

І РЕСПУБЛИКАНСКАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ, ПОСВЯЩЕННАЯ МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКИМ ПОСЛЕДСТВИЯМ РАДИАЦИОННЫХ АВАРИЙ

(г. Казань, 19 ноября 1933 г.)

В работе конференции приняли участие ученые Казани, Москвы и Санкт-Петербурга, профессорско-преподавательский состав и врач-курсанты Казанского института усовершенствования врачей, гематологии и гигиенисты-радиологи городов и районов Республики Татарстан.

На конференцию были представлены материалы о характере развития радиационной обстановки в странах СНГ и в Республике Татарстан, об особенностях воздействия на организм и методах оценки малых доз ионизирующих излучений, данные медико-дозиметрического регистра по РТ и предварительные результаты диспансеризации ликвидаторов последствий радиационных аварий, а также проект системы специализированной диспансеризации граждан, пострадавших от облучения. Были отмечены повышенная заболеваемость и смертность ликвидаторов последствий радиационной аварии, превышающая в 1,6 раза средний уровень в России, недостаточная осведомленность практических врачей в вопросах радиационной медицины, недостаточный уровень организации специализированной диспансеризации лиц, получивших облучение. На конференции было рекомендовано всем работникам здравоохранения и санитарного надзора в своей деятельности претворять требования Закона РФ «О социальной защите граждан, пострадавших от Чернобыльской катастрофы» и одобрить в связи с этим предложения Республиканского центра экстренной медицинской помощи МЗ РТ о создании в структуре центра отдела внебольничной специализированной медицинской помощи пострадавшим в радиационных, химических и транспортных авариях.

Одной из основных задач Центра ЭМП необходимо считать проведение специализиро-

ванной диспансеризации граждан, принимавших участие в ликвидации радиационных аварий, подверженных риску профессионального и медицинского облучения ионизирующей радиацией. Была признана целесообразной организация в Казанском ГИДУВе на постоянной основе межкандидатских циклов подготовки врачей: «Клиника, патология и терапия лучевых поражений», «Медицинские вопросы радиационной безопасности при ликвидации последствий радиационных аварий при использовании источников ионизирующей радиации». Особое внимание при подготовке врачей нужно уделять особенностям длительного воздействия на организм малых доз радиации.

Ученые советы факультетов первичной подготовки врачей Казанского медицинского университета должны принять во внимание необходимость расширения в программах круга вопросов по радиационной медицине и обеспечению безопасности при ликвидации последствий радиационных аварий, а научные части ректоров Казанского ГИДУВа и Казанского ГМУ — переработать и дополнить перспективные планы НИР с учетом необходимости изучения проблемы диспансеризации и реабилитации пострадавших от облучения ионизирующей радиацией. Конференция также рекомендовала Республиканскому научно-практическому центру «Здоровье» разработать программу санитарного просвещения населения о влиянии радиоактивных загрязнений на здоровье, способах предупреждения и ослабления действия ионизирующей радиации на организм.

Акад. АН РТ, проф. М. К. Михайлов,
доц. И. С. Бадюгин (Казань)

НАУЧНАЯ СЕССИЯ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО НАУЧНОГО ЦЕНТРА РОССИЙСКОЙ АКАДЕМИИ МЕДИЦИНСКИХ НАУК «НЕОТЛОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ В КАРДИОЛОГИИ»

(г. Москва, 20—21 января 1994 г.)

Различные аспекты проблемы обсуждались на пленарном и секционных заседаниях, а также за «круглым столом». Проф. М. Я. Руда (Москва) в сообщении «Современные подходы к лечению острого инфаркта миокарда» отметил, что залогом успешного лечения заболевания является восстановление коронарного кровотока. Указав, что некроз миокарда начинается через 30 минут после окклюзии коронарной артерии, через 2 часа «умирает» 50% зоны поражения, а через 4 часа — все 100%, он подчеркнул, что с этих позиций после 4 часов от начала заболевания тромболитическая терапия уже неэффективна. Поэтому ее следует начинать на догоспитальном этапе. Наиболее широко применяют тка-

невой активатор плазминогена и, особенно, стрептазу (СТ), при использовании которой реже развиваются ретромбозы и мозговые инсульты. Кроме того, СТ дешевле. В профилактике ретромбоза могут быть полезны аспирин, гепарин (5000 ед. внутривенно струйно, затем капельно по 1000 ед. в час в течение 2 суток под контролем времени свертывания крови). Проф. М. Я. Руда сообщил также, что в настоящее время за рубежом в остром периоде инфаркта миокарда широко используется введение солей магния, что существенно снижает летальность. Возможно, добавил он, «с солей магния вскоре будут начинать».

Проф. В. А. Марков и соавт. (Томск) рекомендовали вводить 500—700 тыс. ед. СТ в сочетании с 10 тыс. ед. гепарина внутривенно в течение 5—10 минут либо 1,5 млн. ед. СТ с гепарином в течение 30 минут. Для профилактики реперфузионного синдрома авторы используют препараты фенотиазинового ряда (метофеназин, хлорпромазин, аминазин и др.).

