

ушах, повышенной возбудимости и нарушении сна. При осмотре у подобных лиц часто устанавливаются различные вазомоторные нарушения.

Вторую группу составляют более стойкие нарушения. К ним относятся некоторое повышение общего и регионарного давления, а также увеличение левого желудочка сердца. В ряде случаев у многолетне наблюдаемых субъектов клинически выраженное заболевание не развивалось, а в части случаев установленные ранее нарушения не прогрессировали или даже исчезали. Благоприятный эффект давало применение доступных лечебно-профилактических мероприятий, и автор подчеркивает практическое значение выявленных предгипертонических состояний.

А. А. Андрикин отметил, что в условиях воздействия постоянного интенсивного и высокочастотного шума в цехах первого шарикоподшипникового завода гипертоническая болезнь встречается примерно в 2 раза чаще, чем среди рабочих различных предприятий Москвы. С повышением стажа работы в условиях шума частота заболеваемости увеличивается.

Н. А. Ратнер и Г. Л. Спивак представили в новом аспекте материалы, касающиеся особенностей течения почечной гипертонии по сравнению с гипертонической болезнью. При почечной гипертонии значительно реже наблюдаются гипертонические кризы и меньше выражена степень атеросклероза аорты, коронарных артерий и мозговых сосудов при часто одинаковой степени холестеринемии. Эти данные имеют принципиальное значение, так как показывают, что степень холестеринемии, длительность и выраженность гипертонии оказываются недостаточными для выраженного атеросклероза у больных с симптоматической почечной гипертонией. Только при гипертонической болезни, в основе которой лежат нарушения центральных нервных регулирующих механизмов, часто наблюдаются гипертонические кризы и резко выражен атеросклероз. Представленные данные подтверждают концепцию А. Л. Мясникова о единстве гипертонической болезни и атеросклероза и о значении центральных механизмов, лежащих в основе как вазомоторных, так и метаболических нарушений, приводящих к гипертонии и атеросклерозу.

Из доклада И. А. Черногорова, В. Ф. Козловской и Ю. А. Кожевникова «Значение резерпина при гипертонии малого круга кровообращения» вытекало, что лечение больных с недостаточностью кровообращения II—III стадий (при пороках сердца, пневмосклерозе и кардиосклерозе) резерпином и сердечными средствами было более эффективно, чем применение только сердечных средств.

По В. С. Смоленскому, у большинства больных хроническими неспецифическими заболеваниями легких не было гипертонической болезни, и их АД характеризовалось нормальными или пониженными цифрами. Так же нормальными или пониженными были цифры холестерина сыворотки крови. С этими двумя факторами автор частично связывает факт отсутствия у них случаев тяжелого атеросклероза.

З. З. Дорощевой проводилось лечение новокаиномидом сердечных аритмий, в основном внутримышечными инъекциями и внутренним приемом новокаиамида от 1 до 4 недель. В случаях хронического прогрессирующего поражения миокарда действие новокаиамида кратковременно или неэффективно и безуспешно в профилактических целях. Положительный лечебный эффект возможен при эктопических ритмах, сопутствующих острому очаговому поражению миокарда, и, очевидно, в случаях так называемых «функциональных» аритмий.

Ю. Т. Пушкарь производил при помощи реографии аорты, легких и прекордиальной реокардиографии фазовый анализ систолы левого и правого желудочков сердца при гипертонической болезни и кардиосклерозе и выявил диссоциацию в деятельности желудочков, в связи с чем представлялась возможность объективно оценивать сократительную способность миокарда у здоровых людей и больных, страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями. Реограммы записывались при помощи реографа, сконструированного в институте терапии (Ю. Т. Пушкарь, А. К. Гугунава). Установлены изменения реограмм легкого (легочной артерии), свидетельствующие о повышении давления в малом круге кровообращения у некоторых страдающих кардиосклерозом в сочетании с хроническими легочными заболеваниями. Автор предлагает также использовать метод реографии для дифференциальной диагностики застойной и энергодинамической недостаточности сердца.

Канд. мед. наук **И. А. Рывкин**
(Москва)

Поступила 9 марта 1960 г.

ВОПРОСЫ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ НА 1-й МЕЖОБЛАСТНОЙ КОНФЕРЕНЦИИ ТЕРАПЕВТОВ УРАЛА И ПРИУРАЛЬЯ

(1—4/II 1960 г. Свердловск)

На конференции присутствовали 607 делегатов и гостей.

Первым вопросом программы конференции была борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями на промышленных предприятиях.

