

ности, чем те, которые нам создают гнойные туберкулезные плевриты, развивающиеся в течение искусственного пневмоторакса, в силу чисто анатомо-топографических условий. Но все же надо иметь в виду, что при всей осторожности выполнения операции трудно будет их полностью избежать.

4. При поверхностном расположении каверны не исключена возможность повреждения ее стенок при апиколлизе.

5. Наконец э. п. уступает методу Форланини в простоте. Для своего проведения он требует методу Форланини в простоте. Для своего проведения он требует в каждом случае предварительной хирургической операции.

Только суровое испытание практики даст возможность определить место э. п. в ряду коллапсотерапевтических пособий. При условии исключительно строгой асептики, как в выполнении самой операции, так и в послеоперационном периоде и при пункциях и вдуваниях, надо полагать, что метод э. п. в ряде изложенных выше показаний окажется полезным. На первом этапе проверка его допустима только в учреждениях клинического типа.

Экстраплевральный пневмоторакс естественно не конкурирует с и. п., так как применяется там, где последний неосуществим.

Э. п. ни в малейшей мере не заменяет торакопластики, до сих пор являющейся самым эффективным оперативным пособием, дающим стойкий лечебный результат, не требующим длительных сроков применения. Э. п. должен себе завоевать место промежуточной, буферной операции между указанными методами, занимающими заслуженно почетное место в клинике туберкулеза.

Литература. 1. Tuffier et Martin, Traitement Chirurgical de la tuberculose pulmonaire, изд. Masson. Париж, 1910.—2. Graf, D. M. Woch., № 16—17, 1936.—Graf, Ibidem, № 1. 1937.—4. W. Schmidt, Beitr. kl. Tbk. B. 88, стр. 689—715.—5. Omodei—Zorini, там же, стр. 224. 1933 г.—6. Nautefeuille et Dreyfus, Le Fryer. Rev. tbc; № 4, стр. 436—446, 1937 г.—7. Dufourt, Santy et M. Bérard, там же, стр. 446—449.

О V всесоюзном совещании по борьбе с ревматизмом.

К. А. Дрягин.

V Всесоюзное совещание по борьбе с ревматизмом работало в Москве с 31 января по 3 февраля 1938 года. Срок созыва совещания совпал с десятилетием со времени образования Всесоюзного Комитета по изучению ревматизма и борьбе с ним.

Заслуженный деятель науки проф. М. П. Кончаловский в своем вступительном слове, при открытии совещания, сообщил о большой работе, проведенной в Союзе за истекшие десять лет по изучению ревматизма и борьбе с ним. Всесоюзный Комитет по ревматизму, вступив в Международную лигу по ревматизму, принял участие в 5 международных конгрессах. Советскому комитету по ревматизму принадлежит почин и инициатива в постановке и разработке трех проблем: патогенез, значение социальных моментов и лечение. На предстоящем VI Оксфордском международном конгрессе стоят вопросы ревматического кардита, патологии и клиники детского ревматизма. Последний вопрос включен в повестку дня Международного конгресса по предложению Советского комитета.

На V Всесоюзном совещании одним из программных докладчиков был В. Т. Талалаев. Основные положения его доклада сводятся к следующему:

1. Острый ревматизм характеризуется в основном поражением сердечно-сосудистой системы, полисерозитами и фиброзитами с полиартритом и без полиартрита.

2. В этиологическом отношении острый ревматизм является инфекционно-аллергическим заболеванием, в котором клинико-анатомическая сущность страдания определяется не столько инфекцией, сколько ревматической реакцией больного. Роль стрептококка в этиологии острого ревматизма нуждается в дальнейшем изучении.

3. Между острым ревматизмом и Sepsis lenta имеется определенная генетическая связь. Sepsis lenta можно рассматривать как позднюю форму острого ревматизма.

4. Провоцирующими моментами для приступа ревматизма могут являться самые незначительные воспалительные явления со стороны зева, носоглотки и т. п.

Г. Д. Залесский отметил изменение проницаемости капилляров у ревматиков и накопление в тканях воды, хлоридов и значительный выход белка плазмы крови в ткани.

М. А. Ясиновский сообщил о висцеральных формах ревматизма—тифозной плевро-пульмональной, пищеводной, перитонеальной, абдоминальной и др.

3. А. Мясникова считает, что исследование морфологического состава жидкости кантаридинового пузыря может служить для дифференциальной диагностики между законченным пороком сердца и различными формами эндокардитов.

