

ПЕРВЫЙ ВСЕРОССИЙСКИЙ СЪЕЗД КАРДИОЛОГОВ

(1—5/X 1968 г., Воронеж)

Съезд открыл заместитель министра здравоохранения РСФСР А. В. Сергеев.

А. М. Дамир предложил использовать определение ваката кислорода после физической нагрузки для оценки работоспособности сердца. Г. Ф. Архипова (Новосибирск) доложила об обменных сдвигах в миокарде на основании исследования крови, полученной зондированием коронарного синуса. Это позволило в известной степени судить о работоспособности сердца. Н. М. Мухарялов (Москва) сообщил о значении функциональных нагрузок в диагностике сердечной и дыхательной недостаточности. В. В. Соловьев (Москва) подвел итоги исследованиям гемодинамики при недостаточности сердца методом разведения красителя.

При участии сотрудников политехнического института разработаны методы ультразвуковой локации в исследовании сердца, что нашло применение в клинике (М. Н. Тумановский и сотр., Воронеж; И. Т. Акуличев и сотр., Москва; Р. З. Амирин и сотр., Москва, и т. д.). Это позволило бескровным зондажем сердца регистрировать такие параметры его работы, которые в недалеком прошлом считались недоступными для наблюдения (А. И. Золотарев, Воронеж). Впервые в СССР разработана методика дзилектрокардиографии, что дает возможность точнее судить о гипертрофии и дистрофии миокарда (Э. Ш. Халфен, Саратов).

Д. Ф. Пресняков (Москва) представил анализ изопотенциографического синуса сердца.

Среди новых методов исследования привлек внимание метод электрорентгенографии, основанный на эффекте фотопроводимости полупроводников и создании скрытого электростатического изображения. Его основные достоинства — быстрота получения готового снимка (через 2 мин. после экспонирования), высокое качество изображения, большой экономический эффект (Н. Р. Палеев и сотр., Москва).

Применение метода разведения красителя позволяет без зондирования сердца получить основные гемодинамические показатели (минутный объем, объем циркулирующей крови, время центрального кровотока) у людей со здоровым сердцем и при недостаточности кровообращения, вызванной различными заболеваниями [ревматические пороки сердца, эмфизема легких, инфаркт миокарда, атеросклеротический кардиосклероз (А. А. Горбаченко и сотр., Москва)].

Этот метод, по мнению Е. Н. Агаповой (Краснодар), безвреден, может применяться у больных с аноксией, застойными явлениями в легких; кроме того, он точен и относительно прост.

В. П. Цымбалюк (Томск) считает, что метод разведения красителя дает возможность изучать гемодинамические показатели, которые с учетом общеклинических данных и результатов других инструментальных методов помогают оценить функциональное состояние системы кровообращения.

О. П. Годонова (Москва) успешно применяет метод разведения красителя при исследовании гемодинамики у детей с различными формами артериальной гипертонии.

По данным В. В. Зарецкого и сотр. (Москва), скоростная импульсная рентгенокинематография позволяет дать оценку деятельности аппарата кровообращения, не выходя за пределы допустимой дозы рентгеновского облучения.

Радиокардиография нашла широкое применение при грудной жабе, инфаркте миокарда (в том числе осложненном шоком), кардиосклерозе, гипертонической болезни, легочном сердце, врожденных (Е. И. Жаров, Р. О. Оршакуни, Москва) и приобретенных пороках (Г. А. Малов и сотр., Москва). Из графических методов анализа сердечной деятельности внимание исследователей за последние годы привлекает регистрация вибраций, связанных с кинетикой сердца (кинетокардиография). Так, Д. М. Зислин и сотр. (Свердловск) сообщили о возможности получения этим методом раздельной информации о фазах систолы и диастолы желудочков сердца. З. В. Сергиева (Горький), применив этот метод при аневризме сердца, получила полное представление не только о локализации процесса, но и о состоянии аневризматической стенки и степени ее набухания. В. А. Гефтер (Горький) считает возможным применять его для оценки эффективности сердечных средств и изучения механизма их терапевтического влияния.

Ю. М. Бала и сотр. (Воронеж) использовали электронновычислительную машину при дифференциальной диагностике некоторых сердечно-сосудистых заболеваний.

Согласно современным представлениям, среди патофизиологических механизмов изменений сердечного ритма все большая роль отводится нарушениям метаболических процессов в миокарде, сдвигам электролитного, медиаторного и гормонального балансов. Расстройство ритма и проводимости, наряду с шоком и сердечной недостаточностью, является частым осложнением острого инфаркта миокарда (Е. И. Чазов, Н. А. Гольберг, Москва). Возникновение транзиторных изменений ритма и проводимости наблюдается в связи с приемом сердечных глюкозидов, преимущественно строфантина. Необходимость длительной гликозидной терапии в условиях сердечной недостаточности создает предпосылки для развития эктопических аритмий (В. С. Смоленский и сотр., Москва).

