

СЪЕЗДЫ И КОНФЕРЕНЦИИ

I КОНГРЕСС АССОЦИАЦИИ КАРДИОЛОГОВ СНГ

(20—23 мая 1997 г., г. Москва)

Впервые после распада СССР представители кардиологов 14 стран СНГ, а также видные специалисты "узких" областей кардиологии из США, Германии и Италии собрались на свой первый конгресс, посвященный проблемам ИБС, артериальной гипертензии (АГ), нарушений ритма и проводимости. Регламент конгресса включал три пленарных (соответственно приведенным выше направлениям кардиологии) и четырнадцать секционных заседаний, а также сателлитные симпозиумы.

Конгресс открыл почетный президент ассоциации, президент конгресса акад. Е.И. Ч а з о в. Он отметил, что стремление врачей определиться в сложных вопросах патогенеза и клинических проявлений ИБС, нарушений ритма и проводимости, а также АГ оказалось сильнее амбициозности ретивых политиков.

Доклад акад. Е.И. Ч а з о в а "Лечение ИБС" представлял собой итог размышлений ученого, более 40 лет жизни отдавшего исследованиям в области кардиологии. Он начал с цитирования основоположника отечественной терапии М.Я. Мудрова: "Чтобы успешно лечить, необходимо познать больного" и остановил внимание на риторическом вопросе: "А знаем ли мы достаточно хорошо механизмы формирования ИБС?". По данным докладчика, причины неэффективного лечения ИБС объясняются недостаточным знанием механизмов возникновения болезни и отсутствием знаний об эффективных методах лечения и пределах их возможности. Действие лекарств можно оценить по степени их влияния на нарушение коронарного кровотока в связи с функциональными изменениями, по данным холтеровского мониторирования, нагрузочным пробам, эхо-стрессу и другим ультразвуковым методам (последние помогают контролировать эффективность лечения). Определены показания к коронарографии (больные с ИБС и с неясными проявлениями ИБС, лица профессии риска — летчики, водители транспорта, к транслюминальной коронарной ангиопластике (в частности при локальном некальцинированном стенозе), АКШ (при стенозирующем поражении более 70% просвета всех трех основных коронарных артерий — КА или ствола левой коронарной артерии). Было отмечено, что в основе поражения КА лежит атеросклероз, на который и надо воздействовать. Нельзя сводить лечение только к назначению нитратов и бета-блокаторов.

Проф. Р.Г. О г а н о в (Москва) представил доклад "Эпидемиология ИБС". Сложнейшие политические и экономические преобразования, которые произошли после распада СССР, отразились на уровне заболеваемости и смертности в странах СНГ. Так, смертность от ИБС и cerebrovascular заболеваний в странах СНГ по сравнению с Западной Европой возросла на 300%. 30% больных острым инфарктом миокарда умирают до первого контакта (встречи) с врачом. Развитию заболеваемости ИБС способствуют и вновь появившиеся (их много) факторы риска, которые, объединяясь, ускоряют и увеличивают заболеваемость. Необходимо принять меры к утверждению сбалансированного питания и к своевременной вторичной профилактике ИБС.

В докладе "Неинвазивная инструментальная диагностика ИБС" проф. Ю.Н. Б е л е н к о в (Москва), рассмотрев этапы развития ИБС (неоднородность кровотока в миокарде → регио-

нальная дисфункция желудочка → дефект перфузии → депрессия сегмента ST → приступ стенокардии), представил методы исследования. Наиболее распространена велоэргометрия, чувствительность которой составляет 55—60%, а специфичность — 70—80%. Эффективна сцинтиграфия Tl^{201} , еще лучше — позитронно-эмиссионная томография для диагностики ИБС (не стоит дорого). Более доступна нагрузочная эхокардиография. Чувствительность и специфичность метода достигают 90%, а в пробе с добутамином — даже 92%, поэтому она может применяться у тех больных, которым невозможно провести велоэргометрию. Метод помогает и в выявлении дисфункции миокарда. Из новых способов оценки перфузии миокарда упоминались радионуклидные, ультразвуковые, кино-компьютерные методы и кино-ЯМР-томографии, однако при визуализации сердца все они уступают по ценности коронарографии.

