

КОНФЕРЕНЦИЯ ПО АТЕРОСКЛЕРОЗУ И КОРОНАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

21—23/IX 1966 г. в Казани состоялась выездная сессия Института терапии АМН СССР совместно с Казанским ГИДУВом им. В. И. Ленина и Казанским ордена Трудового Красного Знамени медицинским институтом им. С. В. Курашова, посвященная актуальным проблемам этнологии, патогенеза, клиники и лечения атеросклероза. На сессии присутствовало 650 слушателей.

Сессия открылась программным докладом патологоанатома проф. Г. Г. Непряхина (Казань). Докладчик привел яркие и убедительные доказательства того, что атеросклероз является болезнью, возникающей при нарушениях обмена веществ (преимущественно липидного — холестерина), поражающей аорту и другие артерии и приводящей к функциональной и морфологической патологии ряда органов. По мнению докладчика, «атеросклеротическая болезнь» проходит следующие три фазы: 1) эволюционный липосклероз артерий; 2) патологический атеросклероз (сопутствующий); 3) атеросклеротическая болезнь с функциональной и морфологической патологией органов.

Иллюстрациями выдвинутых Г. Г. Непряхиным положений прозвучали выступления А. А. Ахметзянова (Казань) и Р. Х. Бурнашевой (Казань).

А. А. Ахметзянов при гистологическом исследовании аорты у погибших от ревматизма и хронического легочного туберкулеза наблюдал на фоне дистрофических и воспалительных процессов развитие липоидоза, атероматоза и атеросклероза аорты в такой степени, которая «опережала» возраст больных, что было особенно заметно в подгруппе молодых больных.

Р. Х. Бурнашева нашла у больных (даже молодого возраста) желчнокаменным и бактериальным холециститом изменения липидного и белкового обмена, сходные с таковыми у больных атеросклерозом. Это дало автору основание предположить развитие раннего атеросклероза у больных с патологией желчевыводящей системы печени, что необходимо учитывать при патогенетической терапии этих заболеваний.

Проф. Л. М. Рахлин (Казань) в докладе «Атеросклероз и гипоталамо-гипофизарная система» рассматривает атеросклероз как нарушение способности организма сохранять «постоянство внутренней среды», как недостаточность адаптации к «атерогенным» внешним влияниям, что связано со всем строем организма и человеческой личности в ее формировании и развитии. Учитывая значение состояния гипоталамо-гипофизарной системы в возникновении атеросклероза, проф. Л. М. Рахлин делает вывод о целесообразности применения в комплексной терапии атеросклероза нейротропных «адаптогенных» препаратов, в частности транквилизаторов.

Л. А. Лушникова и соавт. (Казань), И. П. Арлеевский и Л. А. Лушникова (Казань) сообщили о нарушении деятельности коры надпочечников и изменении эндокринно-обменных корреляций при экспериментальном атеросклерозе. Их данные явились подтверждением взгляда проф. Л. М. Рахлина.

В докладе Л. А. Мясникова и В. Ф. Зайцева (Москва) подведен итог ряда экспериментальных работ по изучению сосудистой стенки при атеросклерозе с применением меченых атомов. Показан значительный диспротеиноз стенки аорты, изменение биосинтеза коллагена. Установлено, что при атеросклерозе значительно увеличивается проникновение меченого фибринолизина из крови в аорту. Это объясняется как «реакция защиты», способствующая растворению фибрина в сосудах и предупреждающая тромбообразование.

Некоторым биохимическим и гистохимическим данным при аутоаллергии и экспериментальном атеросклерозе был посвящен доклад И. Х. Канцерова (Казань). Автор вскрыл патогенетические механизмы атероматозного процесса, в возникновении и развитии которого существенную роль играют аутоаллергические компоненты.

Д. И. Малкина и В. А. Котов (Казань) установили, что при экспериментальной гиперхолестеринемии и атеросклерозе сосудистая стенка резко изменяет реактивность на действие как сосудосуживающих, так и сосудорасширяющих препаратов, причем часто возникает парадоксальный эффект.

Проф. Е. И. Чазов (Москва) остановился на лечении коллапса при инфаркте миокарда в свете новых положений о его патогенезе. Автор подробно разобрал классификацию коллапсов и подчеркнул значение своевременной диагностики «реактивных» коллапсов, при которых особенно важно в комплекс терапевтических мероприятий включать гормональные средства, в первую очередь гипертензин, гидрокортизон. Наряду с этим необходимо применять также общепринятые препараты — строфантин, симпатомиметические амины и т. д.

