

## VIII СЪЕЗД ТЕРАПЕВТОВ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

(Нижний Новгород, 1—2 октября 1998 г.)

VIII съезд был открыт председателем Российского научного медицинского общества терапевтов акад. РАМН, проф. А.П. Г о л и к о в ы м .

Доклад проф. Е.П. К а м ы ш о в о й и соавт. (Н. Новгород) был посвящен роли гемодинамических и метаболических факторов при артериальной гипертензии (АГ) и ИБС. Авторами разработан автоматизированный скрининг, направленный на исключение сахарного диабета. Медикаментозная терапия должна воздействовать на наиболее важные звенья патогенеза болезни и подбираться для каждого больного строго индивидуально. Целесообразно назначение бета-адреноблокаторов и антагонистов кальция, ингибиторов АПФ и препаратов, воздействующих на систему гемостаза и обеспечивающих трансапикалярный обмен на уровне микроциркуляции (противосклеротические фибраты — липонор, липантин и статины-зокор; нередко их можно комбинировать).

В докладе акад. РАМН, проф. Ю.П. Н и к и т и н а (Новосибирск) “Современные принципы профилактики и лечения атеросклероза” рассматривались две группы факторов: изменения морфологического, биохимического, функционального характера сосудистой стенки, так называемая эндотелиальная дисфункция, и изменение липидно-белкового обмена, в частности липопротеинового. Автор полагает, что по мере формирования института семейной медицины семейные врачи должны хорошо знать не только тактику лечения антибиотиками или аспирином, но и меры профилактики атеросклероза, как и других заболеваний. Особое внимание при этом придается коррекции липидных нарушений (это направление разработано лучше), и первостепенное значение отводится диете. Однако ее возможности часто скромны и весьма индивидуальны даже при тщательном соблюдении диетических рекомендаций. Через несколько месяцев диетотерапии приходится прибегать к медикаментам, особенно если добиваться снижения у больного уровня ХС крови до 200—180 мг/дл (5,2—5,0 ммоль/л). Основных групп медикаментозных препаратов для корригирующей терапии, которая отвечала бы принципам научно обоснованной медицинской практики, немного: ингибиторы ГМГ-КоА редуктазы (статины), фибраты, никотиновая кислота, энтеросорбенты желчных кислот и холестерина.

Второе направление в антиатерогенной терапии предусматривает воздействие на сосудистую стенку, в частности на феномен эндотелиальной дисфункции. В связи с этим ведется интенсивный поиск медикаментозных и немедикаментозных путей нормализации функции эндотелия и стабилизации бляшек. Важны также контроль за артериальным давлением, предупреждение его резких подъемов, исключение табакокурения, ограничение стрессов.

Акад. РАМН и РАЕН, проф. А.П. Г о л и к о в а (Москва) в сообщении “Пути совершенства-

ния лечения больных инфарктом миокарда” отметил (ссылаясь на данные Р.Г. Оганова, 1994), что Россия продвинулась на одно из первых мест по смертности от болезней системы органов кровообращения. При остром ИМ основными задачами лечения, считает докладчик, являются восстановление коронарного кровотока, устранение тромба, спазма и защита миокарда от последствий ишемии. Начало лечения основывается на медикаментозной терапии, хотя в мире все шире используется практика хирургического восстановления коронарного кровообращения. Немаловажное значение имеет обезболивание при ангинозных формах начальных проявлений ИМ.

Тромболитическая терапия относится к основным достижениям последних 30 лет в лечении больных ИМ, и в Институте им. Склифосовского результаты применения тромболитических препаратов у 303 больных ИМ проанализированы по международным стандартам. Летальность в этой группе больных в 1997 г. составила 7,2%. Основными факторами, определяющими исход крупноочагового и трансмурального ИМ, в порядке убывания значимости были обширность некроза миокарда, распространенность стенозирующего коронаросклероза, нарушение функций органов на фоне гипоксии и стресса, а также сопутствующая патология.

