

616.1

Б244



Профессор С. С. БАРАЦ

АКТОВАЯ РЕЧЬ

Свердловск—1981

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РСФСР
СВЕРДЛОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ОРДЕНА ТРУДОВОГО
КРАСНОГО ЗНАМЕНИ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

Профессор С. С. БАРАЦ

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ
ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА
В СВЕТЕ НОВЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ
НАУКИ И ПРАКТИКИ

Актовая речь
на Юбилейной научной сессии СГМИ

10 апреля 1981 г.

Большое внимание, уделяемое в настоящее время совершенствованию организационных форм борьбы с ишемической болезнью сердца (ИБС) и разработке научно-обоснованных средств и методов ее диагностики и лечения, определяется тем значительным социально-экономическим ущербом, который наносится ИБС в условиях ее эпидемического распространения. Рост смертности от ИБС в существенной степени отражается в неблагоприятной динамике показателей всей смертности от сердечно-сосудистой патологии, доля которой в структуре общей смертности населения превысила уже 50% (Е. И. Чазов, 1980).

Постановление ЦК КПСС и Совета министров СССР «О мерах по дальнейшему улучшению народного здравоохранения», регламентирующее создание в стране к 1985 г. стройной системы специализированной кардиологической службы, создает реальную базу для резкого повышения качества активного и раннего выявления ИБС, диспансерного наблюдения за больными, а в конечном итоге — снижения обусловленных ею показателей временной и стойкой утраты трудоспособности, а также и смертности.

Проводимое в последние годы в различных научных коллективах страны, и в первую очередь во Всесоюзном кардиологическом научном центре, глубокое и разностороннее изучение этиологии и патогенеза ИБС, характерных для нее сосудистых и нейро-гуморальных нарушений с каждым годом расширяет наши возможности по выявлению доклинического коронарного атеросклероза, объективизации диагностики при клинически выраженных формах патологии, дифференцированному подходу к вопросам профилактики и терапии ИБС.

Кафедра факультетской терапии Свердловского государственного ордена Трудового Красного Знамени медицинского института на протяжении уже более 25 лет принимает активное участие в изучении различных сторон проблемы — атеросклероз и ишемическая болезнь сердца. Широкую известность получили выполненные еще под руководством заслуженного деятеля науки, профессора Б. П. Кушелевского исследования по клинко-патогенетической классифика-

цин стенокардий и их функциональной диагностики, а также по лечебно-профилактическому применению при ИБС антикоагулянтов. Последнее десятилетие характеризовалось углубленным изучением при ИБС различных гуморальных нарушений в свете ее ранней диагностики и особенностей клинического течения, клинико-инструментальным изучением острого и восстановительного периодов инфаркта миокарда, исследованиями по эффективности терапии различных форм ИБС в амбулаторных и стационарных условиях, а также разработкой научно-организационных мероприятий по созданию отвечающей современным требованиям специализированной кардиологической службы Свердловска и области с обращением особого внимания на снижение сердечно-сосудистой заболеваемости среди трудящихся промышленных предприятий.

Материалы этих научных исследований отражены в трех докторских и восьми кандидатских диссертациях, большом количестве публикаций, в двух тематических сборниках научных работ кафедры «Гуморальные нарушения при ишемической болезни сердца» (1975 г.) и «Атеросклероз и ишемическая болезнь сердца» (1980 г.).

Значительные материалы накоплены в клинике по изучению при атеросклерозе и ИБС различных видов расстройств липидного метаболизма как одного из важнейших патогенетических факторов указанной патологии. Пройдя большой путь, от определения лишь содержания суммарного холестерина в сыворотке крови, а затем и бета-липопротеидов до углубленного изучения в настоящее время дислипидемий, атерогенных и антиатерогенных липопротеидов очень низкой, и высокой плотности, триглицеридов, коэффициента атерогенности — мы располагаем данными, характеризующими выраженность и частоту различных нарушений липидного обмена на доклиническом и клинически выраженных этапах развития коронарного атеросклероза.