Чл.-корр. РАМН Р.С. А к ч у р и н (Москва) в докладе "Хирургическое лечение ИБС" отметил, что коронарная хирургия снижает смертность от ИБС на 26—42%, хотя у 42—54,6% пациентов имеется поражение атеросклерозом двух сосудов. Автор ратует за системную коронаропластику, при которой летальность составляет 0,7%, в то время как при одномоментной — 3,7%. Шунты сохраняют проходимость в течение 10—12 лет и после АКШ у больного следует контролировать содержание липидов путем анализов, в первую очередь ЛПНП.

Этот раздел был дополнен сообщением украинских ученых В.А. Б о б р о в а и Ю.Н. С о к о л о в а "Коронарная ангиопластика и другие «инвазивные» методы лечения ИБС", которые подчеркнули эффективность перкутанной транслюминальной коронарной ангиопластики.

Первый день пленарного заседания акад. РАМН М.М. М и р р а х и м о в (Бишкек, Киргизия) завершил сообщением "Гипоксические легочные гипертензии". Основоположник исследований "высокогорной кардиологии" среди причин легочной гипертензии (ЛГ) выделил заболевания легких, рестриктивные заболевания (болезни соединительной ткани), пребывание на высоте, синдром гиповентиляции (центрального и периферического генеза). При этом должны учитываться функции эндотелиальных клеток (барьерная, иммунная, воспалительная, рецепторная, медиаторы свертывания крови и тромбогенеза, регуляция сосудистого тонуса и роста клеток сосудов), а также роль K^+ -каналов, которые в условиях гипоксии функционируют недостаточно, и это вызывает повышение K^+ внутри клетки и приводит к пролиферативным процессам, объясняющим гипертензию. При этом заболевании наблюдается "первичное" увеличение правого желудочка, являющееся самостоятельным фактором возникновения внезапной смерти. Основными методами лечения ЛГ являются оксигенотерапия, ингаляция окиси азота, назначение простагландина I_2 (простациклина) и E_1 , аденозина, антагонистов кальция (нифедипин, адонат, дилтиазем, исрадипин, амлодипин), антикоагулянтов, антиагрегантов и аппаратного дыхания. Новое направление в лечении ЛГ — поиски "открывателей" K^+ -каналов (типа теofilлина, кетати, помогающего при ночном апноэ) и трансплантация "легкие—сердце".

Во второй день работы были прослушаны доклады, посвященные АГ. Чл.-корр. РАМН В.А. Ткачук в чисто теоретизированном сообщении "Рцепция и внутриклеточная сигнализация: роль в патогенезе и лечении АГ" попытался доказать эффективность гипотензивных препаратов (диуретики, симпатолитики, вазодилаторы, антагонисты кальция, ингибиторы АПФ).

Л.Т. Малая и соавт. (Харьков) представили доклад "Новые горизонты в фундаментальном и клеточном изучении барьерно-транспортных свойств клеточных мембран при гипертонической болезни", а акад. РАМН В.А. Алмазов и соавт. (Санкт-Петербург) сообщил о нейрогенных механизмах патогенеза гипертонической болезни по архивным данным обследования бойцов Ленинградского фронта.

"Перспективы функциональной диагностики при АГ" были рассмотрены акад. АН Республики Беларусь Г.И. Сидоренко.

Проф.А.П. Юренев (Москва) показал, что при гипертонической болезни в 70% случаев отмечается поражение сердца по типу "гипертонического", где критической является масса, равная 200 г. "Гипертоническое" сердце — опасное проявление АГ с участием миокардиального и коронарного факторов, способствующих развитию атеросклероза и завершающихся формированием ИБС.

