

Передким видом осложнений острого периода инфаркта миокарда, ухудшающим прогноз, являются острые язвы желудочно-кишечного тракта («стресс-язвы» по Г. А. Гольдбергу). Кровотечения из острых язв требуют переливаний крови, а в ряде случаев — экстренной хирургической помощи. Летальность при желудочно-кишечных кровотечениях остается крайне высокой.

К числу осложнений острого периода инфаркта миокарда относятся нарушения мозгового кровообращения. Реоэнцефалографические исследования подтвердили наличие коронарно-церебральных связей. Преходящие нарушения мозгового кровообращения возникают у каждого четвертого больного в остром периоде инфаркта, острые расстройства по типу мозгового инсульта — у 3,2% (А. И. Гефтер и сотр.). Преходящие нарушения мозгового кровообращения могут наблюдаться и в предынфарктном состоянии. Для предупреждения развития инфаркта в этих случаях необходима фибринолизин-гепариновая терапия.

Большой интерес вызвало сообщение В. И. Шумакова, В. Е. Толпегина, С. П. Драгачева о применении вспомогательного кровообращения в лечении осложнений острого периода инфаркта миокарда. Показанием к операции, по мнению авторов, является снижение АД до 70—80, аритмия, анурия, ацидоз, если указанные признаки выявляют резистентность по отношению к обычной консервативной терапии. Через 2—3 мин. после начала работы насоса-баллончика поднималось АД, через 1 час появлялся диурез, отмечалась тенденция к нормализации кислотно-щелочного равновесия.

Как следует из приведенных материалов, работа пленума прошла весьма плодотворно.

Доктор мед. наук Л. А. Лушникова (Казань)

ИММУНОДЕПРЕССАНТЫ В РЕВМАТОЛОГИИ

(По материалам симпозиума)

3 и 4/II 1972 г. в Москве состоялся симпозиум на тему «Иммунодепрессанты в ревматологии». Симпозиум был организован институтом ревматизма АМН СССР. В его работе приняли участие ревматологи Москвы, Ленинграда, Вильнюса, Казани, Донецка и др.

Обсуждалось применение иммунодепрессантов в терапии ревматизма и других коллагенозов, а также действие их на организм. Рассматривались вопросы выбора иммунодепрессоров, дозы и длительность их назначения, показания и противопоказания, осложнения при их введении, клиническая оценка эффективности.

С докладом о применении иммунодепрессантов при некоторых внутренних заболеваниях выступил академик АМН СССР Е. М. Тареев.

Проф. Р. В. Петров (Москва) посвятил свой доклад проблемам выбора иммунодепрессантов.

В настоящее время иммунодепрессантная терапия прочно вошла в арсенал лечебных средств. По данным М. Г. Астапенко (Москва), А. Т. Пяй (Тарту), А. А. Матулис (Вильнюс), В. А. Насоновой и др. (Москва), наблюдение сроком до 4—5 лет выявило благоприятное действие иммунодепрессантов более чем у 50% больных. Однако все докладчики призывали к большой осторожности в применении иммунодепрессантов, так как более чем у 40% леченных ими больных отмечены различные осложнения (лейкопения, обострение очаговой инфекции, пиодермии, пневмонии и др.).

В лечении ревматизма и больших коллагенозов применялись как антимаболизиты, так и алкилирующие производные. Некоторые авторы пришли к выводу, что антимаболизиты более удобны в дозировке и более безопасны при длительном их применении. В то же время лейкеран давал при его применении меньше осложнений. Доза этого препарата — 0,1—0,25 мг/кг веса больного. Разницы в лечебном эффекте этих двух классов веществ установить не удалось. Цитостатики в большинстве случаев применялись совместно с кортикостероидами, при этом доза кортикостероидов существенно снижалась, а в ряде случаев они отменялись.

В настоящее время наибольший опыт применения цитостатиков накоплен в лечении инфарктартрита.

М. Г. Астапенко (Москва) доложила о результатах применения спироцидина, азотиоприна, циклофосфамида и лейкерана, так называемых алкилантов, у 200 больных различными формами инфарктартрита. Более чем у 50% больных, в основном суставно-висцеральной формой, с большой давностью болезни, резистентных ко всякой другой терапии, наблюдалось заметное улучшение, особенно при многомесячном применении этих средств. У отдельных больных с высокой активностью процесса была достигнута длительная ремиссия. Почти во всех случаях гиперкортицизма удалось снизить дозу кортикостероидов, а в 50% отменить гормональную терапию.