Впервые в условиях Урала при динамических наблюдениях за больными ИБС (Н. Н. Платонова) показано наличие определенных колебаний в степени выраженности гиперхолестеринемии и гипербеталипопротеинемии в различные сезоны года. Наиболее высокий уровень их характерен для зимнего периода, наиболее низкий — для лета. Учет этих данных имеет значение для рационального планирования в условиях диспансеризации больных приема гиполипидемических препаратов. Установлено с высокой степенью достовер-

ности существование корреляционной зависимости между атерогенными сдвигами в липидном обмене, с одной стороны, и развитием склонности к гиперкоагуляции, с другой. Отмеченный факт может рассматриваться как одно из подтверждений значения в патогенезе атеросклеротического процесса и ИБС как липидных, так и гемокоагуляционных нарушений с вытекающими отсюда выводами лечебно-профилактического плана.

Определенный теоретический и практический интерес представляют исследования, характеризующие наличие гормональных нарушений при атеросклерозе и ИБС и связь их со сдвигами в обмене липидов.

При обследовании здоровых мужчин и страдающих ишемической болезнью сердца (С. А. Иорданиди) было показано, что с развитием и прогрессированием болезни существенно снижается мочевая экскреция 17-кетостероидов, дегидроэпиандростерона, андростерона, этнохоланолона. В следующей серии исследований (Л. П. Маренич), касающихся уже помимо названных андрогенов, также и мочевой экскреции тестостерона и эпитестостерона (изучение которых при ИБС в нашей клинике, по-видимому, было произведено впервые в СССР) было установлено, что экскреция андрогенов тестикулярного происхождения при ИБС снижается в большей степени, чем мочевая экскреция надпочечниковых андрогенов. Обнаружено также, что у больных хронической ИБС при введении им хорионического гонадотропина мочевая экскреция тестостерона в сравнении с исходным уровнем возрастала лишь в полтора раза, в то время как у здоровых мужчин — в два—два с половиною раза. Это указывает и на различную резервную функциональную активность половых желез у мужчин с ИБС и у здоровых. Отмеченные гормональные сдвиги не остаются безразличными для развития нарушений в липидном метаболизме. Эти весьма сложные и до конца еще не выясненные взаимоотношения, находящиеся на стыке кардиологии и эндокринологии, в последние годы глубоко анализируются в работах сотрудников ВКНЦ (Е. Н. Герасимова, В. Н. Титов и др.).

В ряде наших исследований (Л. П. Ястребова) подтверждено наличие у женщин с ишемической болезнью сердца и климактерической кардиопатией различного вида дисбаланса в мочевой экскреции эстрогенов (эстрон, эстриол, эстрадиол), выявлена корреляционная зависимость их с нарушениями в липидном обмене.

В последние годы наше внимание привлекла возможность изучения влияния гипоэстрогенизма у молодых женщин со склерокистозными яичниками на состояние липидного обмена. Эти исследования (С. А. Шардин) проводятся совместно с кафедрой акушерства и гинекологии лечебного факультета, руководимой заслуженным деятелем науки, профессором П. И. Бенедиктовым. Установлено, что у женщин со склерокистозными яичниками в возрасте от 16 до 34 лет примерно в три раза чаще, чем в контроле, выявляются различные типы атерогенных дислипидемий, со статистической достоверностью снижено процентное содержание альфа-холестерина по отношению к суммарному холестерину сыворотки крови, повышен коэффициент атерогенности. Эти данные не только подтверждают влияние гормональных нарушений на показатели липидного метаболизма, но позволяют поставить вопрос о целесообразности включения синдрома склерокистозных яичников в группу факторов риска атеросклероза.

В настоящее время не вызывает сомнений участие липидов и липопротеидов сыворотки крови в развитии коронарного атеросклероза. Очевидна и их диагностическая значимость при ИБС. Однако следует иметь в виду, что липопротеиды различных классов оказывают неоднозначное влияние на процессы атерогенеза (Е. И. Чазов, А. Н. Климов, Е. Н. Герасимова и др.). Все больше утверждается мнение, что липопротеиды низкой и очень низкой плотности (бета- и пре-бета-липопротеиды) способствуют развитию атеросклероза, т. е. являются атерогенными, а липопротеиды высокой плотности (альфа-липопротеиды), будучи акцепторами холестерина с клеточных мембран сосудистой стенки, препятствуют развитию атеросклероза и ИБС. Получены данные (Brunner; Miller), что снижение альфа-холестерина не зависит от уровня общего холестерина сыворотки и более четко предсказывает риск развития ИБС, чем увеличение содержания холестерина в атерогенных липопротеидах. Поэтому определение альфа-холестерина (отражающее содержание в крови антиатерогенных липопротеидов высокой плотности) имеет самостоятельное значение, и, в частности, при проведении массовых профилактических обследований с целью раннего выявления ИБС или других проявлений атеросклероза среди практически здоровых людей.

