

невропатологов в сельские больницы и больных из районов в специализированные учреждения Казани. В городах республиканского подчинения Зеленодольске, Бугульме, Чистополе, Альметьевске, Елабуге, Лениногорске, Нижнекамске, Н. Челнах, а также в 13 районных больницах ведутся специализированные неврологические приемы. В Альметьевске, Бугульме, Зеленодольске функционируют неврологические отделения, во многих городах и районных больницах выделены неврологические койки в терапевтических отделениях.

В течение последних 5 лет в составе отделения санавиации работает бортневропатолог, осуществляющий неотложную неврологическую помощь в населенных пунктах, где отсутствуют специалисты.

Перспективы развития неврологической помощи в ТАССР связаны с расширением сети больнично-поликлинических учреждений. Намечено строительство республиканской клинической больницы на 1000 коек, ряда больниц в городах нефтяников. Проводится работа по укреплению материально-технической базы сельских больниц, особенно центральных районных больниц. Все это дает возможность в ближайшие годы расширить сеть неврологических стационаров. Рост числа неврологических коек выдвигает задачу специализации, что позволит более полно использовать оборудование и кадры. Необходимо закончить реорганизацию менингитного отделения в детское отделение нервных болезней. Целесообразно также использовать неврологические отделения 15-й горбольницы, располагающей гидротерапией и другими необходимыми условиями, для стационарного лечения больных с функциональным расстройством нервной системы, специализировать одно из неврологических отделений Казани для лечения больных с острыми нарушениями церебрального кровообращения. Следует организовать неврологическую бригаду в составе службы скорой помощи в Казани, создать эпилептический центр для методического руководства обширным комплексом мероприятий по обслуживанию большого контингента больных республики, поставить вопрос о сохранении кардио-неврологического санатория «Василевский» и придать вновь организуемому санаторию «Крутушка» профиль учреждения для лечения заболеваний периферической нервной системы на базе грязей Голубого озера.

Неврология в Татарии за годы Советской власти развивалась по общей для советской медицины тенденции: специализированная неврологическая помощь стала доступна всем слоям населения и на всей территории республики. Старейшая в России клиника нервных болезней обслуживает по преимуществу тружеников села.

Высокий уровень неврологического обслуживания обеспечивается тесной связью научно-педагогических и практических учреждений.

СЪЕЗДЫ И КОНФЕРЕНЦИИ

ТРЕТИЙ ВСЕРОССИЙСКИЙ СЪЕЗД ТЕРАПЕВТОВ

(7—12/II 1969 г., Ленинград)

В работе съезда участвовало около 2000 ученых и практических врачей из всех союзных республик, в том числе 200 профессоров и 300 кандидатов наук различных медицинских специальностей. Это позволило всесторонне обсудить научные проблемы — роль инфекций в клинике внутренних болезней; ревматоидный артрит; новое в диагностике и лечении важнейших внутренних заболеваний.

Министр здравоохранения РСФСР В. В. Трофимов доложил о состоянии и перспективах развития терапевтической помощи населению Российской Федерации. Он подчеркнул, что в последние годы значительно изменился характер патологии человека, сократилось число многих впервые выявленных острых заболеваний и в то же время увеличился удельный вес хронических неэпидемических болезней, особенно сердечно-сосудистых расстройств, болезней обмена и злокачественных новообразований.

Академик АМН СССР Е. М. Тареев в программном докладе «Роль инфекций в современной клинике внутренних болезней» отметил значительные успехи в борьбе с инфекционными болезнями у нас в стране. Однако проблемы ликвидации инфекций и до настоящего времени не потеряли своей актуальности.

За последние десятилетия открыто много бактериальных, вирусных, грибковых и других болезней. Давно известные инфекции распались на ряд самостоятельных форм.

Вирусные инфекции ведут к глубоким поражениям клеток, изменяя их генетический аппарат. Одна инфекция может провоцировать другую, бывшую в латентном или компенсированном состоянии.

Схема течения некоторых инфекций (туберкулеза и др.) до известной степени повторяет эволюцию первично-аутоиммунных системных заболеваний соединительной ткани, где поздней фазой или исходом многогранного страдания нередко бывает

амилоидоз или нефрит, определяющий судьбу больных (ревматоидный артрит, системная волчанка). Обеим группам заболеваний может быть свойственна более легкая сенсibilизация к лекарственным антигенам, физическим факторам и т. д.

