

СЪЕЗДЫ И КОНФЕРЕНЦИИ

ПЛЕНУМ РОССИЙСКОГО НАУЧНОГО МЕДИЦИНСКОГО ОБЩЕСТВА ТЕРАПЕВТОВ

(г. Н. Новгород, 12—13 октября 1993 г.)

Состоялся очередной выездной пленум Российского научного медицинского общества терапевтов с повесткой «Актуальные проблемы внутренней медицины». С докладом «Ошибки и трудности в диагностике сахарного диабета» выступила председатель местного общества терапевтов проф. Е. П. Камышева. Докладчик отметила, что сегодня сахарный диабет (СД) рассматривают как обменно-сосудистую патологию с эндокринным компонентом, то есть совершенно иначе, чем это представлялось многие годы. В патогенезе заболевания выделяют инсулиновую недостаточность (абсолютную и относительную), причем определенное значение имеет извращенная реакция на инсулин, затем — синдромом сосудистой проницаемости и тромбозомболических осложнений. Причинная многофакторность обуславливает многосимптомность, что затрудняет своевременную диагностику СД (незнание клиники, спешка или невнимательность врача). Гипергликемия может возникнуть по разным причинам и совсем необязательна только при СД: зависит от возраста, пола, массы тела. Поэтому надо проводить не глюкозную, а обычную пищевую нагрузку, и это будет первым этапом в своевременной диагностике СД. В тактике лечения важны следующие моменты: нельзя стремиться к быстрому снижению гипергликемии, следует уменьшать сахароподобные вещества, обуславливающие образование ангиопатий, проводить дезинтоксикационную и дезагрегирующую терапию, улучшать микроциркуляцию, использовать кровезаменители и гепатопротекторы (эссенциале). Особо отмечалась роль физической активности, которая уменьшает осложнения СД. Если не помогает физическая активность, нужно применять сахароснижающие препараты, при этом следует помнить, что гипергликемия — опасное осложнение, вызывающее нарушение сердечной деятельности (ритма). Было также обращено внимание на особенности терапии СД при сочетанной патологии: никотиновая кислота при длительном приеме способствует гипергликемии, бета-блокаторы, нитраты снижают толерантность к глюкозе, мочегонные увеличивают уровень сахара в крови. Поэтому курс лечения этими препаратами должен быть коротким.

Проф. В. Г. Вогралик и соавт. (Н. Новгород) поделились опытом лечения атеросклероза немедикаментозными средствами — облучением лазером биологически активных точек по оригинальной методике и использованием рефлексотерапии. Ежедневные сеансы лазеротерапии по 2 минуты числом до 10—12 сопровождалась уменьшением головной боли, улучшением сна, капиллярного кровотока, микроциркуляции и снижением уровня атерогенных липидов. Рефлексотерапия способствовала повышению уровня альфа-липопротеидов.

Вопросы дифференцированной терапии гипертонических кризов осветил акад. А. П. Го-

ликов, указав, что в Москве около 50% выездов скорой помощи вызваны кризами. Неосложненные гипертонические кризы легко купируются внутривенным введением дибазола, рауседила или обзидана, клофелина. Лечение осложненных кризов (с угрозой поражения или имеющейся симптоматикой поражения органов-мишеней) должно контролироваться импедансметрическим исследованием (сердечный индекс, удельное периферическое сопротивление, среднее гемодинамическое АД, состояние мозгового кровотока). Интенсивная гипотензивная терапия кризов чревата возникновением осложнений, частота которых с возрастом больных увеличивается (до 5% у лиц старше 70 лет). Критериями купирования гипертонических кризов являются ликвидация клинических проявлений, нормализация АД, положительная динамика ЭКГ, показателей мозгового кровообращения. В последующем необходимо установить дозу гипотензивного препарата для конкретного больного и убедить его принимать это средство под регулярным контролем АД.

Главный терапевт РФ проф. А. С. Мелентьев (Москва) рассказал о нестабильной стенокардии, выделив быстро прогрессирующую, вазоспастическую и впервые возникшую формы. Отличительные черты НС: время возникновения, темп нарастания клинических проявлений и преобладающий механизм развития. В терапии заболевания рекомендовались бета-блокаторы, нитраты, антагонисты кальция, антиагреганты и антиоксиданты (эмоксипин). Этой же проблеме было посвящено выступление проф. Матусовой и соавт. (Н. Новгород).

Проблема алкогольной болезни была затронута в выступлении проф. Т. Г. Траяновой (Москва). Докладчик резонно отметила, что вряд ли уместно широко рекламировать употребление даже малых (до 60 мл) доз алкоголя и всегда следует помнить о последствиях. Известно, что в 30% случаев патологии печени и в 25% — туберкулез легких имеют алкогольное происхождение. Злоупотребление алкоголем ведет к развитию рака пищевода (в 20 раз чаще) и кардиомиопатии.