А. Т. Пяй (Тарту) сообщил о лечебном эффекте от применения таких цитостатиков, как 6-меркаптопурин, циклофосфамид и сарколизин, у 168 больных инфектарtritом. Сроки наблюдения — от 1 года до 4 лет. Назначали антиметаболиты до 6 месяцев и прерывистыми повторными курсами — алкилирующие производные в течение 1—2 лет. Улучшение отмечено у 80% больных, хорошие и отличные результаты — у 30%. Данное положение вызвало оживленную дискуссию, так как понятие «отличный результат» у врачей всегда ассоциируется с излечением.

Опытом применения лейкерана у 15 детей, больных инфектарtritом, поделилась А. В. Долгополова (Москва). Ранее проводимая терапия салицилатами, хинolinoвыми производными, стероидными гормонами, индометацином оказалась безуспешной. По мнению докладчика, полученный эффект не дает еще права сделать окончательные выводы.

В. А. Насонова (Москва) лечила циклофосфамидом и азотиоприном 30 больных системной красной волчанкой. Показанием к назначению цитостатиков служили люпус-нефрит, а также необходимость уменьшить дозу кортикостероидов из-за плохой переносимости и осложнений от кортикостероидной терапии. Лечение продолжалось от 2 до 13 месяцев в стационаре и в диспансерно-поликлинических условиях. Наблюдалось положительное действие вышеназванных препаратов при кортизонорезистентных люпус-нефритах. Л. А. Исаева и В. И. Карташева (Москва), используя для лечения больных системной красной волчанкой 6-меркаптопурин и имуран, получили у некоторых из них ремиссию сроком от 5 месяцев до 2,5 лет, несмотря на то, что в острый период у большинства был нефротический синдром. С этим фактом согласуются данные, полученные И. Е. Тареевой (Москва).

В. С. Смоленский (Москва) подвел итоги клинического испытания нового иммунодепрессанта — антилимфоцитарного глобулина. Проведенные исследования свидетельствуют о положительном влиянии его на течение инфектарtritа и других коллагенозов. Однако аллергические реакции при этом снижают возможности его применения.

Большую дискуссию вызвал доклад Я. А. Сигидина (Москва) о применении иммунодепрессантов при ревматизме. Основными показаниями к их назначению были непрерывно рецидивирующее течение ревматизма и недостаточная эффективность предшествующего лечения. Наиболее часто назначали допан в комплексе с обычной противоревматической терапией. Докладчик подчеркнул, что такая терапия дает чаще умеренный эффект, в то же время у большинства больных отмечались побочные реакции.

В процессе дискуссии об обоснованности назначения цитостатиков при ревматизме было высказано мнение, что их нужно назначать лишь в тех случаях, когда все остальные методы терапии неэффективны.

Все докладчики и выступавшие в дискуссии согласились, что пока опыт применения цитостатиков в ревматологии недостаточен для окончательных выводов. Следует и дальше накапливать опыт по их применению.

Механизмы действия иммунодепрессантов остаются нераскрытыми. Высказывается предположение, что в его основе лежит подавление агрессивных клонов лимфоцитов. Однако существенным недостатком этих препаратов является подавление других размножающихся клеток, в особенности стволовых. Необходимо расширить исследования по изучению иммунодепрессивного действия цитостатиков, а также поиск наиболее совершенных и менее безвредных препаратов.

Ю. Н. Кудрявцев (Казань)

VI ВСЕСОЮЗНЫЙ СЪЕЗД ФИЗИОТЕРАПЕВТОВ И КУРОРТОЛОГОВ

19—23/Х 1971 г., Кисловодск

С докладом о состоянии и перспективах развития физиотерапевтической и бальнеологической помощи населению в свете решений XXIV съезда КПСС выступил начальник Главного управления лечебно-профилактической помощи МЗ СССР А. Г. Сафонов.

Г. А. Горчакова (Одесса) посвятила свой доклад современным теоретическим основам грязелечения.

Большое внимание было уделено активирующему действию курортных факторов, в том числе и лечебной грязи, на процессы восстановления (В. П. Казначеев и сотр., Новосибирск), в частности влиянию их на процессы биоэнергетики в механизме восстановительного действия (А. Ф. Лещинский и сотр., Одесса). С точки зрения объяснения интимных механизмов такого влияния представляет интерес гипотеза А. И. Журавлева (Москва) о воздействии пелоидов на свободнорадикальное окисление в тканях путем усиления системы естественных биоантиокислителей, что приводит к активации регенеративных процессов, уменьшению дистрофических явлений и т. д.