Пленарное заседание "Нарушение ритма и проводимости" открыл чл.-корр. РАМН Л.В. Розенштейн (Москва). В его докладе "Традиционные и новые представления о классификации антиаритмических препаратов" было впервые отмечено, что трансмембранные потенциалы действия определяются не только Na^+ - и K^+ -ионными каналами. Ионные токи создаются еще примерно 10 ионами, каждый из которых имеет свой ионный канал и специфические свойства. Очень важно знать, на какие ионы и их каналы действуют антиаритмические вещества. Докладчик представил новый отечественный противоритмический препарат сильного антилинергического действия — нибетан, позволяющий купировать мерцательную аритмию в 70—80% случаев независимо от срока ее появления.

Большой интерес вызвало сообщение А.Н. Пархоменко (Киев) "Маркеры электрической нестабильности миокарда и риска развития угрожающих жизни желудочковых аритмий у больных ИБС". У больных инфарктом миокарда в первые 5 суток в 80% случаев регистрируется электрическая нестабильность миокарда. Если при этом выявляются полиморфные желудочковые экстрасистолы, то следует ожидать фибрилляцию желудочков.

Принципы лечения желудочковых аритмий изложил проф. С.П. Голицын (Москва), предложив их прогностическую классификацию (стратификацию): доброкачественные, потенциально злокачественные и злокачественные. Последние рекомендовано лечить соталолом или кордароном (успех составляет 40—45%), причем последний (по данным зарубежных исследователей) успешно выдерживает конкуренцию с дефибрилляцией.

В докладе "Современное состояние проблемы хирургии тахикармий", подготовленном акад. РАМН Л.А. Бокерия и проф. А.Ш. Ревиашвили (Москва), было констатировано, что фибрилляция предсердий возникает у 0,4% взрослого населения (для России это 600 тысяч человек), из них 79% — при митральном стенозе. Предлагаются оперативные методы лечения с достаточно высокой эффективностью.

На секции "Острый инфаркт миокарда" обсуждался доклад "Нестабильность атеросклероти-

ческих бляшек при остром коронарном синдроме" В.С. Жданова и др. (Москва). Было отмечено, что нестабильная бляшка — это осложненное поражение, вызванное прогрессированием атеросклероза из-за непосредственного влияния коронарного кровотока на атеросклеротическую измененную сосудистую стенку. Вследствие этого процесса развивается инфаркт миокарда (ИМ) или внезапная (скоропостижная) смерть. При ИМ обычно выявляют тромб в просвете сосуда, но вовсе не редкость, когда он обнаруживается и в толще сосудистой стенки (интрамуральный), и в этих случаях тромболитическая терапия (ТЛТ) может быть неэффективной.

И все же ТЛТ достаточно смело входит в алгоритм лечения острого ИМ, свидетельством тому было сообщение о тринадцатилетнем применении ускоренного метода системного тромболитика средними дозами стрептокиназы в г. Томске (В.А. Марков). Разработан метод болюсного введения 500—750 тыс. Ед. стрептокиназы с гепарином за 5—10 минут на догоспитальном этапе. Осложнениями и побочными эффектами такой терапии были транзиторная гипотония (64,5%), реперфузионные аритмии (83,7%), тяжелые кровотечения (0,7%), локальные геморагии (12,1%), аллергические реакции (6,5%). Об эффективной реперфузии судили по уменьшению суммарного подъема сегмента ST ЭКГ. ТЛТ эффективна, если в течение первых 30 минут суммарный подъем сегмента ST уменьшается более чем на 26% или через 60 минут — больше чем на 38%. Эта тема была продолжена В.И. Шальневым (Санкт-Петербург), который также рекомендовал вводить стрептокиназу (750.000 ЕД) и гепарин (10.000 ЕД) на догоспитальном этапе ОИМ в течение 20 минут. Эта терапия в 2 раза уменьшает летальность по сравнению с результатами ТЛТ в стационаре. Однако председательствующий проф. М.Я. Рудя (Москва) подверг сомнению необходимость введения кроме стрептокиназы и гепарина, сославшись на зарубежные источники, где об его эффективности не упоминается.

