваренной соли, употребление продуктов, содержащих калий), а затем следует подбор гипотензивной терапии (диуретики, бета-блокаторы, антагонисты кальция, альфа-блокаторы, ингибиторы АПФ). Следующий, возможно, ключевой фактор риска ИБС — холестерин, оптимальный уровень которого в крови находится в пределах от 190 до 212 мг/дл. Снижение в США за последние 35 лет смертности от острых церебральных сосудистых катастроф на 58% и от ИБС на 48% обусловлено на 54% изменением образа жизни (массовый отказ от курения, гипохолестериническая и гипокалорийная диета), на 39,5% — медицинским вмешательством (антигипертензивная и гипохолестериническая терапия).

Профилактике ИБС было посвящено выступление проф. И.Н. Бокрева (Москва). Он отметил, что госпитальная летальность от ИМ, которая в середине 70-х годов составляла 30—50%, в настоящее время в лучших клиниках снижена до 5—10%. Вместе с тем более 60% больных погибают в течение первого часа заболевания, когда подавляющем большинстве случаев медицинская помощь им оказана быть не может. В 25% случаев заболевание протекает со стертой или маловыразительной симптоматикой и больные также не получают своевременной полноценной терапии. Поэтому очень важна профилактика ИБС. Тактика ее — воздействие на те факторы риска, которые могут подвергаться модификации: наибольшее значение придается рациональной диете, отказу от курения, физическим тренировкам не менее 4 раз в неделю (ходьба, бег, плавание, езда на велосипеде) под врачебным контролем, интенсивность — до легкой одышки и достижения частоты сердечных сокра-

щений до 60—70% от максимальной. В лечении больных АГ следует придерживаться следующих правил: при уровне АД менее 140/90 мм рт.ст. необходимо наблюдение, при стабильной АГ выше 140/90 мм рт.ст. и наличии других факторов риска — немедикаментозные методы лечения, при АГ выше 160/95 мм рт.ст. на протяжении более 3—6 месяцев — лекарственная терапия, которая обязательна при АГ более 170—180 мм рт.ст. Можно использовать все препараты, которые снижают АД. Важен контроль за уровнем глюкозы в крови (менее 7 ммоль/л натощак и менее 10 ммоль/л в любое время суток).

Проф. Л.А. Лешинский и соавт. (Ижевск) поделились отдаленными результатами лечения аритмии с помощью ЭКС. Длительная фармакотерапия сердечными гликозидами, каптоприлом, диуретиками вызывает регресс недостаточности кровообращения, улучшает качество жизни.

Проф. Э.В. Минаков и соавт. (Воронеж) доложили о клинических вариантах течения мультифокального атеросклероза. Целью работы являлось изучение особенностей течения атеросклеротического процесса у больных с сочетанным поражением коронарных артерий и сосудов нижних конечностей. У 46 из 57 больных на протяжении длительного периода доминировали клинические проявления хронической ишемии нижних конечностей. Авторы считают целесообразным выделение понятия “лидирующая область поражения”, которым бы можно было пользоваться при неодинаковом темпе прогрессирования атеросклероза в различных сосудистых областях.

Проф. Л.И. Кательницкая (Ростов-на-Дону) сообщила о многофакторном анализе причин, вызывающих отек легких у больных инфарктом миокарда. С помощью прикладных программ по статистическому анализу биомедицинской информации автору удалось показать, что гипотетическая величина подчас неизвестного фактора характеризует выраженность влияния тех или иных признаков на особенности клинического течения заболевания.

Опытом многолетней реабилитации больных стенокардией поделился проф. В.В. Анкин (Тверь). По его данным, летальность больных стенокардией, получающих лечение, составляет 3,4%, без лечения — 8,5%. Автор считает, что многолетняя контролируемая реабилитация при стенокардии способствует мобилизации резервов кровообращения, улучшает работоспособность и прогноз заболевания.

В докладе проф. В.А. Люсова (Москва) рассматривалась тромболитическая и антикоагулянтная терапия инфаркта миокарда. Многолетние изыскания известного специалиста позволили выделить следующую цепочку этапов терапии острого периода (не более 6 ч) ИМ: тромболитики, затем покой в течение 3—4 часов, далее

гепарин (лучше низкомолекулярный) в сочетании с аспирином. Интересные сведения содержались в докладе проф. Я.Л. Габинского (Екатеринбург) “Суточная и сезонная вариабельность осложнений при ИМ и их прогностическая значимость”. Показано, что критическим периодом суток является время от 0 до 12 часов, когда возникает 61,1% всех случаев ОИМ, причем у мужчин трудоспособного возраста (41—60 лет) — в утренние часы (4—8 ч), у женщин — в позднее дневное время. Это связано с тем, что после пробуждения выявляются увеличение агрегации тромбоцитов и наибольшая вязкость крови, повышается АД и возрастает ЧСС. На зиму приходится до 30% случаев ИМ, летом их менее 17%, а весна и осень в этом отношении занимают промежуточное положение. В каждом из сезонов года на протяжении суток имеются периоды, когда угроза возникновения осложнений, усугубляющих течение болезни и ведущих к летальному исходу, наиболее велика.