По полученным у нас данным (С. И. Плотникова), у большинства больных ИБС недостаток липопротеидов высокой плотности сочетается с общей гиперхолестеринемией и гипертриглицеридемией. В то же время заслуживает специального внимания, что выраженная гипоальфахолестеринемия (ниже 42—35 мг/дл), как проявление нарушенного липидного обмена, была обнаружена у 25% мужчин с клинически выраженной ИБС, у 15% практически здоровых мужчин 20—39 лет с отягощенной наследственностью по ИБС и всего лишь у 2—3% здоровых мужчин того же возраста без факторов риска атеросклероза в анамнезе. В этом мы видим еще одно подтверждение необходимости более широкого внедрения в практику определения альфа-холестерина в целях ранней диагностики ишемической болезни сердца.

Ценную информацию для диагностики инфаркта миокарда и характеристики обширности и глубины поражения сердечной мышцы при ИБС дает динамическое исследование активности сывороточной креатинфосфокиназы. Эти исследования (В. Б. Аретинской), проводимые у больных, доставленных в клинику в первые часы развития заболевания, показали, что пиковое значение КФК было достоверно выше (2049 МЕ/л) у больных с передней локализацией инфаркта, чем с задней (1428 МЕ/л).

Переходя от лабораторных исследований к новым инструментальным методам диагностики атеросклероза и различных форм ИБС, мы хотели бы указать на значение ЭКГ-теста с велоэргометрией, эхокардиографии, а также поделиться материалами о клинической апробации созданного в содружестве с инженерами (Г. Н. Мижирицкий, Г. Г. Гусев) полуавтоматического прибора «Тахокимовасоскопа» для измерения времени распространения пульсовой волны по аорте в условиях массового обследования.

«Тахокимовасоскоп» — двухканальный электронный прибор, выполненный на микросхемах и транзисторах. Прибор позволяет сократить до 2—3 минут время, затрачиваемое на определение у пациента упруго-эластических свойств аорты, не требует носителя записи, так как отсчет измеряемой величины осуществляется автоматически. Он обладает высокой точностью и прост в эксплуатации. Подобный аппарат в СССР создан впервые, на него и принцип его работы получены три авторских свидетельства, на выставке «Достижения кардиологии в СССР» на ВДНХ в 1979 г. он отмечен

бронзовой медалью. После прохождения апробации на кафедре по рекомендации Комитета по новой технике при Минздраве СССР были проведены клинические испытания прибора в ВКНЦ, в Институте клинической и экспериментальной хирургии им. А. Н. Бакулева и в Свердловском НИИ гигиены труда и профзаболеваний. В результате Комитетом по новой технике были даны рекомендации к серийному его производству.

Бригадой наших сотрудников и студентов проведено массовое профилактическое обследование трудящихся одного из свердловских заводов с определением у них с помощью «Тахокимоваскопа» времени распространения пульсовой волны по аорте. В наиболее молодой по возрасту группе (30—39 лет) суммарная частота сомнительных и явно патологических показателей ВРПВ составила 37%, среди лиц 40—49 лет — 59%, старше 50 лет — 65%. Таким образом, были определены контингенты трудящихся, первоочередно нуждающиеся в более углубленном обследовании на возможное носительство атеросклероза и ИБС.

В настоящее время одним из наиболее эффективных методов выявления коронарной недостаточности и оценки ее степени является ЭКГ-тест с велоэргометрией. За три последних года в Свердловском кардиологическом центре он был применен у 1100 больных. Использовалась методика непрерывно возрастающей нагрузки в положении большого сидя на велоэргометре. Величина ее варьировала от 150 до 900 кгм/мин. Назким уровнем толерантности к физической нагрузке считался верхний предел ее 150—300 кгм/мин, средним — 450—600 кгм/мин. и высоким — свыше 600 кгм/мин. Среди обследованных были лица в возрасте от 23 до 65 лет. Из числа обследованных в дифференциально-диагностических целях положительный результат пробы, свидетельствующий о коронарной недостаточности при нетипичном болевом синдроме, в возрастной группе мужчин до 40 лет был зарегистрирован у 6%, от 41 до 50 лет — у 27%, от 51 до 60 лет — у 38% и от 61 до 65 лет — у 50%. (Э. М. Коневкина, А. Н. Андреев). Важно отметить, что примерно у половины больных с положительной пробой сохранялась достаточно удовлетворительная толерантность к физической нагрузке. Таким образом, можно полагать, что уточнение диагностики ишемической болезни сердца в значительной степени относилось к лицам со сравнительно не-

далеко еще зашедшими изменениями, когда наши лечебно-профилактические мероприятия бывают наиболее эффективными.