Эффективность лечения больных ИМ, особенно пожилого возраста, с тяжелой сопутствующей патологией повышается при применении синтетического фосфокреатина (неотон) до 72 г в сутки (при осложненном ИМ), а также антиоксидантов. Проф. Г. П. Власовым аорто-коронарное шунтирование проводится на работающем сердце с использованием в качестве трансплантата грудной артерии с минимальным разрезом без повреждения грудины. Больного можно выписать из клиники через 3—5 дней и направить на работу, и тем не менее, заключил А.П. Г о л и к о в, более перспективным направлением в неотложной кардиологии является профилактика ИМ.

Проф. Л.А. Л е ш и н с к и й (Ижевск), подводя итоги 30-летнего “Обоснования и опыта применения ряда ингибиторов перекисного окисления липидов (ПОЛ) у больных ишемической болезнью сердца” познакомил с основными результатами клинических наблюдений и исследований. Автор убежден, что антиоксидантные средства в сочетании с традиционной терапевтией обеспечивают у больных ИМ и нестабильной стенокардией (НС) более полное и быстрое по сравнению с контролем обратное развитие болевого синдрома, уменьшение потребности в нитратах, повышение толерантности к физическим нагрузкам, уменьшение частоты нарушений ритма и проявлений острой недостаточности кровообращения, способствует более быстрой нормализации ЭКГ показателей, ограничение зоны поражения.

Среди немедикаментозных методов лечения ИБС, в том числе и ее острых форм (ИМ, НС) докладчик выделил эндоваскулярное лазерное облучение крови с использованием низкоэнергетического гелий-неонового лазера в виде курса из 6 (при стенокардии) и 9—10 (при ИМ) облучений. Адекватное применение антиоксидантных средств у больных ИБС является одним из важнейших направлений метаболической коррекции или цитопротекторной терапии и серьезным резервом в оптимизации общих результатов лечения больных ИБС.

“Особенности патогенеза, клиники и неинвазивной диагностики ишемической болезни сердца с ангиографически неизменными коронарными артериями” были рассмотрены в сообщении О.П. Алексеевой и С.А. Кудрявцева (Н.Новгород). Пытаясь объяснить причины и механизм развития ИБС (гипотез много), авторы представили собственные наблюдения 101 больного ИБС с ангиографически неизменными коронарными артериями (КА), то есть с так называемым синдромом Х (Кегир Н.В., 1973). Диагноз “синдром Х” верифицировался на основании совокупности таких критериев, как: 1) приступы стенокардии напряжения (возможно, в сочетании с приступами в покое); 2) типичные ишемические знаки на ЭКГ при проведении пробы с физической нагрузкой или суточном мониторингом ЭКГ; 3) отсутствие признаков атеросклероза в субэндокардиальных КА по данным коронарографии. Установлено, что ИБС с ангиографически неизменными КА чаще страдают женщины (17% против 2,5%). Более чем у половины из них начало заболевания сопряжено с наступлением менопаузального периода. Клинике сопутствовал атипичный болевой синдром, который часто сопровождался симптомами вегетативной дисфункции с ощущением сердцебиения (44%), сухости во рту (41%), слабости (32%), чувства нехватки воздуха (29%), головной боли (27%). Атипичности стенокардии чаще проявлялась неэффективным действием нитроглицерина и более продолжительным по времени приступом боли.

Изучение особенностей ангиографической картины коронарного русла больных с синдромом Х позволило выявить, кроме отсутствия признаков атеросклероза, такие особенности, как длительную задержку контрастного вещества в КА (больше 7—8 систол), наличие миокардиальных мостиков, неровность контуров КА и локальные эктазии КА.

Проф. А.В. Туев и Л.М. Василец (Пермь) в докладе “Влияние норморитмина на электрофизиологические параметры проводящей системы сердца у больных с различными нарушениями ритма сердца” привели результаты обследования 35 больных с пароксизмальными суправентрикулярными тахикардиями и желудочковой экстрасистолией. Норморитмин назначали им внутрь в дозе 600 мг/сут в течение 21 дня. Хороший эффект лечения наблюдался у 55,6% больных, средний — у 22,2%; неэффективным лечением было у 22,2%.

