

ПРОБЛЕМЫ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ, АТЕРОСКЛЕРОЗА И КОРОНАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НА XII НАУЧНОЙ СЕССИИ ИНСТИТУТА ТЕРАПИИ АМН СССР

(28—30 января 1961 г., Москва)

Было представлено 27 докладов, в основном сотрудниками Института терапии АМН СССР.

По Б. С. Кулаеву, сдвиги общего АД зависят от двух факторов: от интенсивности раздражения и от состояния центра, которые, в свою очередь, зависят от количества приходящих к ним афферентных импульсов от разных рефлексогенных зон. В норме рефлексогенная зона сердца ведет себя как буферная: слабые раздражения вызывают прессорные реакции, повышение активности симпатических вазоконстрикторов, увеличение периферического сопротивления; сильные раздражители вызывают депрессорные реакции, угнетение вазоконстрикторов и уменьшение сопротивления периферических сосудов. После денервации синокаротидных зон наблюдается стойкое повышение общего АД и сильное раздражение сердца уже вызывает не депрессорные, а прессорные реакции АД. Напротив, после увеличения потока афферентной импульсации к вазомоторному центру наблюдается снижение общего АД, причем даже слабые раздражения сердца ведут к депрессии. В обоих случаях возникают относительно стойкие гипер- или гипотонические состояния, которые усугубляются нарушением буферных свойств рефлексогенной зоны сердца.

По мнению Н. М. Родионова и В. П. Кулагиной, одним из факторов, обуславливающих расширение сосудов мышц после раздражения некоторых афферентных волокон, является выделение адреналина надпочечниками. Кроме того, большую роль в осуществлении этого эффекта играют синокаротидные и аортальные рефлексогенные зоны. Авторы приходят к выводу, что расширение сосудов мышц, оказывающее гипотензивное действие на общее АД, обусловлено взаимодействием нервного и гуморального факторов, взаимно дополняющих друг друга.

В. С. Сальманович сообщила, что в условиях гиперкалиемического состояния последовательность распространения возбуждения в сердце существенно меняется. Так увеличение уровня калия в плазме крови до 5,7 мэкв/л приводит к более быстрому возбуждению всех участков миокарда, увеличение уровня калия до 6,5 мэкв/л сопровождается мозаичностью во времени начала возбуждения отдельных участков сердца. Дальнейший подъем уровня калия выше 7,5—8 мэкв/л вызывает резкое изменение последовательности возбуждения миокарда, которое сопровождается внутрижелудочковой блокадой, подавлением синусового ритма и появлением экстрасистол. Подъем уровня калия до 9—10,5 мэкв/л приводит к остановке сердца в диастоле. Все указанные изменения обратимы и легко снимаются нормализацией уровня калия в плазме крови.

А. В. Трубецкой сообщил об исследованиях функций сердца методом искусственного кровообращения. Полученные данные характеризуют сердце как буферно-компенсаторную рефлексогенную зону и свидетельствуют о координационных отношениях между дыхательным и сердечно-сосудистым центрами. Эксперименты по изучению действия ряда фармакологических веществ на венозный кровоток и миокард в условиях гуморальной изоляции сердца показали, что адреналин вначале ограничивает венозный кровоток, а затем сильно и длительно его увеличивает, кроме того, повышает потребление кислорода миокардом. Нитроглицерин расширяет веночные сосуды и увеличивает потребление кислорода миокардом. Ацетилхолин расширяет веночные сосуды и уменьшает потребление кислорода. Питуитрин суживает сосуды сердца и уменьшает потребление кислорода.

Б. С. Сухарева доложила об изучении аминокислотного состава альфа- и бета-липопротеинов в норме и при экспериментальном атеросклерозе. При экспериментальном атеросклерозе аминокислотный состав белковой части липопротеинов качественно не меняется. Но при этом наблюдаются некоторые количественные изменения в аминокислотном составе белков, а именно: в альфа-липопротеинах снижается содержание серина и глицина, в бета-липопротеинах также снижается содержание серина и глицина и, кроме того, уменьшается содержание аргинина.