Песомненным достижением последних лет является внедрение в практику обследования сердечно-сосудистых больных эхокардиографии (Н. М. Мухарлямов, Ю. Н. Беленков и др.). Наш опыт сочетания ее с интегральной реографией подтверждает возможность получения весьма ценной информации по функциональной диагностике ИБС, имеющей большое значение для выбора дифференцированной медикаментозной терапии. Благодаря созданию в Свердловске в 1976 г. опытного макета отечественного эхокардиографа (главный конструктор Л. П. Юланов) и последующей клинической апробации его в руководимой нами клинике, были получены (И. М. Хейнонен, В. А. Серебренников) новые данные по характеристике внутрисердечной гемодинамики у больных в остром периоде инфаркта миокарда.

Исследования проводились в динамическом плане начиная с первых часов заболевания и вплоть до выписки. Из 163 больных с крупноочаговым инфарктом 74% обследовано в первые сутки его. Из эхокардиографических показателей изучались нарушения регионарной функции (зоны асинергии) и общая сократительная функция левого желудочка. Для характеристики последней определялся интегральный показатель объем/давление, о диастолической функции левого желудочка судили по скорости прикрытия передней створки митрального клапана. Интегральную реографию для оценки насосной функции сердца проводили по М. И. Тищенко. Из числа обследованных 29 умерли от инфаркта миокарда в сроки от одних до 28 суток с начала заболевания. Причиной смерти была острая сердечная недостаточность и шок, разрыв сердца и электрическая нестабильность его (фибрилляция желудочков, асистолия).

Данные выполненных исследований указывают на различную степень нарушений сократительной функции левого желудочка и гемодинамики уже в самом начальном периоде заболевания, находящую свое отражение впоследствии в его исходах. У больных с летальным исходом наблюдалось существенное нарушение сократительной функции левого желудочка: показатель объем/давления был почти в два раза больше, чем у здоровых, и статистически достоверно выше, чем у больных инфарктом миокарда, выписанных из стационара (соответственно — 104,8 ед; 56,8 ед; 70,7 ед.).

В то же время имеет известное прогностическое значение, что степень выраженности снижения сократимости миокарда и характер гемодинамических нарушений отличались в группах с различной причиной смерти. Учет этих данных важен для дифференцированного проведения жизненно необходимых лечебно-профилактических мероприятий. Установлено, что наиболее резкое снижение сократительной функции имело место среди умерших от сердечной недостаточности. Компенсаторная гиперфункция противоположной стенки у этих больных отсутствовала, была нарушена и диастолическая функция. Был снижен у них и ударный индекс, хотя за счет тахикардии минутный индекс в среднем соответствовал нормальным величинам. Наоборот, у больных, умерших от разрыва сердца, выраженного снижения общей сократительной функции левого желудочка не было выявлено, ударный индекс был в пределах нормы, а минутный даже ее превышал за счет тахикардии, имелась отчетливая гиперфункция непораженных отделов левого желудочка. Возможно, что именно она способствовала усугублению дискинезии пораженной зоны и развитию разрыва. Неодинаковый характер нарушения сердечной деятельности был также зарегистрирован в остром периоде заболевания у погибших в последующем от фибрилляции желудочков или асистолии.

Таким образом, очевидно, что использование новых инструментальных методик делает возможным еще на самом раннем этапе развития инфаркта с определенной долей вероятности прогнозировать угрозу развития смертельных осложнений. То обстоятельство, что с внедрением у нас в повседневную практику блока интенсивной терапии и реанимации методов эхокардиографии и интегральной реографии с последующим дифференцированным назначением больным сердечных гликозидов, бета-адреноблокаторов и вазодилляторов удалось добиться в 1980 г. по сравнению с предыдущими годами снижения в клинике летальности от инфаркта миокарда с 19—17% до 13,6% свидетельствует о том, что мы находимся на правильном пути.