Ввиду близости механизмов патогенеза инфекционных и неинфекционных заболеваний становится понятным, что клинически однотипные реакции и даже нозологические формы могут быть вызваны этиологическими факторами инфекционного и неинфекционного ряда, т. е. могут быть полиэтиологическими.

К. В. Булин отметил важную роль специфического иммунитета в развитии и преодолении инфекционного процесса.

П. Н. Косяков остановился на отличительных особенностях защитных реакций организма в отношении вирусов по сравнению с иммунной реакцией при бактериях. Своеобразной защитной реакцией клеток является перестройка их, сопровождающаяся выработкой интерферона.

Рассматривая интенсивность продукции лейкоцитарного интерферона как показатель реактивности организма к вирусной инфекции, Г. П. Шульцева и соавт. установили у подавляющего числа обследованных ими терапевтических больных (ревматизм, бронхиальная астма, лейкоз) более слабую защиту от вирусной инфекции по сравнению с группой здоровых людей.

Важное место в патогенезе инфекционных болезней принадлежит аллергическим и аутоаллергическим процессам. Однако степень их участия бывает различной. В соответствии с этим А. Д. Адо выделяет:

1) собственно аллергические инфекционные болезни, при которых аллергический механизм является основным и ведущим (ревматизм, скарлатина, туберкулез, бруцеллез и др.);

2) инфекционные болезни, при которых аллергические процессы представляют существенный компонент патогенеза (кишечные инфекции, дифтерия, оспа, корь и др.);

3) инфекционные болезни, при которых аллергические процессы возникают как осложнение основного заболевания (брюшной тиф, коклюш), а также как результат терапии вакцинами, иммунными сыворотками и другими лекарственными средствами (сывороточная болезнь, лекарственная аллергия, осложненная при вакцинациях и вакцинотерапии, и др.).

Инфекционный процесс служит важнейшим фактором образования в организме аллергенов. Сенсibilизация организма в ходе инфекционного процесса создает условия для возникновения аутоаллергических и иммунопатологических реакций.

В. Н. Бондарев и соавт. сообщили о влиянии профилактических прививок на организм человека. Прививки, как правило, вызывают кратковременные и относительно неглубокие отклонения в функциональной деятельности организма, проявляющиеся от 3—4 недель до 2—3 месяцев. Лишь у отдельных лиц прививочные реакции достигают состояния болезни.

Показания и противопоказания к прививкам различными вакцинами недостаточно изучены и обоснованы. Нередко от прививок освобождают лиц, ослабленных тяжелыми соматическими и инфекционными заболеваниями, хотя именно такие больные более всего нуждаются в иммунологической защите.

Действительный член АМН СССР Н. С. Молчанов представил материалы многочисленных исследований об этиологии острых пневмоний. Он отметил, что в результате широкого внедрения антибиотиков резко сократился удельный вес пневмококка в этиологии острых пневмоний и увеличилась частота пневмоний, обусловленных стафилококком и другими микробами, в том числе и условно патогенными (кишечная палочка).

Стафилококковые пневмонии характеризуются выраженным токсикозом с тенденцией к формированию абсцессов, гнойных плевритов, пиопневмоторакса и сепсиса. В период гриппозных эпидемических вспышек возникают вирусные и вирусно-бактериальные пневмонии.

Доклады Е. С. Кетиладзе, Л. Д. Князевой и соавт., Ю. А. Ильинского и др. были посвящены острым пневмониям, обусловленным респираторными и энтеро-вирусами, вирусом орнитоза и микоплазмой.

Н. С. Молчанов подчеркнул, что ввиду отсутствия достаточно точных сведений об этиологии острых пневмоний врачи иногда необоснованно назначают те или иные лечебные препараты и в первую очередь антибиотики, что приводит к ненужной аллергизации организма, повышению стойкости бактериальной флоры к антибиотикам и другим побочным явлениям.

Среди антибиотиков видное место в качестве лекарственного аллергена занимает пенициллин (А. Д. Адо).

М. И. Теодори указал на резкое увеличение стафилококковых и значительное учащение энтерококковых эндокардитов, заметный рост эндокардитов, вызываемых необычной для этого заболевания флорой (грибки, риккетсиозы и др.). Произошли изменения в клинике подострого септического эндокардита: стал преобладать аллергический компонент, более часто развивается диффузный пролиферативно-мембранозный гломерулонефрит.

Н. И. Екисенина и соавт. сообщили о влиянии инфекционного фактора на тече-

ние хронических колитов и энтероколитов и о показаниях к назначению антибактериальных препаратов при данных заболеваниях.