А. Ю. Ратнер и М. Г. Денисова (Казань) нашли прямую связь между шейным остеохондрозом («шейная мигрень») и церебральным атеросклерозом. Эти данные подтверждаются атерогенными сдвигами в белково-липидном обмене и отчетливой атеросклеротической формулой кривых реоэнцефалографии больных шейным остеохондрозом.

А. В. Баубинене и П. В. Забела (Каунас) подчеркнули значение в этиологии и патогенезе коронарной недостаточности употребления большого количества жиров с пищей, ожирения и гиперхолестеринемии, сильных и длительных отрицательных психоэмоциональных воздействий, утомления и недостаточного ночного сна, наличия ишемической болезни сердца среди родных.

Е. С. Воробьева и соавт. (Казань) пришли к выводу, что уровень содержания неэстерифицированных жирных кислот (НЭЖК) в комплексе с другими показателями липидного обмена может служить критерием для оценки активности атеросклеротического процесса. Ими отмечена прямая зависимость содержания НЭЖК в сыворотке крови и эндогенного свободного гепарина в плазме при обратной зависимости содержания НЭЖК и холестерина.

В. А. Ломакина (Казань) сообщила, что содержание белковых SH-групп у больных острым инфарктом миокарда уже в первые сутки заболевания снижается, у большинства оно нормализуется в течение второго месяца болезни. Предполагается, что это снижение обуславливает нарушение обменных процессов, приводящих, в частности, к уменьшению лецитина сыворотки крови.

С. И. Щербатенко (Казань) отметил, что определение ацетилхолина, активности холинэстеразы и адреналина может быть использовано для ранней диагностики острой коронарной патологии, а также для дифференциальной диагностики между инфарктом миокарда и стенокардией. При тяжелом течении острого периода инфаркта миокарда, сочетающегося с повышенным содержанием катехоламинов, исход неблагоприятен. Устранение же избыточной активности катехоламинов у больных с острой коронарной недостаточностью способствует улучшению общего самочувствия больных.

Л. И. Узбекова (Казань) изучала фазовую структуру систолы при мерцательной аритмии. При этом виде аритмии у больных атеросклеротическим кардиосклерозом фаза напряжения удлинена за счет обоих составляющих ее компонентов, однако удлинение не достигает степени, наблюдаемой при митральном стенозе. В результате лечения сердечными гликозидами и перевода мерцания в медленную форму фаз асинхронного сокращения нормализуется, чего не происходит при митральном стенозе.

З. И. Янушкевичус и соавт. (Каунас) получили благоприятные результаты при применении импульсного дефибрилятора для снятия мерцательной аритмии атеросклеротического происхождения. В 90% достигнут положительный эффект с восстановлением синусового ритма. После устранения мерцательной аритмии увеличивается минутный, систолический объем сердца и скорость кровотока. Авторы рекомендуют перед дефибрилляцией вводить антикоагулянты, а для поддержания восстановленного синусового ритма — антиаритмические средства.

При сердечной недостаточности на почве атеросклеротического кардиосклероза А. В. Виноградов (Москва) предлагает проводить вначале лечение препаратами дигиталиса в максимально переносимых дозах. После спадения отеков, но при еще увеличенной печени дозу дигиталиса следует уменьшить до минимальной терапевтической. Терапию сердечной недостаточности в этот период безопаснее проводить препаратами с высокой краткой выделением из организма. Восстанавливать синусовый ритм у больных с мерцательной аритмией лучше всего только после ликвидации признаков сердечной недостаточности. В случаях сердечной астмы у больных, находящихся в состоянии оптимальной дигитализации, а также в других случаях, где не показано применение строфантина, благоприятные результаты получены при внутривенном применении мочегонных средств.

В. Е. Анисимов и И. Г. Салихов (Казань) сообщили о положительном влиянии витамина В₁₅ на клиническую картину и биохимический синдром при коронарном атеросклерозе. У больных улучшается самочувствие, снижается уровень общего холестерина, наступают благоприятные сдвиги в белковом и глюкпротеидном спектре сыворотки крови.

Ф. Т. Красноперов (Казань) подтвердил целесообразность назначения больным с коронарным атеросклерозом гипохлоридной калиевой диеты. Он отметил благоприятное влияние такого метода не только на клиническую симптоматику, но и на состояние коагуляционной способности крови у больных атеросклерозом.

Ю. Д. Романов (Москва) рассмотрел вопрос о соотношении органических и функциональных изменений при скоростной смерти от острой коронарной недостаточности у лиц до 40 лет. Основная роль принадлежит здесь функциональным расстройствам венозного кровообращения при возникновении несоответствия между потребностью и действительным уровнем кровоснабжения миокарда от большой физической и реже эмоциональной нагрузки.

И. П. Арлеевский (Казань) в остром периоде инфаркта миокарда закономерно находил повышение концентрации алюминия в крови и плазме.