Перспективными в плане совершенствования функциональной диагностики ИБС представляются исследования, выполненные за последние два года в кафедральном студенческом научном кружке. Так, студенты Р. Денисов, Л. Привалова, Ю. Фомин с помощью доплеркардиографии, фонокардиографии и ЭКГ показали возможность объективизации степени легочной гипертензии у больных инфарктом

миокарда, основываясь на зависимости, существующей между давлением в легочной артерии и фазой изометрического расслабления правого желудочка. В другой студенческой работе (Е. Барац) были получены данные, характеризующие активное выявление у больных хронической ИБС предзастойной стадии сердечной недостаточности на основе использования эхокардиографии и интегральной реографии до и после дозированной физической нагрузки на велоэргометре.

Изучение различных аспектов лечения ишемической болезни сердца получило свое отражение в работах по клинико-физиологической оценке действия медикаментозных препаратов при стенокардии в амбулаторной практике (Д. И. Карташова, Э. Н. Гороватер), эффективности терапии ИБС, сочетающейся с климактерической кардиопатией (Л. П. Ястребова, С. Л. Клейнер), применению бета-адреноблокаторов и сердечных гликозидов в остром периоде инфаркта миокарда (И. М. Хейнонен, В. А. Серебренников), в новых аспектах применения центральной электроаналгезии (В. И. Белокриницкий), искусственных хлоридно-натриевых бром-йодных ванн скорректированного состава (А. А. Рудakov) и некоторых других.

Впервые в амбулаторной практике было проведено сравнительное изучение действия ряда антиангинальных препаратов (ипразид, нуредаль, интенсанн, изоптин, анаприлин, сустак) не только на общеклинические проявления стенокардии и показатели насосной и сократительной функции сердца, но и на мозговой кровоток и экстракардиальную регуляцию сердечного ритма. Учитывая довольно частое сочетание коронарного атеросклероза с церебральным, важным представляется уточнение характера влияния названных препаратов на состояние мозгового кровообращения, что осуществлялось нами с помощью реоэнцефалографии и учета динамики соответствующих общеклинических симптомов.

В результате 25-дневного амбулаторного курса лечения положительный эффект в отношении стенокардии был получен при назначении ингибиторов МАО у 62% больных, интенсанна — у 50%, изоптина — у 55%, анаприлина — у 64% и при сочетании анаприлина с сустаксом у 83% больных. При комплексной клинико-физиологической оценке применения указанных средств получен ряд данных, имеющих практическое значение. Так, к примеру, выявлены негативные особенности действия интенсанна на показатели сократи-

тельной способности миокарда и сердечного выброса, требующие осторожного назначения его при длительном применении больным со сниженной сократительной функцией сердца, показана возможность отрицательного влияния анаприлина, а также сочетания его с сустаксом на церебральную гемодинамику и др.

Хорошо известны определенные трудности при лечении женщин с ишемической болезнью сердца, сочетающейся с климактерической кардиопатией. Амбулаторно и в клинике было проведено сравнительное изучение эффективности применения в этих случаях отечественного препарата андекалина, дильминала (ГДР) и амбосекса (ВНР). Установлено, что парэнтеральное применение андекалина оказывает более выраженный, чем, дильминал, анальгетический эффект и уменьшает такие проявления климактерического синдрома как ощущения приливов, чувство тоски, бессоницу.

Свердловск располагает, по-видимому, совместно с НИИ им. Склифосовского (А. П. Голиков) первым в стране опытом по применению при ИБС центральной электроаналгезии. Как известно, авторами этого метода являются Л. С. Персинашников и Э. М. Каструбин, а областью его применения была акушерская практика. В 1978 г. в условиях работы кардиологических бригад «Скорой помощи» он был впервые у нас применен. К настоящему времени получены данные об его анальгетическом эффекте при различных формах сердечно-болевого синдрома, в том числе коронарного генеза (стенокардия, инфаркт миокарда).

Вероятно, воздействие слабым импульсным током на центральную нервную систему снижает эмоциональную окраску при стрессовых состояниях, что создает условия для улучшения механизмов саморегуляции и уменьшения или ликвидации болевых ощущений. Мы полагаем, что этот метод заслуживает дальнейшего изучения и окажется перспективным не только для ургентной, но и для стационарной и амбулаторной службы, а изданный в 1979 г. приказ Министра здравоохранения СССР «О широком внедрении метода центральной электроаналгезии» и проводимый уже серийный выпуск аппаратуры будут способствовать его дальнейшему распространению.