Доц. А.Ф. Шестаков (Н.Новгород) доложил о результатах работы Центра дистанционной диагностики по данным ЭКГ. Посетовав, что в

России дистанционная расшифровка ЭКГ занимает составляет всего лишь 3% от всех ЭКГ-исследований, докладчик обратил внимание участников съезда на следующие сведения: частота совпадения заключений ЭКГ из поликлиники и стационара составляет 29%, а данных Центра и стационара — 90%.

Проф. Л.Б. Лазебник и соавт. (Москва) представили результаты наблюдения 336 больных АГ в возрасте от 54 до 82 лет (средний возраст —  $71,3 \pm 4,0$  года; женщин — 194, мужчин — 142) по “Подбору и коррекции гипотензивной терапии у пациентов пожилого и старческого возраста с помощью суточного АД-мониторирования”. Анализировались среднее АД за сутки, “нагрузка давлением” — по индексу времени (ИВ) гипертонии, то есть проценту измерений, при которых АД превышало 140/90 мм Hg в дневные часы и 120/80 мм Hg ночью, а также определялся суточный индекс (СИ) по перепаду АД “день-ночь” (у здоровых колеблется от 10 до 20%). Наибольший процент снижения как систолического, так и диастолического АД наблюдался на фоне лечения амлодипином. Наиболее значимый гипотензивный эффект среди ингибиторов АПФ (эналаприл, периндоприл, цилазаприл, трандолаприл) оказывали цилазаприл (САД снизилось на 11,5%, ДАД — на 9,3%) и эналаприл (соответственно на 9% и 10,7%).

Среди бета-адреноблокаторов (надолол, бетаксол, ацебуталол и тенорик) наибольший гипотензивный эффект на САД выявлен у надолола (9,8%), на ДАД — у надолола (11,3%) и тенорика (7,9%). При анализе гипотензивного эффекта антагонистов АП-ангиотензиновых рецепторов выделен лозартан (козаар), снизивший САД и ДАД соответственно на 8% и 6%. По данным авторов, использованные антигипертензивные препараты не влияют на нормальный двухфазный ритм АД и улучшают характеристики измененного суточного его профиля, обеспечивают адекватный контроль АД в ранние утренние часы и при ДАД, равном 80—82 мм Hg, у больных АГ уменьшается риск сердечно-сосудистых осложнений.

Проф. Т.Г. Траянова (Москва) привлекла внимание сообщением об “Особенностях инфекционного эндокардита (ИЭ) у наркоманов”. Оказалось, что у ряда больных, наблюдаемых в специализированных наркологических учреждениях, возникает лихорадка, часто обусловленная пневмониями, целлюлитом, остеомиелитом, кожными инфекциями и др. У 10—16% госпитализированных больных имеет место инфекционный эндокардит, ответственный за летальный исход (2—8% случаев). Обычно болезнь протекает остро, чаще дебютирует легочной патологией, являющейся результатом множественных септических эмболий (в 75%) с развитием пневмонии, инфарктов, плеврита. У 50% больных выявляются кашель, торакалгии, кровохарканье (результат инфарктов), патехии и спленомегалия. Как правило, отсутствует сердечная недостаточность, хотя поражается преимущественно трехстворчатый клапан. Шумы, характерные для его недостаточности, вначале отсутствуют, но позднее определяются у 50% больных, при этом выслушивается мезодиастолический шум у нижней части груди-

ны слева, усиливающийся на вдохе. Лечат ИЭ наркоманов дефалоспоринами.