О применении глюкокортикоидов в практике врача-терапевта сообщил проф. А. В. Сумароков (Москва). Он отметил, что ГК ускоряют процесс перехода цирроза печени в рак, а дозы 5,0—7,5 мг/сут как необходимость длительного применения дают меньше осложнений. При тактике отмены препарата надо продолжить терапию аминохинолинами (одну таблетку на ночь) или плаквинилом, чтобы уменьшить стероидозависимость.

Проф. И. П. Замотаев (Москва) привлек внимание к острым пневмониям (таковых 437 на 100 тыс.). Их клиническая картина определяется видом возбудителя, местом инфицирования, рентгенологической характеристикой, возрастом больного, перенесенными заболева-

ниями. В лечении должна преобладать логика мышления, а не алгоритм.

Интерес участников пленума привлек проф. А. Л. Гребенев, рассказавший о возможностях литотерапии хенодзоксиголевой и урзидзоксиголевой кислотами. Возможна их комбинация; успешна терапия мелких камней размером до 1 см, но после лечения через 5 лет отмечается рецидив болезни.

В работе пленума приняли участие зарубежные фармацевтические фирмы. Фирма «Бристоль—Майерс Сквибб» представила сообщение (Ф. Т. Агеев) о коптоприле—нейрогуморальном модуляторе, устраняющем дисбаланс между вазоконстрикцией и вазодилатацией, способствующем нормализации тонуса периферических сосудов и рекомендуемом для лечения хронической сердечной недостаточности. Много внимания было уделено противоопухолевым препаратам, прежде всего из группы тяжелых металлов (платинам) и везпезиду. Комбинация этих препаратов позволяет лечить более 50% больных раком желудка. Лечение рекомендуется в два этапа: вначале консервативная терапия для уменьшения объемного процесса, затем опера-

тивное вмешательство. Комбинация показана при раке легких, метастатических плевритах (платинам можно вводить внутриплеврально), метастазах печени, опухолях мозга. Предлагался также препарат для лечения раковой кахексии—мегейс, он обладает и хорошим симптоматическим эффектом. При лечении гормональноактивных опухолей его назначают в дозе 480 мг/сут (поддерживающая доза—160 мг/сут)—больные набирают вес, начинают себя обслуживать, в крови возрастает содержание общего белка.

Американская продукция была представлена фирмой «Мерк-Шарп и Доум». Кроме уже известных в наших клиниках препаратов мевакора (из группы ловастатинов для лечения атеросклероза), тиенама (антибиотик нового поколения), фирма сообщила о проскаре для лечения аденомы предстательной железы.

Пленум завершился собранием членов правления и предположительным решением о проведении очередной встречи в 1994 г. в г. Перми (председатель местного общества—прсф. А. В. Туев).

Проф. И. А. Латфуллин (Казань)

БИБЛИОГРАФИЯ И РЕЦЕНЗИИ

Б. Г. Садыков, П. С. Гуревич «Вопросы перинатологии». Изд-во КГУ, 1993, 1000 экз., 272 с.

Монография посвящено проблеме перинатологии. Актуальность рассматриваемой темы не вызывает никаких сомнений, поскольку перинатальные потери занимают существенное место в структуре детской смертности.

Одним из моментов, влияющих на показание перинатальной заболеваемости, является недостаточность наших знаний о болезнях и патологических состояниях перинатального периода. С этой точки зрения необходимо отметить весьма своевременный и весомый вклад авторов настоящей монографии. На основании большого собственного опыта, многочисленных клинических наблюдений, результатов научных исследований, а также современных материалов, имеющихся в литературе, они изложили проблему в ее научном развитии и с точки зрения практических рекомендаций, направленных на снижение перинатальной заболеваемости и смертности.

Авторы представили конкретные меры профилактики и лечения при беременности с повышенным риском для плода, дали оценку применяемых методов диагностики состояния плода, описали основные причины перинатальной смертности, выделили специфические

моменты профилактики, диагностики, терапии при соответствующей патологии (гемолитические заболевания новорожденных, геморрагические заболевания, глубоко недоношенный ребенок, состояния, обусловленные предшествовавшей гипоксией плода); изложили результаты патоморфологических исследований с целью расшифровки причин смерти, а также рассмотрели вопросы рациональной тактики ведения беременности и родов.

В книге содержатся данные, полученные в результате длительного динамического контроля за развитием организма, начиная с самых ранних этапов его внутриутробной жизни и до более позднего возраста (несколько лет), а также данные патологоанатомических исследований тех случаев, которые закончились летально, по выявлению постгипоксических изменений мозга в различные периоды перинатального развития.

Не вызывает сомнения, что монография Б. Г. Садыкова, П. С. Гуревича окажет положительное влияние на дальнейшее развитие проблемы перинатологии и поможет врачам практического здравоохранения внести вклад в снижение перинатальной заболеваемости и смертности.

Академик АН Украины **В. И. Грищенко,**
проф. **Ю. С. Паращук** (Харьков)