Доктор мед. наук С. П. Голицин и соавт. (Москва) поделились опытом антиаритмической терапии больных со злокачественными желудочковыми нарушениями ритма сердца. Подавляющее большинство из них составляли пациенты с органической патологией миокарда, главным образом с постинфарктным кардиосклерозом. Приступы желудочковой тахикардии в большинстве своем развивались на фоне хронической недостаточности кровообращения, в 72,2% случаев осложнялись коллапсом; 30% больных перенесли реанимацию. Для профилактики пароксизмов тахикардии авторы использовали 10 противоаритмических препаратов и их комбинации. Наиболее эффективными оказались кордарон и боннекор, из других — аллапинин и этацинин. Авторы обращают внимание на высокую частоту (12—16%) развития аритмогенного эффекта при использовании указанных препаратов, особенно у больных с фракцией выброса менее 35%. Они настойчиво рекомендуют при выработке тактики превентивной антиаритмической терапии прибегать к лекарственному тестированию. У 11 из 87 больных было проведено иссечение аритмогенной зоны с хорошим результатом.

Проф. Л. А. Бокерия и соавт. (Москва) поделились опытом хирургического лечения жизнеугрожающих аритмий. При решении вопроса учитывалась фракция выброса (она должна превышать 30%). Наиболее часто использовалась криодеструкция: 12 больным имплантировали кардиовертер — дефибрилятор. Немалый интерес представляет указание на возможность обнаружения при картировании удлинненного интервала QT, хотя на обычных ЭКГ он был нормальным.

Большое внимание было уделено классификации и лечению гипертонических кризов (ГК). Проф. Г. Г. Арабидзе и акад. А. П. Голиков (Москва), рассматривая вопросы классификации, наряду с общеизвестным делением ГК сообщили о подходе американских кардиологов, выставляющих диагноз ГК лишь в том случае, если диастолическое АД у больного быстро достигает уровня 16 кПа. Подчеркивалась необходимость тщательного обследования больных. По данным Института клинической кардиологии КНЦ РАМН, у больных с ГК, кроме непосредственно гипертонической болезни, имеют место рассасывающая аневризма аорты, внутрисердечная феохромоцитома, параганглиома. В том случае, если кризы протекают с возбуждением, тахикардией, полиурией, следует исключить поражение диэнцефальной области. Таким образом, даже однократный ГК должен служить показанием к всестороннему обследованию больного.

По мнению проф. Г. Г. Арабидзе, препаратом выбора при купировании ГК явля-

ется нитропруссид натрия, нашедший очень широкое применение в этих целях за рубежом. Он эффективен практически при всех типах и, особенно, в лечении тяжелых кризов, сопровождающихся левожелудочковой недостаточностью или при неэффективности других лекарственных средств. Кроме того, к нитропруссиду натрия не развивается толерантность, и он хорошо сочетается с другими препаратами, особенно с нифедипином. При стойкой гипертонии с редким ГК наиболее адекватной считается терапия миноксидилом. Сохраняется значение и таких традиционных гипотензивных препаратов, как клофелин, ганглиоблокаторы, коринфар, дибазол, а также дроперидол и диуретиков. Для перорального приема рекомендуются клофелин и коринфар, уменьшающий суточный размах колебаний артериального давления, каптоприл и его сочетание с коринфаром или мочегонным, что способствует существенному снижению степени энцефалопатии при гипертонической болезни.

По мнению В. Н. Хиртанова и соавт. (С.-Петербург), в развитии гипертонических кризов I типа существенную роль играет хроническая гипоксия и сосудистые нарушения в гипоталамической области. Они могут быть реакцией на гипоксию, возникающую при изменении атмосферного давления, быстро купируются, иногда спонтанно. В генезе кризов II типа большая роль отводится изменениям в почках и эндокринным нарушениям. Характерно более частое развитие нарушений мозгового кровообращения. Отмечались взаимосвязь уровня предсердного натрийуретического гормона и колебаний АД.

В. А. Рябинин и соавт. (Москва) предложили применять при ГК внутривенное введение даларгина в дозе 20 мг со скоростью 0,3 мг/мин. АД при этом снижается примерно на 30%, а кровоток через скелетные мышцы увеличивается на 50%, не происходит увеличения частоты сердечных сокращений. Симптомы криза проходят в течение суток.

А. К. Джусипов и соавт. (Алма-Ата) рекомендовали в лечении ГК гиперкинетического типа применять коринфар по 10 мг через каждые 30 минут до достижения дозы 30 мг, при гипокинетических кризах — простагландин E₂ или нанипрусс.

О. Д. Ефремушкина и соавт. (Москва) отметили хороший эффект при лечении симпатико-адреналовых ГК коринфаром. Считается, что длительное лечение антагонистами кальция истощает резервы симпатико-адреналовой системы.

Общее мнение таково, что при купировании ГК уровень АД следует снижать не более чем на 30%.

Очередная сессия КНЦ собрала большое число участников из стран СНГ, проходила живо, интересно. Докладчикам было задано большое количество вопросов, периодически возникала острая дискуссия. Следующую сессию предполагается посвятить успехам современной кардиологии и провести ее в июне 1995 г.

Проф. И. П. Арлеевский,
И. Н. Сафин, Н. Р. Хасанов (Казань).