

высокая оценка этому методу. Свидетельством тому является получение автором уже через месяц после доклада оттисков его работы, изданной в США.

Приятно отметить, что многие московские клиники взяли метод трансиллюминации на свое вооружение. В частности, в клинике, возглавляемой Б. С. Розановым, всем желудочным больным во время операции производят трансиллюминацию желудка по методу М. З. Сигала.

Важно, в заключение, подчеркнуть, что разработанный автором метод трансиллюминации обеспечивает выявление детальных картин морфологических структур; он полезен и должен получить широкое распространение в хирургической практике.

Проф. В. Х. Фраучи (Казань)

СЪЕЗДЫ И КОНФЕРЕНЦИИ

УДК 612.68

ПРОБЛЕМЫ ГЕРИАТРИИ В КЛИНИКЕ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ

С 26 по 29/X 1965 г. в г. Киеве состоялась конференция, посвященная вопросам клинической геронтологии и гериатрии.

Во вступительном слове член-корреспондент АМН СССР Д. Ф. Чеботарев остановился на основных задачах гериатрии: 1) выяснении возможностей нормализации обменных и физиологических процессов в стареющем организме; 2) изучении особенностей развития, клинического течения, лечения и профилактики различных заболеваний у людей пожилого и старческого возраста¹; 3) использовании средств и методов восстановления и нормализации жизнедеятельности их организма в борьбе с патологическими процессами. На повестке дня стоит вопрос о внедрении геронтологии и гериатрии в программы преподавания медицинских институтов, создании специальных циклов подготовки врача-гериатра в соответствующей специальности. Он подчеркнул, что в гериатрии имеет значение не только болезнь сама по себе, но и ее течение в условиях стареющего организма, когда наряду с угасанием функций организма возникают новые приспособительные механизмы.

В. А. Добрынина (Киев) нашла повышение содержания фибриногена крови почти у всех исследованных пожилых, практически здоровых лиц и увеличение количества гепарина. Автор предполагает, что в старческом организме равновесие устанавливается на ином функциональном уровне. Но при этом диапазон компенсаторных возможностей сокращается, и такое состояние системы может смениться быстрым падением активности противостоятельных механизмов, особенно когда организму будут предъявлены несколько повышенные требования.

Д. Ф. Чеботарев с сотрудниками (Киев) показал ослабление чувствительности органов и тканей, в частности сердечно-сосудистой системы, пожилых и стариков к нервным влияниям и повышение — к гуморальным. У лиц пожилого и старческого возраста отмечено значительное снижение функциональных возможностей крупных артериальных сосудов в связи с уменьшением в их стенке активных гладких мышечных волокон. Уменьшение гладких мышечных волокон, разрастание соединительной ткани сосудистой стенки приводят к повышению плотности сосудов, их извитости. Эти изменения нельзя считать за атеросклероз сосудов, хотя они и создают благоприятный фон для развития последнего. Наряду с уменьшением числа функционирующих капилляров, закономерно наблюдается увеличение количества межкапиллярных анастомозов, расширение переходного колена и венозных браншей, удлинение и значительная их извитость. Это можно рассматривать с позиций компенсаторной реакции организма, направленной на удовлетворение тканей питательными веществами при уменьшенном количестве функционирующих капилляров. Подобные изменения сосудистой стенки приводят к увеличению общей емкости сосудистого русла, в связи с этим непрерывность кровотока может поддерживаться лишь при увеличении систолического (и минутного) объема сердца, что и обнаруживается у пожилых и стариков. Работа сердца увеличивается в среднем на 40% и затрачивается главным образом на систолический выброс крови, нагрузка при этом падает в основном на левый желудочек.

Особенностям инфаркта миокарда в возрастном аспекте на конференции было посвящено много сообщений (Л. Т. Малая, Д. Н. Байер — Харьков; А. И. Романовская — Одесса; Н. П. Ермаковская — Ставрополь; и др.), причем отмечалось атипическое течение и трудность диагностики. Болевой синдром встречается сравнительно

¹ Рабочая классификация возрастных периодов, принятая на Ленинградском (1962) и Международном (Киев, 1963) симпозиумах по вопросам геронтологии. Люди среднего возраста — 45—59 лет, пожилого — 60—74, старики — старше 75 и долгожители — старше 90 лет.

редко, чаще больные отмечают одышку, общую слабость, недомогание. Инфаркт миокарда может начинаться с явлений сердечной астмы, коллапса, кардиогенного шока, недостаточности кровообращения, которые протекают гораздо тяжелее, чем у лиц среднего возраста. Изучение динамики АД показало резкое снижение как систолического, так и диастолического давления чаще у лиц старшего возраста. У пожилых и стариков слабее выражены температурная реакция и изменения периферической крови.