Проф. Б. П. Кушелевский и ст. научный сотрудник С. С. Барац (Свердловск), пользуясь наблюдениями медсанчасти Уралмашзавода, установили, что нетрудоспособность от болезней органов кровообращения такая же, как от производственных и бытовых травм и гнойничковых заболеваний кожи, вместе взятых. Потеря рабочих дней вследствие гипертонической болезни в 2 раза больше, чем от туберкулеза легких. Авторы рекомендуют не только общеоздоровительные санитарно-гигиенические мероприятия, но и целенаправленную индивидуальную профилактику сердечно-сосудистых заболеваний, в проведении которой основная роль отводится цеховому врачу-терапевту, обследующему работающих и наблюдающему за ними по специально разработанному плану.

Член-корр. АМН СССР Л. К. Хоцянов и др. (Москва) подчеркнули, что большая смертность и инвалидность от сердечно-сосудистых заболеваний придает проблеме борьбы с ними большое социально-гигиеническое значение; решающее профилактическое значение имеют рациональный режим труда и отдыха, борьба с вибрацией, курением и алкоголизмом, занятие спортом, диетическое питание.

Канд. мед. наук Л. Т. Антонова (Москва) в докладе о юношеской гипертонии как главной ее особенностью рассматривает повышение вначале лишь систолического давления, что в дальнейшем часто переходит в гипертоническую болезнь. Это привело к предположению о зависимости повышенного максимального давления от увеличенной работы сердца, что подтверждалось увеличением минутного объема, появлением систолического шума над областью верхушки и крупных сосудов.

Проф. П. Е. Лукомский, посвятив свой доклад влиянию линетола на содержание липопротеинов и белков при атеросклерозе, подчеркнул, что на фоне нарушенного обмена алиментарный фактор имеет большое значение в развитии атеросклероза, причем большее влияние оказывает эндогенный, чем экзогенный холестерин. Если животные жиры повышают, то растительные снижают содержание холестерина в крови. У 50 больных, получавших линетол (смесь этиловых эфиров, ненасыщенных жирных кислот льняного масла) в дозе 20 мл в день в течение 20 дней, общее количество белка не менялось, а содержание отдельных фракций подвергалось резким изменениям, в частности повышалось содержание бета- и альфа-глобулинов. У больных уменьшались приступы стенокардии и недостаточность кровообращения. Ввиду отсутствия каких-либо противопоказаний можно назначать линетол длительно с небольшими перерывами.

По сообщению З. Ш. Загидуллина (Уфа), основным вредно действующим компонентом башкирской нефти является сероводород. Длительное воздействие нефтепродуктов на рабочих-нефтяников может привести к хронической интоксикации, что клинически проявляется функциональными расстройствами нервной и сердечно-сосудистой систем.

В. С. Волков и др. (Свердловск) привели данные обследования 8 тыс. рабочих различных профессий Уралмашзавода, проведенного по выявлению гипертонической болезни. У 6,5 тыс. обследование проводилось по обычной методике, у 1500 чел. определялись «случайное», «основное» и «дополнительное» АД (влияние психоэмоциональных моментов), а также реакция его на физическую нагрузку. Из 6,5 тыс. рабочих в 5,6% было обнаружено повышенное АД, из них 1,5% относились к лицам с предгипертоническим состоянием. У обследованных по специальной методике повышение АД обнаружено в 25,4%, из них 4,6% отнесены к гипертонической болезни, а 20,8% — к «потенциальным гипертониям», или «гиперреакторам», по Б. П. Кушелевскому.

С. А. Бакакина, Н. К. Терентьева и др. сообщили о физиопрофилактике начальных стадий гипертонической болезни у рабочих Верхне-Исетского металлургического завода. У 65 чел. с начальной стадией гипертонической болезни применяли бром-магний-электрофорез в течение 2 лет по 2 курса в год, включая 15 процедур на курс. Отмечены уменьшение и исчезновение головных болей, головокружения, улучшение или нормализация сна, уменьшение утомляемости, повышение производительности труда на 20% по сравнению с контрольной группой.

Второй группе рабочих при I и II стадиях гипертонической болезни применяли ионизированный воздух — ежедневно по 20—30 мин., на курс лечения 15—24 процедуры. Такие курсы проводились 2—3 раза в год. Наблюдались значительное снижение АД, улучшение сна, уменьшение и исчезновение головных болей, болей в области сердца, повышение работоспособности с уменьшением потери дней по временной нетрудоспособности.

С. С. Барац и др. (Свердловск) подчеркнули гипотензивное и седативное действия резерпина, особенно ценные в пролонгированном лечении поддерживающими дозами в условиях диспансерного наблюдения.

Вторым вопросом программы конференции послужили патогенез, клиника и лечение сердечно-сосудистых заболеваний.