По данным Т. П. Борисовой и Т. И. Терновой (Москва), независимо от природы аритмий сердца у всех детей с различным характером нарушений ритма выявлялось отчетливое повышение концентрации серотонина и ацетилхолина в крови, превышающее нормальное содержание в 3—4 раза. На высоте приступа пароксизмальной тахикардии концентрация их была наиболее высокой.

О роли электролитных сдвигов в патогенезе нарушений ритма сердца сообщила Я. Н. Абакумова и сотр. (Оренбург). Учитывая свойственную атриовентрикулярной блокаде гиперкалиемию, авторы рекомендуют избегать назначения солей калия больным с нарушениями предсердно-желудочковой проводимости.

Л. М. Гольберг и сотр. (Москва) считают, что изменения сердечного ритма при тиреотоксикозе связаны не столько с нарушением экстракардиальных нервных влияний на центры автоматизма миокарда, сколько с происходящими под влиянием тиреоидных гормонов сдвигами в энергетике миокардиальных клеток.

М. В. Бургдорф и сотр. (Челябинск), изучая ритм сердца у рабочих горячих цехов металлургических заводов и у летчиков, находившихся под влиянием угловых ускорений на кресле с автоматическим управлением, при помощи так называемой «микропульсограммы» (регистрации ЭКГ в предельно краткие сроки с последующим построением кривых), установили ряд определенных особенностей в отношении возникновения, клиники и течения наблюдавшихся в этих условиях нарушений ритма.

В клинике госпитальной хирургии Горьковского мед. ин-та (Б. А. Королев и сотр.) из 2000 больных, которым была произведена митральная комиссуротомия, хроническая мерцательная аритмия выявлена у 22%, в послеоперационном периоде острая мерцательная аритмия возникла еще у 15%.

В последние годы для борьбы с нарушениями сердечного ритма все чаще применяются методы, в основе которых лежит использование электрических импульсов различных параметров. Из них можно выделить три: 1) электрошоковую терапию мерцательной аритмии, 2) коррекцию медленных ритмов сердца с помощью электрической стимуляции, 3) коррекцию тахиаритмии с помощью парной электрической стимуляции желудочков сердца.

Наиболее эффективен метод дефибрилляции сердца. По данным В. П. Радушекевич (Воронеж), лечение 711 больных с мерцательной аритмии электрической дефибрилляцией дало непосредственный положительный результат в 93,7%. О. И. Ясакова и сотр. (Свердловск) при электроимпульсной терапии больных хронической мерцательной аритмии получили положительный результат у 80%, а при лечении хинидином — у 42%. И. И. Неймарк и В. А. Смирнова (Барнаул) сообщили, что им удалось методом трансторакальной электроимпульсной терапии снять мерцательную аритмию и нормализовать ритм сердца у 78,5% больных. В. Г. Попов и сотр. (Москва) считают, что с введением в практику электроимпульсной терапии отошли на второй план методы медикаментозного восстановления синусового ритма у больных с постоянной формой мерцания предсердий. Отдаленные результаты после устранения мерцательной аритмии улучшаются при подборе больных с учетом прогностических критериев и последующим диспансерным наблюдением с длительной поддерживающей антиаритмической терапией.

По мнению О. И. Ясаковой и сотр. (Свердловск), наиболее перспективным методом лечения мерцательной аритмии является сочетание электроимпульсной терапии с поддерживающими дозами хинидина и препаратами, улучшающими обменные процессы в миокарде.

Влияние кокарбоксилазы на различные виды нарушения ритма было исследовано А. З. Черновым и Н. А. Гусевой (Москва). Получен хороший эффект от кокарбоксилазы при острых нарушениях ритма у больных с инфарктом миокарда и при аритмиях, вызванных глюкозидами. С целью устранения «дигиталисных» аритмий В. С. Смоленский и сотр. (Москва) применяли альдактон, альдактон-А, прогестерон и его производные. Эти препараты (блокаторы бета-адренергических рецепторов) являются одним из средств предупреждения и устранения аритмий, вызванных напряженкой в связи с понижением чувствительности миокарда к сердечным гликозидам.

Т. Г. Гомзякова (Ленинград) рекомендует новый антиаритмический препарат — карбазин (этмозин). При приступах пароксизмальной мерцательной аритмии и пароксизмальной тахикардии он наиболее эффективен в дозе от 20 до 75 мг.

В докладе о медикаментозной терапии и профилактике нарушений ритма С. Г. Мойсеев (Москва) высоко оценил новый отечественный препарат аморфин (или фрутицин), представляющий собой глюкозид, выделенный из плодов аморфы полукустарниковой. Препарат обладает кардиотоническим и седативным действием.

По мнению Б. А. Королева и сотр. (Горький), лучшим методом профилактики нарушений ритма при митральном стенозе является своевременное оперативное вмешательство.

Заболевания миокарда

Я. Л. Рапорт (Москва) предложил систематизацию дистрофий миокарда и миокардитов. Дистрофии миокарда: симптоматическая, первичная, ангиогенная, гиперфункционная, фибрилляционная, старческая. Миокардиты: инфекционно-токсический, вирусный, эндокринно-токсический, гипоксемический, аллергические (с разновидностями: параллергический, идиопатический, аутоаллергический, трансплантационный).