С 1978 г. при свердловском кардиоцентре функционирует дистанционно-консультативная служба с записью ЭКГ по телефону. Одним из новых направлений в ее работе является помощь врачам в диагностике и исправлении на догоспи-

тальном этапе различных видов нарушения сердечного ритма. Разумеется, что это в полной мере относится и к категории больных ишемической болезнью сердца. Накопленный у нас к настоящему времени опыт (В. Л. Габинский, В. А. Фиалко, Ф. А. Зильберман, Л. А. Николаева) ликвидации нескольких сот случаев расстройств сердечного ритма на дому при консультативной помощи опытного кардиолога и регистрации по телефону ЭКГ свидетельствует, что в подобной ситуации сокращаются сроки от срыва ритма и до начала адекватной антиаритмической терапии (а это не безразлично для ее эффективности) и, кроме того, уменьшается число больных, направляемых на госпитализацию.

Хорошо известно, что эффективность лечения ИБС находится в прямой зависимости от уровня организации специализированной кардиологической службы, тесно опирающейся на значительно более массовую участковую и цеховую терапевтическую службу. Ростки кардиологической службы в нашей стране стали создаваться с конца пятидесятых годов и в числе первых городов, приступивших к ее организации, находился и Свердловск. Это, в частности, относится к кардиологическим бригадам «Скорой помощи», появившимся у нас 20 лет тому назад примерно в одно время с Москвой и Ленинградом, и к первому, по словам академика Е. И. Чазова, опыту создания специализированной кардиологической службы в системе медсанчасти крупного промышленного предприятия (Уралмашзавод, 1958 г.), и к имеющему уже 15-летний опыт работы кардиологическому кабинету, в поликлинике Ленинского района Свердловска — ныне школе передового опыта по созданию аналогичных кабинетов. В создании всех этих новых организационных форм работы вклад факультетской терапевтической клиники был немалым.

В 1976 г. был сдан в эксплуатацию построенный на средства Ленинского субботника кардиологический корпус при городской клинической больнице № 1, ставший базой кафедры факультетской терапии и организованного здесь же областного кардиологического центра. К настоящему времени в области создана сеть кардиологических стационаров почти на 1300 коек, 13 кардиологических кабинетов при поликлиниках, 7 кардиологических бригад «Скорой помощи». К 1985 г. намечено открыть дополнительно 73 кардиологических кабинета, четыре стационара, организовать 20 кардиологических бригад.

Значительно возросшее за последние годы внимание к кардиологии, претворение в жизнь ряда организационных мероприятий способствовали улучшению некоторых качественных показателей. Так, к примеру, с 1975 по 1979 годы охват диспансерным наблюдением больных гипертонической болезнью в целом по области возрос с 65,4 до 73,7%, а по ИБС — с 39,2 до 60,1%. Однако, надо признать, что качество проводимой диспансеризации еще далеко не всегда соответствует возможностям современной науки и практики.

Совместная работа органов практического здравоохранения и медицинского института по дальнейшему развитию и совершенствованию кардиологической службы основывается на опыте прошлых лет и учете реальной обстановки с кадрами в Свердловской области. В условиях безотлагательной необходимости укомплектования участковой и цеховой терапевтической службы, а также обычных бригад «Скорой помощи» параллельное развитие кардиологической службы требует максимального изыскания дополнительных резервов.

Совершенно естественно, что в нашей высокоиндустриальной области поиск их в первую очередь мы распространили на промышленные предприятия и их медико-санитарные части. С 1980 г. по предложению кафедры и согласованию с горздравотделом в трех крупных медсанчастях Свердловска с целью расширения и повышения качества специализированной кардиологической помощи за счет внутренних резервов проводится своего рода эксперимент в виде выделения из пяти—шести цеховых терапевтов одного цехового терапевта-кардиолога. По предварительным данным (С. А. Иорданиди, Л. И. Леванто) качество кардиологической помощи, сосредоточенное в руках соответствующим образом подготовленного врача, повышается, а цеховые терапевты имеют возможность больше внимания уделить другой патологии и профилактической работе.