Секция "Сердечная недостаточность как осложнение ишемической болезни сердца" открылась сообщением проф. Ю.Н. Беленкова (Москва), который поделился 20-летним опытом наблюдений и лечения больных с сердечной недостаточностью (СН). Изменение концепции СН привело к изменению стратегии лечения, целью которой стало устранение симптомов ХСН, улучшение качества жизни и ее прогноза (продолжительности). Лечение препаратами должно включать так называемые инотропные средства (при синусовом ритме от гликозидов необходимо отказаться), диуретики, периферические вазодилаторы, нейрогуморальные средства (ингибиторы АПФ), β -блокаторы. Нельзя отказываться и от верапамила, который уменьшает риск смерти от СН на 20%. Лечение β -блокаторами с малых доз (5 мг/сут) основывается на патогенетических представлениях об СН: увеличение содержания норадреналина в крови (характерно для СН из-за вторичной гиперальдостеронемии) более 900 нг/мл приводит к увеличению смертности, потому необходимо назначение кардиоселективных β -блокаторов — карведилола или соталола. Однако, как справедливо отметил председательствующий Е.И. Чазов, не на все вопросы лечения ХСН есть ответы. Прежде всего при ХСН следует уменьшить нагрузку на сердце и, используя все энергетические его возможности, стараться их повысить. Последнему фактору, а также улучшению функции кардиомиоцитов ученые кардиологического центра уделяют большое внимание.

Казанские кардиологи выступили с секционными сообщениями (В.Н. Ослопов, Н.Р. Ха-

с а н о в и др. "Коррекция некоторых показателей variability ритма сердца и вегетативной регуляции сердечной деятельности со скоростью Na^+/Li^+ противотранспорта в эритроцитах у лиц с пограничной АГ"; И.А. Латфуллин, Г.М. Тептин "Двухмерная имитационная модель возникновения спонтанных возбуждений в миокарде; А.А. Галеев, Н.А. Андреев "Гипертрофия левого желудочка, выявляемая

только по данным интегральной топографии и ее влияние на восстановление ритма при фибрилляции и трепетании предсердий"), направление которых позволяет утверждать, что электрофизиология для наших исследователей по-прежнему (благодаря идеям А.Ф. Самойлова, Э.А. Озола) остается приоритетной.

На заключительном заседании решено провести следующий конгресс в г. Бишкеке (Киргизия).

Проф. И.А. Латфуллин (Казань)

IV МЕЖДУНАРОДНЫЙ КОНГРЕСС "ПРОБЛЕМЫ ЛАЗЕРНОЙ МЕДИЦИНЫ" (27 — 31 мая 1997 г. Москва—Видное)

В последние годы наблюдается тенденция к неуклонному развитию лазерной медицины как в нашей стране, так и за рубежом. В настоящее время средства лазерной диагностики и лечения используются в 5% случаев всех медицинских вмешательств, но в XXI столетии эта цифра вырастет до 60% и более.

Проф. Т.И. Кару выступила с интересным сообщением о взаимодействии лазерного излучения с клетками организма. Были обсуждены 3 механизма биологического ответа клеток на излучение видимого света и ближнего инфракрасного (лазерного) как результата физических и/или химических изменений в фотоакцепторах молекул, компонентах респираторных цепей вследствие фотовозбуждения состояния электронов.

В докладе проф. G. Galletti (Италия) "Низкоинтенсивный лазер: неинвазивное высокоэффективное терапевтическое средство" было подчеркнуто, что для получения наилучших результатов нужно подбирать программу лечения для каждого пациента отдельно, а в конце каждого курса определять, нужно ли продолжать лечение или нет, даже если была достигнута конечная стандартная доза.