В. Т. Талалаев находит, что клиника до сих пор еще не разрешила вопроса о лечении организма; применяемые методы терапии не предотвращают развития порока сердца и васкулярных склерозов—этого основного субстрата ревматического страдания, имеющего такое печальное прогностическое значение для больного. Возможно допустить abortивное значение салициловой терапии только в экссудативной стадии до фибриноидной дезорганизации. Ревматический процесс в грануломатозной и, тем более, в склеротической фазе анатомический необратим, поэтому салициловая терапия несостоятельна, сохраняя, возможно, профилактическое значение. Для больных со многими приступами в анамнезе салициловая терапия теряет всякое лечебное значение, т. к. ревматики имеют необратимый ревматический статус, т. е. салицило-отрицательную форму острого ревматизма. Только удаление сенсibilизирующих факторов и своевременная десенсибилизирующая терапия, проведенная еще в детском и юношеском возрасте, имеют благоприятную перспективу в клинике острого ревматизма. Салициловая терапия в периоды между приступами в виде курсового лечения при наличии заболевания, провоцирующего приступ ревматизма, повидимому, может предотвращать таковой.

В своем докладе об отдаленных результатах стационарного лечения ревматиков проф. М. В. Черноуцкий указал, что в $\frac{1}{3}$ случаев результаты хорошие, в $\frac{1}{3}$ — результаты удовлетворительные (больные трудоспособны, но не вполне здоровы) и $\frac{1}{3}$ случаев результаты лечения плохие—больные продолжают болеть, остаются нетрудоспособными, некоторые из них умерли. Результаты стационарного лечения зависят от: а) своевременности госпитализации острых ревматиков, б) длительности госпитализации, в) проведения салициловой терапии, г) момента выписки больного и д) качества врачебного обслуживания.

Гиршберг и Эйделькинд отметили большое значение диспансеризации в борьбе с ревматизмом.

В своем постановлении совещание отметило: 1. Недопустимое за последние годы игнорирование работы по борьбе с ревматизмом со стороны республиканских, краевых и местных здравотделов; ослабление руководства со стороны самого Всесоюзного комитета, а также республиканских, краевых комитетов в планомерном изучении и борьбе с ревматизмом и в работе ревматических кабинетов; резко вывилось непонимание со стороны местных органов здравоохранения задач этих кабинетов, что привело к отсутствию ассигнований, недостатку кадров и даже к закрытию многих из них.

2. Крайне слабое распространение среди широкой врачебной массы необходимых сведений о современных методах ранней диагностики и эффективной терапии ревматических заболеваний (ранняя выписка больных из больницы с незаконченным процессом, неумелая и недостаточная салициловая терапия и т. д.), что приводило к длительной временной нетрудоспособности, к хождению больных по диспансерам, к частой инвалидности и т. д.

3. Крайне слабую постановку практической борьбы на наиболее поражаемых участках промышленности: 1) за устранение ревматогенных вредностей 2) за неотложное проведение конкретных мероприятий по борьбе с ревматизмом применительно к каждому данному мероприятию (антиревматический минимум), 3) за вовлечение здравоохраненческого актива заводов, фабрик, предприятий и низовой рабочей общественности в борьбу с ревматизмом, 4) за санитарную пропаганду личной и общественной гигиены и профилактики среди широкой массы рабочих и колхозников.

4. Недостаточное внедрение научной тематики по изучению ревматических заболеваний в план работы мед. вузов, институтов усовершенствования врачей и специальных институтов (курортных, физиотерапевтических), а также вопросов разработки доступной практическому врачу методики распознавания и правильного диагностирования (клинический минимум) ревматических процессов, методики наиболее эффективной терапии, профотбора и т. д.

5. Совершенно недостаточное преподавание предметов, связанных с изучением ревматизма, с обращением особого внимания на диагностику, терапию и на условия труда и быта, как предпосылок заболевания ревматическими болезнями.

Совещание еще раз высказывается за скорейшую организацию доцентуры по ревматизму при кафедрах и при детских клиниках старшего возраста.

Совещание считает необходимым скорейшую организацию специальных курсов при ЦИУ для поднятия классификации терапевтов и педиатров по вопросам ревматизма.

(Помещаем в этом № журнала принятую совещанием единую рабочую классификацию ревматизма и заболеваний суставов разного происхождения. *Ред.*)

Единая рабочая классификация острого ревматизма и заболеваний суставов разного происхождения¹⁾.

V Всесоюзное совещание по ревматизму, подведя итоги проделанных клинико-анатомических изысканий острого ревматизма у детей и взрослых, внесло ряд дополнений в „Единую рабочую классификацию острого ревматизма (болезнь Буйо) и заболеваний суставов разного происхождения“ 1934 г.