Доц. Д. Г. Ренева (Свердловск) в докладе о связи гипертонии с травмой черепа указала, что гипертоническая болезнь после закрытой травмы мозга встретилась (среди всех больных гипертонической болезнью, леченных в клинике за 6 лет) в 8,6%. Среди них преобладали лица физического труда и молодого возраста, тогда как обычная гипертоническая болезнь чаще встречается среди лиц умственного труда во второй половине их жизни. Наряду с общими чертами, свойственными гипертонической болезни, у больных, перенесших травму, наблюдались церебральные расстройства и

вегетативные нарушения, необычная степень распространения атеросклероза и частое сочетание с бронхиальной астмой.

При изучении тонкой цитоархитектоники мозга оказалось, что основная патология сосредоточена в его стволе.

Возможность гипертонической болезни у перенесших закрытую травму мозга требует тщательного и обоснованного лечения в остром периоде с последующей диспансеризацией таких больных.

Доц. О. И. Ясакова (Свердловск) отметила, что инфаркт миокарда в молодом возрасте всегда сопровождался типичным ангинозным состоянием, не давая других клинических форм, и исходы всегда благоприятны. У лиц пожилого возраста часто отсутствовал типичный болевой синдром, и летальность составила 12,9%.

Проф. Р. Г. Межебовский и О. А. Гусева (Оренбург) подчеркнули необходимость комплексного воздействия на систему кровообращения, обмен веществ и ряд других органов при лечении рефракторных форм сердечной недостаточности. Они рекомендуют сердечные гликозиды в сочетании с витамином В₁, АКГТ и кортизоном, оксигенотерапией, в зависимости от причины рефракторности.

Проф. Л. М. Рахлин и Л. А. Лушникова (Казань) поделились опытом применения чистых гликозидов наперстянки при лечении больных с мерцательной аритмией. Авторы отметили особенно положительный эффект от применения гликозида «С» в виде изолянида: он быстро всасывается, проходя печеночный барьер, действует быстро, мало токсичен.

На конференции была обсуждена проблема антикоагулянтной терапии.

Проф. Б. А. Кудряшов (Москва), характеризуя взаимоотношения системы свертывания крови и физиологической антисвертывающей системы, указал, что физиологическая антисвертывающая система, выделяющая в кровяное русло, в случае появления в нем свободного тромбина, гепарин или гепариноподобные агенты, активатор плазминогена, а также, по-видимому, и другие вещества, нейтрализующие активность ряда тромбогенных белков, включает в себя и липопротеидную липазу. Это обстоятельство свидетельствует, что атеросклеротические явления и процесс внутрисосудистого тромбообразования органически связаны между собой и могут быть обусловлены единой первичной причиной, заключающейся в нарушении деятельности физиологической антисвертывающей системы.

Свертывающий и антисвертывающий механизмы рассматриваются в схеме как две противоположные нераздельно и взаимосвязанные части общей свертывающей системы крови.

Г. В. Андреевко (Москва) выступила с докладом «Реакция системы свертывания крови на введение в организм антикоагулянтов». К прямым антикоагулянтам относятся гепарин и гепариноиды, действующие непосредственно на факторы свертывания. Большинство антикоагулянтов непрямого действия, являясь производными дикумарина и индандиола, подавляют синтез протромбина в организме. Дикумарин снижает и тромботропин, а также факторы, участвующие в его образовании (факторы Стюарта — Провера, VII и IX). Концентрация *ас*-глобулина меняется незначительно. Таким образом, введение дикумарина при тромбах уменьшает возможность их растворения, хотя и препятствует образованию новых путем понижения концентрации факторов свертывания. Гепарин в таких случаях повышает фибринолитическую активность и снижает свертываемость крови. Производные индандиола оказывают наибольшее влияние на концентрацию проконвертина, хотя также снижаются тромботропин и протромбин.

А. А. Суханов и Е. К. Богомолва (Свердловск) сообщили об экспериментальном изучении действия антикоагулянтов на сердечно-сосудистую систему. Дикумарин обладает сосудорасширяющим действием, влияет и на изменение проницаемости капилляров (опыты перфузии раствора дикумарина с кровью). На фоне дикумарина не наблюдалось коронарсклероза при введении питуитрина.

Проф. Д. Г. Шефер и сотрудники (Свердловск) сообщили о применении антикоагулянтов при нарушениях мозгового кровообращения. Дикумарин и неодикумарин назначались 220 больным при атеросклерозе сосудов и на фоне гипертонической болезни, причем диффузный атеросклероз сосудов мозга был в 10% случаев, тромбозы сосудов мозга — в 48%, динамические нарушения мозгового кровообращения — в 42%. Дикумарин меняет не только тяжесть течения процесса, но и влияет на развитие самого сосудистого процесса в направлении рассасывания уже имеющихся тромбов сосудов мозга; воздействует на взаимоотношения между артериальным, венозным и внутричерепным давлением, выравнивает отношения между клеткой и сосудом, улучшает питание нервной ткани и, таким образом, регулирует и нормализует функции мозга.