Н. Н. Озерцковская и соавт. представили данные о развитии общего клинического синдрома в острой фазе тканевых гельминтозов (трихинеллез, описторхоз и др.). Для ранней фазы тканевых гельминтозов характерны лихорадочная реакция, миалгии, кожные высыпания, эозинофилия крови и др.

В докладах А. И. Хазанова и соавт., А. М. Ногаллера подчеркивалась роль инфекционного фактора в развитии и течении воспалительных заболеваний желчного пузыря и желчных путей.

Н. С. Зельнова отрицает этиологическую роль лямблий при холециститах.

Изменение иммунобиологических функций организма является главной причиной сравнительно легкого присоединения вторичной инфекции при «больших» коллагенозах. В. А. Насоновой было показано, что осложнения вторичной инфекцией «больших» коллагенозов создают дополнительные трудности в терапии больных и требуют большой гибкости в проведении кортикоидного лечения, подборе наиболее эффективного комплекса противомикробных мероприятий.

В последние годы почти в два раза чаще стали встречаться инфекционные осложнения при острых лейкозах. Основными возбудителями инфекционных осложнений являются кишечная палочка, золотистый стафилококк, синегнойная палочка, грибки.

Для осуществления действенной борьбы с инфекцией в современных условиях участники съезда рекомендовали разработать новые организационные мероприятия в эпидемиологической практике, а также в вопросах диагностики и терапии инфекционных заболеваний.

В программном докладе о ревматоидном артрите Е. М. Тареев отметил, что в СССР ревматоидный артрит распространен в такой же степени, как и в ряде других европейских стран. В представленных съезду материалах по эпидемиологии ревматоидного артрита (М. Г. Астапенко и соавт.) выявлено наибольшее его распространение в центральной, южной и восточной зонах нашей страны.

А. И. Струков и соавт. охарактеризовали ревматоидный артрит как хроническое заболевание, в основе которого лежит прогрессирующая дезорганизация соединительной ткани с преимущественным поражением суставов — его костно-хрящевых образований, синовиальной оболочки и околоуставных тканей. Развитие изменений в опорно-двигательном аппарате, а также во внутренних органах связано с появлением на почве деструкции и протеолитического распада тканей аутоантигенов, аутоантител и с возникновением аутоиммунного процесса, который сопровождается усиленной плазматизацией костного мозга, лимфоузлов и других тканей. Это может приводить к гипергаммаглобулинемии, диспротеинемии и амилоидозу. Висцеральные проявления ревматоидного артрита касаются поражений сердца, печени, почек, легких и сосудов разного калибра.

По данным М. И. Теодори и соавт., висцериты диагностируются в 15,1%, при этом наиболее часто встречается поражение сердечно-сосудистой системы.

При ревматоидном артрите воспалительный процесс в синовиальной оболочке носит все черты иммунологического воспаления (Г. В. Орловская и соавт.). Л. Т. Пяй установила, что появление свободных противотканевых антител сопровождается, как правило, гипергаммаглобулинемией и повышением количества холодовых агглютининов.

А. И. Левин и соавт. обнаружили у больных ревматоидным артритом сенситизированные к синовиальной оболочке лимфоциты и нейтрофилы. При ревматоидном артрите лимфоциты и свободные антитела обладают цитопатогенетическим воздействием на растущие клетки.

В ряде докладов освещались клинические особенности ревматоидного артрита. В частности, Т. С. Истаманова и соавт. выделяют несколько форм заболевания: 1) «классическую», с постепенным началом, хронически прогрессирующим течением, с преимущественным поражением мелких суставов кистей, склонностью к развитию стойких пролиферативно-деструктивных изменений со стороны суставов; 2) так называемый инфекционно-аллергический полиартрит, когда отдельные вспышки экссудативной реакции со стороны суставов сменяются периодами полного благополучия, длящимися иногда много лет; 3) ревматоидный артрит, протекающий как бы по промежуточному типу.

Ю. К. Купчинская и соавт. считают, что в начальном периоде ревматоидного артрита правильный диагноз можно установить путем клинико-рентгенологического исследования. По мнению авторов, очаги деструкции малых размеров лучше выявляются при рентгенографии с прямым увеличением изображения.

Л. Ф. Кравченко были представлены материалы по дифференциальной диагностике ревматоидного артрита и эпидемического деформирующего хондроостеоартроза.

По данным А. З. Сорокина, основными причинами диагностических ошибок при ревматоидном артрите в амбулаторной практике являются: недостаточная осведомленность широких кругов врачей в области артрологии; плохо собранный анамнез; недооценка или переоценка показателей лабораторных исследований и данных рентгенографии; неудовлетворительное качество рентгенограмм; недостаточно полное клиническое обследование больного.