Проф. М.П. Савенков (Москва) в докладе о применении низкомолекулярного гепарина (фраксипарина) и антиагреганта (тиклида) для вторичной профилактики ИБС сообщил, что кальцинированный гепарин мягче выделяется из подкожного депо. Доза, равная 12,5 тыс. ЕД подкожно 2 раза в день, достаточна для предотвращения венозных тромбозов — в таких случаях важно подавить активность фактора X, поэтому фраксипарин рассчитывают в “антидесятьях факторах единиц” (А Ха ед). Для лечения при ИМ фраксипарин вводят по 25 тыс. А Ха ед. 2 раза в день подкожно. Препарат не дает осложнений и рекомендован для применения в акушерстве, хирургии, кардиологии. Тиклид при ИМ рекомендуется принимать 3-5 недель, он является протектором реокклюзии, видимо, из-за изменения молекулы фибриногена.

Доктор мед. наук С.Ю. Марциевич доложил о фармакологических свойствах антагонистов кальция. Нифедепины могут быть опасными при нестабильной стенокардии, ОИМ, застойной сердечной недостаточности, так как вызывают проишемическое действие. После 5 недель лечения нифедепином может развиваться синдром отмены — снижение толерантности к физической нагрузке, появление синдрома безболевой ишемии. Препараты этой группы следует назначать дифференцированно с учетом индивидуальной чувствительности больных. Сообщение А.С. Румянцева (Москва) “Место нифедепила в лечении синдрома АГ и стенокардии. Есть ли повод для разочарования?” в основном касалось широко распространенного в нашей стране слуха о вредности нифедепила. Эта тема была выбрана и для “круглого стола”. Вот уже более полугодя, как авторы этих строк наблюдают шумные споры московских ученых, начинателем которых стала статья проф. Юренева в “Московском комсомольце” “Лекарства-убийцы?!”. Нам это больше напоминает известный литературный персонаж, где унтер-офицерская вдова сама себя сечет. Действительно, два вашингтонских профессора (Furberg и Psaty) в 1995 г. опубликовали статью об опасности применения нифедепила, где указали, что риск внезапной смерти (по сравнению с плацебо) возрастает чуть более 1%. Трудно предположить, чем руководствовался проф. Юренив, публикуя свою статью в немедицинской печати, равно как трудно понять ученых, вдруг грубую вставших на защиту нифедепила.

Нам представляется, что лечение коротко действующими антагонистами кальция дигидропиридинового ряда противопоказано при ОИМ и нестабильной стенокардии, не показано для лечения больных с сердечной недостаточностью

и сниженной функцией сократимости левого желудочка. Нежелательно длительное назначение нифедепила, особенно в дозах, превышающих 40 мг/сут. Однако он может быть использован для купирования гипертонических кризов и приступов вазоспастической стенокардии. При показаниях к лечению антагонистами кальция рекомендуется применять верапамил, дилтиазем и длительно действующие дигидропиридиновые производные. Эта же точка зрения прозвучала и в рекомендациях “круглого стола”.

Проф. А.В. Туев и Л.А. Некрутенко (Пермь) в сообщении “Система гемостаза и метаболическое обеспечение АГ” представили фактор Виллебрандта (ФВ) как предиктор диагностики ГБ. Оказалось, что активность ФВ больше 115% является признаком ГБ, меньше 115% — симптоматической АГ.

Пути решения проблемы АГ на врачебном участке осветил проф. В.С. Волков (Тверь). Исходя из своего опыта, автор считает, что врач может проводить на вверенном ему участке широкую профилактическую программу в отношении ССЗ и АГ в частности. Так, уже в течение 3 лет возможно выявление в общей популяции 95% всех лиц с АГ и пограничной АГ, привлечение к достаточно регулярному сотрудничеству с медицинскими работниками около 2/3 всех выявленных пациентов и достижение эффективного контроля АГ у 52% лиц, частично эффективного контроля АГ у 34%, что позволяет на 43% снизить частоту АГ в популяции.

Проф. А.Н. Орехов (Москва) указал, что при заболеваниях, основой которых является атеросклероз, следует проводить преимущественно симптоматическое лечение или лечение, направленное на снижение влияния основных факторов риска атеросклероза. Одним из методов прямой антиатеросклеротической (антиатерогенной) терапии может быть длительное применение эрапамила и порошкообразного чеснока пролонгированного действия.

Проф. Е.В. Колпаков (Москва) сообщил об использовании динамической кардиомиопластики в лечении больных с ДКМП и ИБС с СН. Выживаемость достигает 5—6 лет, однако операция может предшествовать пересадке сердца.

Большой интерес вызвал доклад проф. М.А. Гуревича “Особенности лечения сердечной недостаточности у больных с некоронарогенными заболеваниями миокарда”. Диагностика этих заболеваний трудна, приходится прибегать к коронаро- и вентрикулографии, субэндокардиальной биопсии. В терапии широко используются нестероидные противовоспалительные препараты в течение 3—12 месяцев и ограниченно — глюкокортикоиды (при миоперикардитах, аллергических миокардитах, полной неэффективности НПВП) в дозе не более 30—40 мг/сут. Поскольку судьбу больных решают гемодинамические расстройства, назначаются ингибиторы АПФ, сердечные гликозиды, бета-адренблокаторы. Совершенно необходимы метаболические препараты. Сочетание ингибиторов АПФ с сердечными гликозидами снижает риск развития наперстячной интоксикации, которая особенно значительна при ФВ менее 30%.

Генеральная ассамблея членов ВНОК заслушала и одобрила отчеты президента ВНОК проф. В.А. Люсова и председателей комиссий. Ассамблея переизбрала на очередной срок проф. В.А. Люсова, а также членов правления, в число которых вошли и авторы данной статьи.

Проф. И.П. Арлеевский,
проф. И.А. Латфуллин (Казань)