М. И. Теодори (Москва) по этиологии разбил миокардиты на 6 групп: неспецифический паратипа или метаинфекционный, идиопатический, лекарственный, паразитарный; на почве коллагенозов у ожоговых больных.

П. Н. Юренев (Москва) рассматривает аллергический миокардит как полиэтиологическое заболевание, чаще возникающее после тонзиллогенной инфекции, лекарственной непереносимости. Нередко он протекает с выраженной глухостью сердечных тонов, систолическим шумом, тахикардией и экстрасистолией.

О. М. Крынский (Ленинград) остановился на синдроме Вольфа, Паркинсона и Уайта (синдром преждевременного возбуждения желудков). Опыт клиники свидетельствует в пользу примата функциональных нарушений. Автор считает, что этот синдром зависит от нарушений миокарда либо в связи с «фазовым» его состоянием и перизлектротоном, либо в связи с нарушением возбудимости предсердий.

А. Б. Воловик (Ленинград) считает наиболее опасным для детей идиопатический миокардит, проявление сверхчувствительности организма к различным аллергенам, в том числе к антибиотикам. Автор отмечает частоту его при системной красной волчанке, сепсисе и нередкое сочетание с эндокардитом и перикардитом.

По данным А. А. Демина и сотр. (Новосибирск), у больных системной красной волчанкой поражение сердца выявлено в 65%, а по данным З. А. Горбуновой и сотр. (Свердловск) — в 92%. У подавляющего большинства больных отмечалось поражение миокарда, реже — перикарда и эндокарда. Миокардит у большинства больных проявлялся синусовой тахикардией или брадикардией, экстрасистолией, замедлением внутрижелудочковой проводимости.

В. А. Максимов (Ленинград) сообщил, что поражение миокарда, этиологически связанное с тонзиллитом, респираторными вирусными инфекциями (включая грипп), пневмонией, сепсисом и др., в 20% приводит к развитию кардиосклероза.

При клиническом анализе 63 больных преимущественно с портальным и постнекротическим циррозом печени Г. В. Ивков (Москва) установил, что изменения миокарда, как правило, не являлись результатом атеросклеротического либо воспалительного процессов или хронической перегрузки, а были, очевидно, обусловлены дезорганизацией биоэнергетических процессов на фоне выраженной диспротеинемии, гипокалиемии, гормональных нарушений и т. п.

Л. И. Гефтер и сотр. (Воронеж) наблюдали 92 больных инфекционно-аллергическими миокардитами неревматического генеза (у 34 был тонзиллогенный миокардит, у 17 — миокардит при туберкулезе, у 14 — при гриппе). По мнению авторов, основные принципы лечения инфекционно-аллергических миокардитов должны состоять в воздействии на этиологический фактор (тонзилэктомия, кортикостероидная терапия и т. п.).

А. В. Покровский (Москва) иллюстрировал опыт реконструктивной хирургии артериальных стволов. Хирургическому лечению аневризм аорты, коарктации, пункции аорты, окклюзии брюшной аорты и ее ветвей были посвящены доклады Г. Л. Ратнера (Куйбышев), С. М. Кавалерова (Горький), З. И. Земина (Москва), Тарасенко (Воронеж), А. Ф. Сметнева (Москва). А. А. Ахметзянов (Казань) сообщил об анатомических вариантах брахиальных, межреберных и других ветвей грудной аорты и поражениях их атеросклерозом. Весьма интересным был доклад Б. З. Даниовича (Ленинград) о прижизненной диагностике аневризм синуса Вальсальвы аорты. Из 7 больных диагноз был поставлен у 5, и своевременное хирургическое вмешательство спасло жизнь отдельным больным. И. И. Шербатов (Москва) доложил о врожденных аневризмах сосудов шеи у детей. Л. М. Рахлин (Казань) сообщил о «синдроме вертебральной артерии» в клинике внутренних болезней.

В. С. Работников и А. Х. Гаштров (Москва) при окклюзии брахиоцефальных сосудов для восстановления кровотока рекомендуют три вида операций: шунтирование, резекцию пораженного сегмента сосуда с последующим протезированием, эндартерэктомию. Необходимо раннее выявление больных и проведение превентивных операций. У больных с развивающимся ишемическим инсультом операции не дают выраженного эффекта и не всегда выполнимы.

Председателем правления Всероссийского научно-медицинского общества кардиологов избран проф. А. М. Дамир, членами в числе других — проф. Л. М. Рахлин (Казань), Н. П. Медведев (Казань).

А. А. Ахметзянов (Казань)

ЮБИЛЕЙНАЯ НАУЧНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОГО ИНСТИТУТА АКУШЕРСТВА И ГИНЕКОЛОГИИ МЗ СССР

(15—16/X 1968 г., Москва)

Научная конференция по проблеме «Антенаатальная охрана плода и профилактика перинатальной патологии» была посвящена 60-летию со дня рождения и 37-летию научной, педагогической и лечебной деятельности действительного члена АМН СССР Леонида Семеновича Персианинова.