За последнее время наблюдается учащение подостро и хронически текущих форм системной красной волчанки с поражением суставов. При атипичном же течении болезни или преимущественно суставной ее форме возникают значительные диагностические трудности, в первую очередь при дифференциации с ревматоидным артритом. Трудности обуславливаются не только клиническим сходством этих форм, но и их иммунологическим перекрестом (Л. И. Несговорова и соавт.).

В ряде докладов освещались вопросы терапии ревматоидного артрита. Т. Р. Петрова и соавт. сообщили об использовании пирогенала в терапии больных ревматоидным артритом. Пирогенал вводили больным внутривенно ежедневно или через день по 0,25 г. В последующие дни дозу постепенно повышали при индивидуальном подборе в зависимости от степени выраженности реакции на предыдущую инъекцию. Курс лечения включал в среднем 15 инъекций (от 10 до 20).

Под влиянием лечения пирогеналом значительное клиническое улучшение наступило у 50% больных, улучшение — у 34,6%, состояние существенно не изменилось у 15,4% больных. Лучший результат получен в группе больных со средней и низкой воспалительной активностью и при преобладании пролиферативных явлений в суставах.

О новом эффективном методе лечения больных ревматоидным артритом хлористым марганцем сообщили М. П. Артамонова и соавт. — 1% водный раствор хлористого марганца вводили внутримышечно в возрастающих дозах с 0,1 мл ежедневно или через день до 1,5—2,0 мл в сутки.

Ряд докладов был посвящен курортному лечению больных ревматоидным артритом.

Впервые на съезде обсуждались вопросы реабилитации больных ревматоидным артритом. В частности, Н. В. Кублицкая и соавт. сформулировали основные принципы реабилитации больных ревматоидным артритом.

Л. Н. Дьякова отметила преимущества противомаларийных препаратов в восстановлении трудоспособности больных ревматоидным артритом. В сообщении М. Г. Малкиной и соавт. подчеркивалось благоприятное действие сезонной бциллино-аспириновой профилактики при ревматоидном артрите. Сезонная профилактика, как правило, сочеталась с медикаментозной терапией и иногда физиотерапевтическими методами лечения.

После обсуждения второй научной проблемы съезд принял постановление, в котором признал необходимым проведение ряда организационных мероприятий, в том числе открытие в ряде крупных больниц артрологических отделений с обеспечением их необходимой диагностической аппаратурой и лечебными средствами.

На съезде был заслушан и обсужден отчет Правления и ревизионной комиссии Всероссийского научного медицинского общества терапевтов и избран новый состав Правления. Председателем Правления единодушно избран Герой Социалистического Труда академик АМН СССР профессор Е. М. Тареев.

А. П. Голиков (Ленинград)

ВОПРОСЫ ИСКУССТВЕННОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

(По материалам XII научной сессии Института
сердечно-сосудистой хирургии АМН СССР)

(12-16/V 1969 г., Москва)

Директор института проф. В. И. Бураковский отметил, что реакция организма на искусственное кровообращение зависит от объема перфузии, содержания и насыщения крови кислородом, элиминации углекислоты и анестезии. Реакция организма на гомологичную кровь недостаточно изучена. Она заключается в основном в перераспределении крови, ее «секвестрации» и нарушении микроциркуляции. При искусственном кровообращении продолжительностью 1—1,5 часа с высокими объемными скоростями перфузии и оптимальной анестезией возникают нарушения кровообращения с обратимыми изменениями во внутренних органах. Более продолжительное искусственное кровообращение вызывает перераспределение крови, нарушение микроциркуляции, истощение надпочечников, нарушение проницаемости сосудов. Адекватность перфузии следует определять по многим показателям (по реакции надпочечников и сосудистой системы, данным ЭКГ, ЭЭГ, выделению мочи, состоянию газообмена в тканях).

За последнее время искусственное кровообращение нередко проводят с гемодилюцией. Гемодилюция показана у детей старше 12 лет, а в более молодом возрасте — при наличии гипоксемии.

Г. М. Соловьев (Москва) критерием адекватности перфузии считает соответствие интенсивности кровотока потребностям организма в O_2 . Если напряжение O_2 в отходящей от тканей крови не снижается ниже 40 мм рт. ст., то кровоснабжение считается достаточным. Развитие ацидоза в условиях достаточной объемной скорости