К настоящему времени в медсанчастях Уралмашзавода, Уралхиммашзавода и Верх-Исетского металлургического завода открыты загородные филиалы кардиологических отделений. Это способствует более рациональному использованию дорогостоящих городских кардиологических коек, увеличивает их оборачиваемость и содействует более ранней и эффективной трудовой реабилитации больных. В медсанчасти Уралхиммашзавода (Э. Л. Воынская) за счет использования загородного филиала только в отношении групп

больных инфарктом миокарда среднегодовая экономия средств по социальному страхованию составила свыше 27 тыс. рублей.

Большим потенциалом для планового оздоровления кардиологических больных располагают санатории-профилактории, создаваемые преимущественно промышленными предприятиями. Свердловская область является одной из самых богатых в стране по числу подобных учреждений — 122 более чем на 10 тыс. мест. Облсовпроф планирует на одиннадцатую пятилетку открытие еще 20 санаториев-профилакториев. Мы рассматриваем эти учреждения как полностью оправдавшие себя для профилактики и лечения различной кардиальной патологии, в том числе и ишемической болезни сердца.

По обобщенным данным дневного специализированного кардиологического профилактория на Уралмашзаводе (Э. В. Войталь) в нем за 20 лет было оздоровлено около девяти тысяч трудящихся завода с сокращением у них временной нетрудоспособности на 39%. Размер экономической эффективности работы этого профилактория только за последние три года с учетом среднедневного пособия по больничному листу, среднедневной выработки трудящегося на предприятии, стоимости содержания профилактория и др. составил 24 тыс. рублей.

Учитывая распространение и урон, причиняемый сердечно-сосудистыми заболеваниями, в области проводится большая организационная работа по увеличению количества профилированных заездов для кардиологических больных в заводские здравницы. Кафедрой уделяется постоянное внимание совершенствованию знаний в области кардиологии медицинского персонала санаториев-профилакториев.

Нами оказывается систематическая научно-методическая помощь кардиологической службе «Скорой помощи». Как пример, можно указать на внесение в последние годы изменений в график ее работы с учетом долгосрочных прогнозов по гелиогеомагнитной ситуации (Е. Д. Рождественская, Р. Г. Бикмухаметова).

Определенным резервом в повышении качества кардиологической помощи населению является рациональное использование возможностей дистанционно-консультативной службы кардиоцентра с записью электрокардиограмм по телефону. Оснащение в последние годы портативными передатчиками 25 линейных бригад Свердловской «Скорой помощи»

привело к увеличению в четыре раза количества углубленно обследованных кардиологических больных на догоспитальном этапе. В отличие от ряда других городов страны, в которых в дистанционном центре производится лишь оценка электрокардиограммы, мы организовали работу так, чтобы круглосуточно дежурящий у пульта в областном кардиоцентре опытный кардиолог оказывал консультативную помощь врачам по выбору методов обезболивания, средств для исправления расстройств сердечного ритма, помогал в решении вопросов о показаниях к неотложной госпитализации. Перед сотрудниками дистанционной службы для расширения ее практического применения поставлена задача изыскания возможностей использования радио-телефонного канала.

За последние годы в научную тематику кафедры все шире включаются вопросы борьбы с сердечно-сосудистыми заболеваниями среди трудящихся, занятых в промышленности. Проведенная в конце 1980 г. областная научно-практическая конференция обсудила постановку этой работы на 25 крупных промышленных предприятиях Свердловска и области. Совместными усилиями ученых и практического здравоохранения намечено разработать на одиннадцатую пятилетку конкретные планы по улучшению качественных показателей в борьбе с сердечно-сосудистыми заболеваниями, и в первую очередь с ишемической болезнью сердца и гипертонической болезнью.

Под руководством и непосредственным участием сотрудников кафедры работает двухгодичный лекторий по актуальным вопросам кардиологии для трехсот участковых и цеховых терапевтов.

Уважаемые товарищи! Далеко не полное изложение всего того, что сделано за последние годы коллективом кафедры совместно с органами практического здравоохранения, иллюстрирует ряд новых возможностей науки и практики в повышении качества диагностики и лечения ишемической болезни сердца. Все полезное должно быть усовершенствовано и взято на вооружение. Вместе с тем, жизнь диктует необходимость дальнейших научных поисков по диагностике ишемической болезни сердца, ее дифференцированной терапии и массовой профилактики, снижению обусловленных ею показателей нетрудоспособности и смертности. На это и будут направлены наши дальнейшие усилия.