Е. Д. Рождественская (Свердловск) остановилась на лечебно-профилактическом применении антикоагулянтов при ревматических пороках сердца; они показаны у больных с тромбоэмболическими осложнениями в анамнезе, особенно повторными, у больных со склерозом легочной артерии и мерцательной аритмией, не поддающейся исправлению.

А. И. Озерова (Пермь) наблюдала влияние некоторых антикоагулянтов на течение инфаркта миокарда и хронической коронарной недостаточности у 200 больных. При инфаркте миокарда ускорялось уменьшение и исчезновение болевых ощущений,

явлений недостаточности кровообращения, не было тромбозомболических осложнений. В группе леченных антикоагулянтами летальность достигала 6,5%, без антикоагулянтов — 19%. При обострении хронической коронарной недостаточности назначение антикоагулянтов сопровождалось значительным сокращением числа случаев стенокардии и инфарктов миокарда.

Н. К. Волейко (Свердловск) привела данные долговременного (от 3 мес. до 4 лет) лечебно-профилактического применения антикоагулянтов при грудной жабе и отметила эффективность этого: у 25 больных, получавших длительно антикоагулянты, инфарктов миокарда не было.

Ф. Т. Красноперов (Казань) поделился своими наблюдениями по изучению влияния антикоагулянтов при сердечно-сосудистых заболеваниях различной этиологии у больных терапевтической, хирургической и неврологической клиник.

Дикумарин применялся у 75 больных при инфаркте миокарда и стенокардии, у 54 — при тромбозе и тромбозе конечностей, у 16 — при тромбозе и других поражениях сосудов головного мозга. Были приведены примеры успешного лечения как в стационаре, так и на дому. Им поддержано мнение о более решительном внедрении антикоагулянтной терапии в практику.

Ф. Т. Красноперов, Л. А. Лушникова
(Казань)

Поступила 5 марта 1960 г.

КЛИНИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ В г. ГОРЬКОМ по ЧЖЕНЬ-ЦЗЮ-ТЕРАПИИ

(8—11/VI 1960 г.)

Проф. В. Г. Вогралик подвел итоги работ сотрудников кафедры госпитальной терапии Горьковского мединститута за год по чжень-цзю-терапии. После воздействия иглой на китайские точки, то есть участки кожи и подлежащих тканей с наибольшей плотностью нейрорецепторов, возникают местные, сегментарно-органные и общие специфические и неспецифические реакции, в которых участвуют эндокринные и вообще гуморальные факторы. При чжень-цзю-терапии укрепляется состояние центральной нервной системы, нормализуются тонус и реактивность ее вегетативного отдела, уничтожается патологическая доминанта, разрывается порочный круг, сложившийся в течении заболевания, повышается порог возбудимости и т. д.

Еще недостаточно учитываются все положения китайской народной медицины, а именно: время воздействия, учение о каналах, применение пальцевого чжень, строго индивидуальный подход к больному и симптомам его заболевания.

Г. М. Покалев и Е. П. Камышева с помощью плетизмографии и хронаксиметрии показали, что укальвание в активные китайские точки вызывает более глубокую и длительную сосудосуживающую реакцию, чем в неактивные точки. Авторами отмечено значительное укорочение зрительной хронаксии при воздействии на активную точку.

М. В. Вогралик, Г. В. Миронова доложили о реакции организма на введение игл в каналы (меридианы) ян-цзин и инь-цзин.

При изучении оптической хронаксии, содержания в крови адреналина, норадреналина, кожной температуры была установлена тенденция к нормализации патологических показателей. Реакция протекала двухфазно, причем зачастую противоположно.

Если при воздействии на ян-мин-меридиан оптическая хронаксия вначале удлиняется, затем укорачивается, содержание адреналина, повышаясь в первое время, уменьшается, кожная температура после снижения повышается, то при укальвании точек цзюэ-инь-меридиана реакции организма прямо противоположны.

Проф. Э. Д. Тыкочинская, пользуясь разнообразной методикой клинко-физиологических проб, установила тесную взаимосвязь между местом воздействия и вызываемым эффектом различных внутренних органов. Методика воздействия имеет несомненное значение в эффекте иглотерапии. Возбуждающий и тормозной методы дают противоположные по направленности характеристики клинко-физиологических проб. Большое значение имеет исходный фон нервной системы, от которого зависит течение ответной реакции организма.

Из сообщений проф. Г. Н. Кассиль, Е. М. Боевой, И. Л. Вайсфельд, А. М. Вейн, Б. И. Каменецкой, В. С. Мальцовой, Е. М. Мельниковой, С. В. Уголевой, М. Н. Фишман о теории чжень-цзю-терапии вытекает:

1. Игло-терапия является рефлекторным методом, вызывающим общие и местные реакции. Сегментарные реакции, являясь частью общей, представляют пример специфической реакции. Авторы считают общую реакцию неспецифической и обнаружили