Л. Г. Ефимовой отмечено изменение содержания некоторых аминокислот в крови больных при инфаркте миокарда. У больных острым инфарктом миокарда значительно повышается содержание глутаминовой кислоты, аргинина и лизина, начиная с третьего дня болезни. При обычном течении инфаркта миокарда изменения держатся 1—5 дней. При тяжелом течении болезни повышение глутаминовой кислоты, аргинина и лизина держится до 15—17 дня. У больных хронической коронарной недостаточностью с приступами стенокардии содержание глутаминовой кислоты, аргинина и лизина колеблется в пределах нормы. Определение изменения содержания вышеперечисленных аминокислот может быть использовано в качестве дополнительного критерия при диагностике инфаркта миокарда.

А. А. Некрасова сообщила об изменении активности ферментов сыворотки крови у больных инфарктом миокарда. Во всех случаях при острых инфарктах миокарда наи-

более быстро и выражено было нарастание аспарагиновой трансаминазы. Повышение альдолазы выше нормы наблюдалось почти во всех случаях инфаркта миокарда. Активность аланиновой трансаминазы в большинстве случаев была в пределах нормы, и только у отдельных больных с наиболее тяжелым течением инфаркта миокарда наблюдалось ее повышение. А. А. Некрасова отметила, что наиболее чувствительно и характерно для очага некроза в миокарде повышение в крови аспарагиновой трансаминазы.

А. А. Ступицкий (Куйбышев-обл.) считает, что основные клинические явления при сердечной астме определяются гемодинамическими нарушениями, прежде всего, в малом кругу кровообращения. Он предполагает, что ослабление функции левого желудочка не является ведущим фактором и что снижается функция и правого желудочка. Основная роль как пусковым механизму отводится центральной нервной системе, замыкающей рефлекс Ф. Я. Китаева. Слабость правой и левой половины сердца способствует перерастяжению полостей сердца и возникновению потока импульсов в центральную нервную систему, разрешающихся в виде внезапного и чрезмерного сокращения легочных артерий.

И. С. Глазунов изучал распространение инфарктов миокарда среди населения разных районов СССР в зависимости от характера питания и уровня холестерина крови. Между количеством и характером жиров пищи, степенью холестеринемии и смертностью от инфаркта миокарда наблюдалась определенная корреляция, которая была наиболее четкой при сравнении городов с резкими различиями в характере пищевых жиров (Таллин).

Ф. В. Карапетян заявила о необходимости придавать значение гиперхолестеринемии на фоне наследственно-семейного отягощения у молодых, практически здоровых лиц как показателя предрасположения к атеросклерозу.

К. Н. Замыслова и Н. К. Беляева проанализировали 3300 историй болезни для изучения вопроса о сочетании гипертонической болезни и атеросклероза. Особенно закономерно это сочетание отмечается при гипертонической болезни III стадии. В половине случаев симптомы гипертонической болезни проявляются клинически раньше, чем признаки атеросклероза. Среди больных атеросклерозом преобладают мужчины, среди больных гипертонической болезнью — женщины. Авторы отметили в 37,4% случаев гипертонической болезни и атеросклероза их сочетание. Это соответствует предположению А. Л. Мясникова о возможной патогенетической общности гипертонической болезни и атеросклероза.

Ю. И. Пронин показал, что у больных атеросклерозом с ожирением первые признаки стенокардии возникают раньше, чем у больных атеросклерозом без ожирения, чаще обнаруживаются значительное увеличение скорости пульсовой волны и снижение основного обмена; содержание общих липидов, холестерина и бета-липопротеинов в сыворотке крови также более выражено при ожирении.

Е. И. Чазов и Г. В. Андреев сообщили о получении в чистом виде фибринолизина, способного разрушать выпавшие нити фибрина и лизировать свежие тромбы. Изучение его действия проведено на различных моделях тромбоза коронарных и периферических сосудов в условиях здорового организма и при экспериментальном атеросклерозе. Применение фибринолизина приводило к лизису свежих тромбов и восстановлению в большинстве случаев нормального кровотока.

У. Б. Шарапов отметил клиническую эффективность диуретического действия новурита и диакарба при недостаточности кровообращения.

Л. Н. Игнатова показала, что под влиянием введения витамина В₁₂ уровень холестерина крови, как правило, снижался, а содержание холина и фосфолипидов повышалось.

По данным К. К. Масловой, при лечении витаминами С и В₁₂ больных атеросклерозом, как правило, повышается основной обмен и отмечается снижение содержания холестерина.

На сессии выступил с докладом известный канадский патолог Г. Селье, который изложил концепцию адаптационного синдрома применительно к заболеванию инфарктом миокарда.