На ЭКГ преобладают, наряду со стертой картиной инфаркта миокарда, нарушения сердечного ритма типа мерцательной аритмии, экстрасистолы, синусовой тахикардии. У части больных отмечается блокада ножек пучка Гиса, нарушение внутрижелудочковой проводимости. Течение инфаркта миокарда в старческом возрасте тяжелее, изобилует различными осложнениями, встречающимися реже у лиц среднего возраста: повторные инфаркты миокарда, тромбозы, аневризмы и разрывы сердца, острая и хроническая левожелудочковая недостаточность, пневмонии. Летальный исход в остром периоде инфаркта миокарда наблюдается чаще среди лиц пожилого возраста. Необходимо отметить, что среднее пребывание их на койке более продолжительно, чем у больных инфарктом в среднем возрасте. Н. Н. Стебловцев и др. (Одесса) указывают на частое (52,5%) появление в моче белка, цилиндров и эритроцитов в первые дни заболевания инфарктом миокарда.

В. И. Бойко и др. (Киев) отмечают, что АД, равное 150/90 мм, считается для лиц пожилого и старшего возраста физиологичным. Наблюдения этих авторов показывают отсутствие зависимости между уровнем АД и упругим напряжением крупных артериальных стволов и что атеросклеротическое поражение сосудов лишь в незначительной степени оказывает влияние на уровень АД у пожилых и стариков. Если повышение АД у них наблюдается, то в основном оно относится к систолическому. Своеобразие течения гипертонической болезни у пожилых и стариков характеризуется скудостью субъективной симптоматики, длительностью течения, создает ложное впечатление о «доброкачественности» заболевания. Гипертоническая болезнь у стариков чаще, чем у молодых, протекает с осложнениями в виде расстройств мозгового и коронарного кровообращения, развития сердечной недостаточности (Н. Е. Кавецкий — Куйбышев).

Не следует стремиться быстро достичь лечебного эффекта за счет назначения больших доз сильнодействующих препаратов, ибо очень легко можно нарушить до предела напряженные компенсаторные механизмы и получить крайне нежелательные результаты (Ц. А. Левина — Одесса; и др.).

Общепринятая терапия атеросклеротического кардиосклероза, инфаркта миокарда должна проводиться осторожно. Особенно показано применение различных витаминов: А, Е, В₆, В₁₂, В₁₅ (М. И. Шевлягина, И. М. Раскин, Е. А. Физдель — Москва; В. Е. Анисимов, И. Г. Салихов — Казань). При лечении гипертонической болезни надо стремиться достичь медленного, постепенного снижения АД. Из препаратов для этой цели рекомендуется применять дибазол, депрессин, гипотиазид и др. (Ц. А. Левина, Н. Е. Кавецкий и др.). Такое лечение весьма эффективно при проведении его на фоне витаминотерапии. Иногда снизить АД удастся только применением витаминов (В. И. Бойко — Киев).

У пожилых и стариков большие трудности представляет дифференциация атеросклеротических и ревматических поражений сердца.

Для уточнения диагноза в известной мере имеют значение иммунологические и биохимические исследования (В. Н. Дзяк — Днепрпетровск; Р. И. Микунис — Винница; и др.). Так, З. И. Малкин с сотрудниками (Казань) указывают, что при ревматизме фракция β -липопротеидов сыворотки крови увеличивается не за счет фракции β_1 -липопротеидов, как при атеросклерозе, а за счет фракции β_3 -липопротеидов, мигрирующих в зоне γ -глобулинов.

Большинство авторов отмечает, что за последние годы наблюдается учащение ревматизма и ревматических пороков сердца у пожилых и стариков, стертое, атипичное их течение, что затрудняет распознавание (Г. Е. Натанзон, Н. П. Малышкин — Рязань; Е. С. Мясоедов — Иваново; и др.). Особенностью течения ревматизма у пожилых является: а) поздняя первичная атака; б) сравнительно редкие рецидивы; в) вялое, почти латентное, течение без бурных аллергических реакций (М. С. Образцова и др. — Саратов). Обращает на себя внимание высокая частота мерцательной аритмии у пожилых и стариков, преобладание вяло текущих форм ревматического процесса (М. А. Спектор — Сочи). Почти все выступающие отмечали особые затруднения при диагностике активной фазы ревматизма у лиц старше 50 лет. Наличие «немотивированной» и резистентной к лечению недостаточности кровообращения иногда служит единственным признаком текущего ревматизма. В клинике ревматизма у пожилых и стариков большую роль играют сопутствующие заболевания, которые зачастую отягощают течение основного процесса и способствуют смертельному исходу. По мнению Л. Е. Кременецкой (Москва), эти особенности ревматического процесса у пожилых обусловлены возрастными изменениями соединительной ткани (пониженная склонность к продуктивным реакциям, явления дегидратации, снижение активности аутоиммунных процессов и муколитических ферментов и т. д.).