Темой доклада проф. И. М. Байбекова (Узбекистан) было повреждение и восстановление клеток при низкоинтенсивном лазерном излучении (НИЛИ). Исследования показали, что дозы НИЛИ, не превышающие 20 Дж/см² для ГНЛ и лазера на парах меди и 4 Дж/см² для УФЛ, при ежедневном локальном и региональном воздействии оказывают стимулирующий эффект. Он заключается в увеличении пролиферации, дифференцировки и секреторной активности клеток. Превышение указанных доз приводит к альтерации клеток, остановке роста пролиферативной активности, а затем и к ее снижению, что сопровождается альтерацией клеток, вакуолизацией их цитоплазмы, развитием перинуклеарного отека, усилением кламатоза. Альтерация клеток костного мозга, желудка и кишечника указывает на влияние НИЛИ в дозах, превышающих оптимальные при общем облучении организма, на межклеточное взаимодействие.

Проф. А.К. Полонский поделился собственным (более четверти века) опытом работы в области лазерной медицины. Он отметил, что лазерное излучение — далеко не безобидный фактор. Чтобы осложнения были сведены до минимума, квалифицированный медицинский персонал следует готовить только на базах медицинских вузов по единой утвержденной Минздравом программе. Кроме того, врачам нужна аппаратура с обратной связью.

Проф. Т.А. Федорова рассказала о влиянии низкоинтенсивного лазерного излучения на клиническое течение и гемостатический потенциал крови у больных хроническими заболева-

ниями легких в сочетании с кардиальной патологией. Лекарственная терапия в таких случаях представляет определенные трудности, НИЛЖе может с успехом ее дополнить, а в некоторых случаях и заменить.

Доклад проф. В.И. Корепанова был посвящен современному состоянию лазерной трансмикардиальной реваскуляризации миокарда при ишемической болезни сердца. Такое вмешательство возможно у пациентов, имеющих противопоказания к аорто-коронарному шунтированию или чрезкожной коронарной дилатации, и/или при эффективности указанных методов.

Проф. Г.Е. Брилли выступил с сообщением «"Панacea" или реальность?» Он привел ряд механизмов развития патологических процессов и их подавления при использовании НИЛИ, а также активации ряда саногенетических механизмов, что обеспечивает позитивный эффект при различных заболеваниях.

Большое число докладов о применении различных методов лазерной терапии было сделано авторами из Казани (О.Ю. Карпухин, О.В. Столярова, Н.Б. Амиров, А.И. Ларюшин, И.Ф. Фаткуллин, Р.Ш. Каратай, Ю.А. Челышев, Л.Г. Амиров), что свидетельствует о внимании, уделяемом в нашей республике этому методу. В связи с этим хотелось бы привлечь внимание как Минздрава, так и предпринимателей к такой быстро развивающейся отрасли медицинской науки, каковой является лазерная медицина, и пробудить больший научный интерес к ней со стороны казанских ученых.

А.Н. Лобанов проинформировал о том, что энхансеры (короткие нуклеотидные последовательности — порядка 70 пар оснований, отсутствие которых внутри петли ДНК ослабляет транскрипцию генов в данной петле на несколько порядков) можно считать специфическими фотоакцепторами к определенным длинам волн.

Г.В. Бабушкина, И.М. Корочкин, А.В. Картелишев познакомили с результатами 10-летнего наблюдения за большими ИБС двух репрезентативных групп. Ими установлено, что в группе больных (280 чел.), получавших лазерную курсовую терапию, достоверно снижено число обострений ИБС по сравнению с группой больных (155 чел.), леченных традиционными медикаментозными средствами.

В фойе на стендах выставки были представлены аппараты лазерной терапии нового поколения, а также информационные материалы о предстоящих конгрессах: в ноябре 1997 г. на Кипре — "Лазер и здоровье" и в мае 1998 г. в Турции — "Проблемы лазерной медицины и эндохирургии".

Доц. Н.Б. Амиров (Казань)