В прениях выступили 18 человек.

Проф. Л. М. Рахлин (Казань) отметил важное значение нервной регуляции, а также гуморального звена в патогенезе атеросклероза и гипертонической болезни.

Проф. Ясиновский обратил внимание на то, что ртутные мочегонные средства дают лучший эффект в начале их применения.

Канд. мед. наук **И. Х. Канцеров,**
Ф. Т. Красноперов

(Казань)

ПРОФЕССОР САМУИЛ ЯКОВЛЕВИЧ ГОЛОСОВКЕР

(1891—1961)

После тяжелой болезни скончался много лет проработавший в Казани зав. кафедрой кожно-венерических болезней Ленинградского педиатрического медицинского института профессор Самуил Яковлевич Голосовкер.



Уроженец г. Мир, Барановичской области, Самуил Яковлевич окончил медицинский факультет Казанского университета в 1915 г., после чего работал военным врачом в сводном эвакогоспитале города Казани, а с 1916 по 1918 гг. — врачом по оказанию помощи беженцам. С 1918 г. по 1923 г. Самуил Яковлевич занимал руководящие посты в городском и областном отделах здравоохранения г. Казани и внес большой вклад в дело борьбы с венерическими и кожными болезнями в Татарии.

С начала открытия Казанского института усовершенствования врачей Самуил Яковлевич начал работать в кожной клинике, последовательно занимая должности ординатора, ассистента и доцента. С 1928 по 1931 гг. он заведовал кафедрой кожных болезней Казанского ГИДУВа.

С 1931 по 1940 гг. Самуил Яковлевич был научным руководителем и директором Свердловского кожно-венерологического института и одновременно заведовал одноименной кафедрой Свердловского медицинского института.

С 1940 г. по 1941 г., а затем с 1944 г. по день заболевания заведовал кафедрой кожно-венерических болезней Ленинградского педиатрического медицинского института.

Во время Великой Отечественной войны С. Я. Голосовкер был консультантом ряда военных госпиталей (Ленинград, Свердловск), удостоен правительственных наград: ордена Ленина, медалей «За оборону Ленинграда», «За доблестный труд в Отечественной войне», «За победу над Германией».

Перу проф. С. Я. Голосовкера принадлежит свыше 70 научных работ, которые могут быть по тематике разделены на несколько групп. К первой следует отнести 20 работ организационного характера. В этом разделе имеются работы по борьбе с кожно-венерическими болезнями на Урале, две работы монографического характера о половом быте и ряд научно-популярных брошюр по вопросу о проституции, личной профилактике венерических болезней, о чесотке — лечении ее и профилактике и др.

Ко второму разделу следует отнести 15 работ по вопросу лечения сифилиса и гонорей. Из них заслуживают особого внимания работы по лечению сифилиса методом пиротерапии.

Третья группа работ касается дерматологии взрослых. Особенно следует отметить большую монографию о тяжелом заболевании — грибовидном микозе (докторская диссертация, 1935 г.) и работу об отечной эритеме голеней.

К четвертому разделу могут быть отнесены работы, посвященные детской дерматологии: стафилодермиям периода новорожденности, грибковым заболеваниям у детей, лечению и профилактике врожденного сифилиса. Среди последних работ особо важное значение имеет монография «Пиодермия у детей» (1960 г.), в которой отмечаются особенности течения, терапии и профилактики этого заболевания у детей. Эта книга является настольной для врачей-дерматологов и педиатров.

Под руководством проф. С. Я. Голосовкера защищено 2 докторских и 11 кандидатских диссертаций на актуальные темы.

Богатейший практический опыт, высокая научная эрудиция заслуженно выдвинули Самуила Яковлевича в число ведущих дерматологов нашей страны. В области детской дерматологии он был одним из немногих ведущих специалистов.

Придя в 1940 г. в Ленинградский педиатрический медицинский институт уже сформировавшимся научным работником, прекрасным педагогом и большим организатором, С. Я. Голосовкер провел значительную работу по переподготовке врачей-педиатров в плане широкой профилактики и организации лечения кожных и венерических заболеваний в детском возрасте не только в Ленинграде, но и далеко за его пределами.

Самуил Яковлевич являлся инициатором организации детской секции общества им. М. В. Тарновского и был первым председателем этой секции.