В нижеприведенной классификации, разработанной специальной комиссией Всесоюзного комитета по изучению ревматизма и борьбы с ним (председатель проф. В. Т. Талалаев) и принятой на V совещании, острый ревматизм нацело отделен, как нозологическое страдание, от суставных заболеваний различного происхождения. Это отображает в себе, по мнению совещания, научные достижения настоящего и прошлого времени. Приведение этих страданий в одной схеме, в каком-то кажущемся сопоставлении, не оправдывается никакими теоретическими или клиническими соображениями, так как в этио-патогенетическом отношении они не имеют между собой никакой связи. Кроме этого, выделение одного заболевания „ревматизма“ по принципу нозологической очередности, в сопоставлении с заболеваниями суставов, выделяемыми по анатомо-физиологическому принципу, может быть только оправдано желанием преодолеть исторически сложившиеся обобщения суставных страданий в понятие „ревматизм“. Понятие „ревматизм“, „ревматический“ ходом развития учения о ревматизме настолько дифференцировалось, что это обобщение имеет в настоящее время признаки „обывательского“ представления. Приведенный в классификации раздел „заболевание суставов“ как раз и имеет целью преодолеть указанную тенденцию.

А. Ревматизм острый истинный (болезнь Буйо).

1. Кардикальная форма ревматизма с полисерозитами или без них и другими висцеральными поражениями.

1) Ревматический кардит—амбулаторная форма (эндо-мио-кардит).

¹⁾ Получена редакцией 13/VIII от Всесоюзного комитета по изучению ревматизма и борьбе с ним.

- 2) Ревматический панкардит (эндо-мио-перикардит).
 - 3) Ревматический острый полиартрит с ясно выраженным кардитом или панкардитом.
 - 4) Ревматический острый полиартрит с неясно выраженным (немым, миокардитом или эндо-мио-кардитом).
 - 5) Хорея с неясно или ясно выраженным кардитом и другими ревматическими повреждениями.
- 1) Рецидивирующая кардиальная форма ревматизма (см. выше).
 - 2) Рецидивирующий ревматический полиартрит (см. выше).
- III. Хронические резидуальные явления после острого приступа ревматизма.
- 1) Порок сердца.
 - 2) Остаточные явления в суставах и других системах.

Б. Заболевания суставов различного происхождения (острые, хронические).

I. Инфекционные и инфекционно-аллергические артриты.

1) Инфекционные поражения суставов с известной этиологией, после определенных инфекционных заболеваний или при наличии инфекционных очагов (гонорея, туберкулез, сифилис, дизентерия, бруцеллез, брюшной и сыпной тифы, рожа, эпид, цереброспинальный менингит, сепсис и т. д.).

2) Инфекционное поражение суставов неопределенной этиологии, но с ясно выраженным течением (Штиль-Шоффар).

3) Ревматический полиартрит (болезнь Буйо) сюда не входит, как самостоятельная форма страдания суставов и приведен здесь только для полноты перечня страданий суставов, как анатомо-физиологич. системы (пояснения см. выше).

II. Первично-хронические артриты и артропатии.

1) Прогрессирующие злокачественные (анкилозирующий, деформирующий и другие).

2) Доброкачественный (синовиты, мио-артропатии, артралгии, артриты, наблюдаемые при длительных охлаждениях, усиленном мышечном напряжении, вынужденном положении тела и т. п.).

III. Артропатии экзо-и эндогенного происхождения.

1) Экзогенные интоксикации (свинцовые и др.).

2) Эндемические (Бек).

3) Анафилактические (сывороточн. болезнь, алиментарные).

4) Обменные (подагра мочекислая, известковая).

5) Авитаминозные (скорбут и др.).

6) Эндокринные (тиро-токсические, климактерические и т. п.).

7) Гемофилические (и при других диатезах).

7) Эпифизеонекрозы (Пертез, Келлер).

IV. Атропатии дистрофические.

1) Нейродистрофические при поражении центральной и периферической нервной системы (при табесе, сирингомиелии, невритические, при травмах спинного мозга и др.).

2) Атрофические от недеятельности (параличи, повязки).

3) Ангиодистрофические (возрастные, Рейно).

V. Травматические артриты макро и микротравмы).

Примечание: Все указанные виды поражения суставов могут патолого-анатомически протекать при атрофических или экссудативных, пластических, дегенеративных или некробиотических явлениях.

Дополнение.

Поражения других элементов локомоторного аппарата.

1) Фиброзиты (Дюпоитрена и др.).

2) Миозиты и мио-фасциты (тортиколис, люмбаго и др.).

3) Спондило-артриты, спондилиты инфекционного происхождения (туберкулез, сифилис, тифы, сепсис и др.) и спондилозы и спондилоартрозы неинфекционного происхождения (болезнь Бехтерева, Штрюмпель-Мари; деформирующий спондилез и т. п.).

4) Невриты, невралгии (ишиас, радикулиты, люмбо-сакральные плекситы, люмбо-ишиалгии и т. п.), ограничивающие функцию локомоторного аппарата.