Проф. Р. М. Ахрем-Ахремович (Москва) обратил внимание на необходимость при облитерирующем атеросклерозе аускультации крупных сосудов, рентгенографического исследования кальциноза артерий, записи объемных сфигмограмм и скорости распространения пульсовой волны, систематического применения кожной биопсии. В качестве лечебных средств у больных облитерирующим атеросклерозом

проф. Р. М. Ахрем-Ахремович с успехом применял никотиновую кислоту, но-шпа, паниверин.

Э. А. Озол (Казань) сделал оригинальное сообщение о значении корригируемых ортогональных отведений ЭКГ в диагностике гипертрофии сердца (будет опубликовано в Казанском мед. журнале).

Доц. В. Ф. Богоявленский и орд. И. Г. Салихов (Казань)

I СЪЕЗД АКУШЕРОВ-ГИНЕКОЛОГОВ АЗЕРБАЙДЖАНСКОЙ ССР

(27—30/VI 1966 г., Баку)

На съезде обсуждались следующие проблемы: рациональное ведение родов при патологии, перинатальная охрана плода, новообразования женских половых органов.

Рациональное ведение родов

Проф. М. Е. Махмудбекова (Баку) в докладе «Экстрагенитальные заболевания и беременность» показала, что своевременная диагностика заболеваний сердечно-сосудистой системы, гипертонической болезни, гипотонических состояний и сахарного диабета у беременных, выявление фона, на котором развивается беременность, профилактика осложнений и рациональное лечение не только сохраняют здоровье матери, но способствуют рождению полноценного потомства.

Проф. А. И. Белубекян (Баку) изучал течение беременности и родов при гипертонической болезни. При I стадии гипертонической болезни прогноз для матери и плода удовлетворительный, при II стадии, особенно при сочетании с токсикозом беременности, вопрос о прерывании беременности должен решаться индивидуально.

Г. Н. Пугачева (Баку) остановилась на ведении беременности и родов при болезни Верльгофа. Она рекомендует комплексное лечение указанной патологии (преднизолон, введение тромбоцитов, рутин, витамины и др.). Необходимо наблюдать за женщиной со стороны акушера и гематолога, особенно в поздние сроки беременности. Опасными моментами являются позднее послеродовое кровотечение (на 40-й день после родов) и первая менструация после родов.

М. Д. Маилова-Касумова (Баку) исследовала состояние вегетативной нервной системы при гипотонии у беременных. Она рассматривает гипотонию как начальное проявление токсикоза первой половины беременности.

Д. Ш. Зейналова (Баку), анализируя материнскую смертность по Азербайджанской ССР, установила, что в общей структуре причин материнской смертности первое место занимает кровотечение (27,8%), второе — разрывы матки (26,9%), третье — экстрагенитальные заболевания (22,1%).

Л. В. Рыбалко (Донецк) ознакомила делегатов с методикой производства кесарева сечения с изоляцией брюшной полости при инфицированных родах [модификация операции Смита (1940) — трансперитонеального кесарева сечения с выключением брюшной полости].

Ф. Г. Мамедова (Баку) поделилась опытом диагностики и терапии переносимости беременности. Ею установлено, что при перенашивании содержание ацетилхолина в крови понижается и наступает некоторое угнетение выработки эстрогенов.

П. З. Гогиллов (Сочи) изложил вопросы профилактики атонических кровотечений. Автор наблюдал действие метилэргометрина (препарат «Спофа»), вводимого внутривенно после отделения последа. Из 300 родильниц кровопотеря свыше 300 мл отмечена у 6 (2%).

Доклады К. Я. Фараджиева (Баку), А. Н. Султановой и А. Г. Зейналовой (Баку), Т. Д. Вехтяевой (Баку) были посвящены анализу смертности и перинатальной смертности в родовспомогательных учреждениях Азербайджанской ССР. Общереспубликанский показатель перинатальной смертности — 1,4%, по некоторым учреждениям г. Баку — 2,9%. Основные причины гибели детей — родовая травма, асфиксия.

Директор НИИ акушерства и гинекологии Минздрава СССР И. П. Иванов осветил современные аспекты антенатальной профилактики перинатальной смертности при позднем токсикозе беременных. Частота врожденной гипотрофии новорожденных при этом осложнении беременности составляет 37,6%. Профилактика и терапия гипотрофии могут быть более эффективными, если они начаты во внутриутробном периоде. Женщины назначают метионин в сочетании с богатой полноценными белками пищей, витамины Е, В₁₂, фолиевую кислоту, вводят плазму и проводят кислородную терапию. Лечение продолжают и в периоде новорожденности (витамин В₁₂, внутривенное вливание плазмы, введение гамма-глобулина, апилака).