Исследования дыхательного аппарата показали у подавляющего большинства пожилых и стариков различную степень эмфиземы легких (О. В. Корущко, В. И. Дже-

майло — Киев), возникшую в результате атрофических процессов в альвеолярной ткани, которая приводит к расширению альвеол и уменьшению капиллярной сети легких. Кроме того, у пожилых лиц часто наблюдается атрофия дыхательных мышц, нарушение подвижности грудной клетки (М. Б. Коломская, М. С. Осиневская — Днепропетровск — Москва). Установлено, что бронхоспазм встречается даже при отсутствии патологического процесса в легких. Он обусловлен изменениями в эпителии, дистрофическими процессами, грубыми нарушениями стромы бронхов (В. А. Добрынин — Краснодар); характерны различные проявления кислородной недостаточности. Увеличивается частота дыхания. Оно становится поверхностным и у большинства приближается к смешанному типу (В. И. Джемайло — Киев).

Были подчеркнуты отличительные черты течения хронических неспецифических пневмоний в пожилом и старческом возрасте. Отмечалось подострое начало заболевания, более тяжелое и длительное течение пневмоний; температурная реакция и изменения периферической крови выражены нерезко. Часто хронические и неспецифические пневмонии протекают с выраженным астмоидным синдромом. В патологический процесс быстро вовлекается сердечно-сосудистая система, особенно правое сердце (С. С. Байзанова — Фрунзе). А. М. Елисеева, В. С. Полтырев и др. (Иваново) отмечают, что бронхопневмония у пожилых и стариков развивается часто на фоне патологически измененной легочной ткани, поэтому протекает атипично, принимает затяжное течение, рентгенологические очаговые изменения выявляются с трудом (лишь в 42,5%), со стороны крови наблюдается не лейкоцитоз и нейтрофилез, а лимфопения и эозинофилия. Часто развивается бластоматозный процесс на фоне хронической неспецифической пневмонии.

Для декомпенсации хронического легочного сердца характерен ярко выраженный геморрагический синдром, не наблюдаемый обычно при других формах декомпенсации; на этом основании выделяется особый тип декомпенсации, названный И. П. Лернером (Киев) «геморрагическим типом сердечной декомпенсации», где на первый план выступают острые желудочно-кишечные кровотечения (кровотечение из язвы желудка, дуоденум, при геморрагическом гастрите), кровозлияния в толстый кишечник, геморрагии в кожу и слизистые оболочки. Для декомпенсированного хронического легочного сердца характерна также «гипоксическая энцефалопатия», проявляющаяся целым рядом нервно-психических расстройств и приводящая к коматозному состоянию («аноксемическая кома», «гиперкапническая кома»).

Лечение больных пожилого и старческого возраста, страдающих заболеваниями легких, проводится обычными средствами с обязательным включением сердечно-сосудистых препаратов, ингаляций кислорода и приема витаминов (А. Н. Вапра — Тарту и др.).

И. И. Волощенко (Киев), исследуя лиц, которые по состоянию здоровья приближались к естественно стареющим, отметил, что с возрастом у людей атрофия складок слизистой желудка увеличивается. Выявлено заметное снижение тонуса желудка, опущение его, увеличение гипоацидных состояний. Если в пожилом возрасте анацидное состояние обусловлено функциональным нарушением со стороны желудка (почти наполовину оно уменьшается после введения гистамина), то у стариков это явление можно связать с органическими изменениями в желудке — анацидией. В первую очередь с возрастом изменяется секреторная функция, затем кислотообразующая при сохранении моторной и экскреторной.

Особенностями течения язвенной болезни у лиц пожилого и старческого возраста является следующее: болевой синдром выражен нерезко и у большинства больных не имеет строгой периодичности в связи с приемом пищи; преобладание отрыжки (82,8%) среди диспептических расстройств; изжога бывает значительно реже (33,1%), рвота менее характерна для пожилых; при пальпации живота — болезненность в эпигастрии; снижение аппетита, похудание, умеренная анемизация; осложнения язвенной болезни с возрастом учащаются, это относится в большей степени к кровотечениям, стенозированию, относительно в меньшей степени встречаются пенетрации, перфорации (А. Г. Гукасян, А. Ю. Иванова-Незнамова — Москва; А. И. Горбашко — Ленинград; и др.).

И. Г. Салихов (Казань)

ПЯТОЕ СОВЕЩАНИЕ ПО ФИТОНЦИДАМ

УДК 615.7—615.32

25—28/IX 1965 г., г. Киев

Б. П. Токин (Ленинград) считает, что фитонциды не случайные продукты растений, а закономерно возникающие при обмене веществ. Фитонциды — фактор иммунитета растений в борьбе с микроорганизмами. При травмах растений резко возрастает выделение фитонцидов.

Б. Е. Айзенман (Киев) сообщила, что из 700 исследованных растений получено больше всего антибиотиков, действующих на грамположительные и меньше на грамотрицательные бактерии.