“Современные подходы к диагностике и лечению болезней тонкой кишки” были рассмотрены проф. А.Р. Златкин о й (Москва). Хроническая рецидивирующая диаррея в сочетании с синдромом нарушенного всасывания и метаболическими расстройствами различной тяжести является наиболее типичным клиническим проявлением при болезнях тонкой кишки различной этиологии. Основными патофизиологическими факторами хронической диарреи служат кишечная гиперсекреция, увеличение осмотического давления в полости кишки, кишечная гиперэкссудация (экссудативная энтеропатия), ускорение транзита кишечного содержимого. Кишечная гиперсекреция провоцируется бактериальными токсинами, которые вызывают повреждение защитного пристеночного слизистого барьера тонкой кишки, мембран и щеточной каемки энтероцитов. Это способствует избирательному повышению проницаемости мембран энтероцитов для воды, ионов хлора и натрия в просвет кишки, то есть секреции, при одновременном торможении абсорбции и ионов натрия. Нарушения пассажа химуса при этом обусловлены вовлечением в патологический процесс миоэнтерального нервного сплетения с изменением уровня нейротрансмиттеров.

Лактазная недостаточность — наиболее частая форма интестинальной ферментопатии, способствует возникновению аллергических реакций и пищевой непереносимости, которые встречаются у 5—30% пациентов этого профиля.

Нередко в патогенез энтеритов вовлекается несколько патофизиологических механизмов, что характерно для терминального илеита (болезнь Крона), этанолового и ятрогенных энтеритов после приема антибактериальных препаратов, противовоспалительных и слабительных средств, радиационного поражения, последствий анимакриальной терапии. Поэтому определение этиологии является обязательным условием для назначения адекватной терапии. Лечебная тактика предусматривает сочетание этиотропной терапии с патогенетической. Так, при упорной диаррее назначают дополнительно вяжущие средства, сорбенты: смекту, препараты висмута, полифепан, билигнин и др. По показаниям проводится коррекция метаболических нарушений — парентеральное введение электролитных смесей, белковых препаратов, жирорастворимых витаминов А, Д, К, препаратов кальция. Лечение рекомендует-

ся проводить на фоне высококалорийного рациона, обогащенного белками (135 г.), легкоусвояемыми жирами — сливочное масло, сливки (70—80 г), витаминами с ограничением растительной клетчатки; прием пищи 4—5 раз в день.

Акад. РАМН проф. А.И. Воровьев в докладе “Острый геморрагический и постгеморрагический синдромы” показал, что в России материнская смертность в 8 раз выше, чем за рубежом, и ее главная причина — кровотечения. Были представлены физиологическая защита организма при кровопотере и тактика лечения, которая после остановки кровотечения (введение свежезамороженной плазмы) предусматривает мышечный покой, внутривенное вливание солевого раствора при обезвоживании, альбумина, аутокрови (эритроцельез и плазму заготавливать впрозь).

Проф. А.И. Борохов (Смоленск) в полемическом выступлении “Дискуссионные вопросы учения о бронхиальной астме” указал, что к БА существует предрасположенность, доказанная изменениями локусов на 4, 5, 6, 11-й хромосомах, отвечающих за гиперреактивность бронхов. Он высказал сомнение в существовании астмы физического усилия, хотя и не отрицал, что физическое усилие — безусловный триггер.

Съезд завершил обсуждением проблемы острого коронарного синдрома — ОКС (“круглый стол”) с выделением нестабильной стенокардии (НС). Рассматривая патогенез этой формы ИБС, А.С. Сумароков (Москва) отметил, что в классификации надо выделить промежуточные формы ИБС, еще до развития настоящей стенокардии, и ИМ, и что НС — это переходящий стеноз (из-за персистенции атеросклеротической бляшки).

Проф. В.С. Волков (Тверь) ведущим признаком ОКС считает спазм, проф. А.И. Борохов — обратимую обструкцию коронарных сосудов. Тактика лечения ОКС должна быть такой же, как и острого ИМ (проф. А.П. Голиков): обезболивание, воздействие на тромбоцитарный гемостаз.

Съезд решил и организационные вопросы: выборы нового состава правления и президента РНМОТ. Сохранил свой пост акад. А.П. Голиков. В состав правления вновь вошел проф. И.А. Латфуллин, удостоенный решением делегатов съезда, как и 7 его коллег (Г.Б. Федосеев, Е.П. Камышева, А.И. Борохов, Ю.П. Никитин, А.В. Сумароков, А.Б. Зборовский, В.П. Сильвестров), звания Почетного члена РНМОТ.

Проф. И.А. Латфуллин (Казань)