

лекарственные препараты, и в первую очередь антибиотики. При назначении АКГТ следует помнить, что он сам обладает сенсибилизирующим действием.

Основываясь на данных о роли гистамина в патогенезе бронхиальной астмы, некоторые докладчики применяли для лечения гистаглобин (комбинацию гистамина с гамма-глобулином). У ряда больных (как у взрослых, так и у детей) получены благоприятные результаты. Однако педиатры находят, что лечение гистаглобином нежелательно в период приступа, а также при наличии острых воспалительных очагов или насаивающейся респираторной инфекции (Т. С. Соколова и А. М. Федотова).

П. Н. Юренев и сотр. (Москва), получив хороший лечебный эффект от гистаглобина и отмечая одновременное нарастание в крови у больных альбуминов, содержание которых до лечения было снижено, предлагают провести клиническую апробацию гиста-альбумина. Докладчики показали, что при бронхиальной астме во время приступов увеличивается содержание в крови нейраминовой кислоты, которая входит в состав «медленно действующего фактора»; таким образом подтверждается роль этого вещества в патогенезе бронхиальной астмы.

Р. И. Титова (Москва) сообщила о снижении минерал-кортикоидной функции надпочечников у больных бронхиальной астмой.

Согласно клиническим и экспериментальным исследованиям В. И. Пыцкого (Москва), при аллергических реакциях снабжение тканей кортизоном может страдать не только из-за снижения функции коры надпочечников, но и из-за увеличения связывания кортизона белками крови и уменьшения способности тканей использовать его.

И. П. Лернер остановился на особенностях клинического течения бронхиальной астмы. Участились заболевания бронхиальной астмой со злокачественным течением, иногда заканчивающиеся смертью. Докладчик наблюдал 5 больных, у которых смерть наступила во время приступа астмы. При гистологическом исследовании легких погибших обнаружены эозинофильные инфильтраты в стенках бронхов и в перибронхиальной ткани, эозинофилы в слизистых пробках, обтурирующих просвет бронхов, что подтверждает аллергическую природу заболевания.

С. Ю. Каганов и Л. О. Вишневецкая (Москва) подтвердили, что летальные исходы во время астматических приступов встречаются у детей не только раннего, но и школьного и дошкольного возраста. У погибших бывают ясно выражены клинические и морфологические проявления хронической бронхопульмональной инфекции, играющей большую роль в летальных исходах при астме у детей.

Причиной смерти больных астмой во время приступа Ю. В. Лапин (Ленинград) считает асфиксию, которая развивается в результате нарушения вентиляционной способности легких вследствие закупорки резко сокращенных или паралитически расширенных бронхов вязким слизистым содержимым.

М. А. Ясиновский (Одесса) и И. П. Лернер (Киев) при комплексном лечении больных астмой рекомендуют применять вначале апробированные медикаментозные средства (эфедрин, адреналин, эуфиллин и др.), воздействовать на интеркуррентные рецидивирующие инфекции дыхательного аппарата, назначать кортикостероиды строго при необходимости, избегая длительного их применения без перерывов. Нужна большая осторожность при назначении антибиотиков, особенно пенициллина; предпочтение надо отдавать сульфаниламидам пролонгированного действия. При выраженной аллергической сенсibilизации лучший клинический эффект достигается при сочетании сульфаниламидных препаратов с гормональными.

Е. Н. Сидоренко (Киев) доложила о результатах специфической десенсибилизации микробными антигенами. Хорошие и удовлетворительные результаты отмечены в 50%.

Ю. А. Порошина (Москва) проводила при сенной астме предсезонную специфическую десенсибилизацию и почти в 70% получила отличные и хорошие результаты.

Представили интерес данные о лечении бронхиальной астмы в условиях высокогорного климата. Лечение больных на базе Эльбрусской участковой больницы дало примерно у 90% хорошие и удовлетворительные результаты (В. Амагунян, Ереван).

При тяжелых формах бронхиальной астмы удаляют каротидные узлы или пересекают легочные ветви блуждающего нерва (Г. А. Сардак и соавт., Винница).

Т. Б. Толпегина (Казань)

УДК 616-002.77-616.72-002-031.13-615.83-615.834

НОВЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПРИ РЕВМАТИЗМЕ И ИНФЕКЦИОННОМ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОМ ПОЛИАРТРИТЕ С ПРИМЕНЕНИЕМ КУРОРТНЫХ ФАКТОРОВ

(Всесоюзная конференция врачей, 12-14/X 1966 г., Евпатория)

По существующим официальным показаниям санаторно-курортному лечению подлежат больные ревматизмом только в неактивной фазе. Однако новейшие исследования отечественных клиницистов и курортологов доказали целесообразность курортного ле-

чения больных ревматизмом и при активности I ст. Для получения более эффективных результатов лечение таких больных должно осуществляться в ревматологических санаториях или специальных клинических отделениях. Курортное лечение в сочетании с противоревматической медикаментозной терапией следует проводить в течение 2—3 лет по 1,5—2 месяца в теплое время года (весенне-летний период). Перед направлением в санаторий больные получают противоревматическое лечение; при этом необходимо санировать очаги инфекции. Опыт, накопленный клиницистами и бальнеологами (В. А. Александров, А. И. Нестеров, В. В. Гук, М. Я. Ясиновский и др.), подтверждает ценность санаторно-курортных факторов в этапном лечении больных ревматизмом. Лечение больных часто рецидивирующими и латентными формами ревматизма в стационаре подчас мало эффективно.

И. Н. Михайлова (Институт ревматизма АМН СССР) и И. Ф. Остапчук (Ялтинский институт физиотерапии и климатологии им. Сеченова) изучали эффективность этапного лечения больных активным ревматическим процессом. На курорте больным назначали воздушные ванны, ночной сон у моря, электрофорез десенсибилизирующих препаратов, а при активности ревматизма не выше I ст. — солнечные облучения, морские ванны или купания. Это лечение весьма эффективно и приводит к улучшению, а у части больных — и к нормализации реактивности организма, улучшению функционального состояния сердечно-сосудистой системы, способствует переходу активного процесса в неактивный.

По данным В. А. Кирснис и Б. С. Яура (Вильнюс), курортное лечение с использованием шадящих бальнеологических методов (хлоридно-натриевые и искусственные сероводородные ванны) оказывает положительное влияние на иммунологическое состояние больных, функциональное состояние сердечно-сосудистой системы и коры надпочечников. Отмечена целесообразность бальнеолечения в сочетании с малыми дозами преднизолона.

Я. И. Савицкая и сотр. (Сочи — Мацеста) при лечении больных ревматизмом в неактивной фазе получили благоприятный результат от сочетанного применения мацестинских ванн с морскими купаниями, воздушно-солнечными ваннами и лечебной гимнастикой.

К. М. Рязанцев (Москва), изучая действие углекислых ванн на содержание Na и K, обнаружил уменьшение или исчезновение нарушения обмена этих электролитов, соответственное клиническому восстановлению компенсации у большинства больных ревматическим пороком сердца с недостаточностью I и II степени после курса лечения.

Л. Я. Верткин (Кисловодск) на основании наблюдений над больными ревматическим митральным стенозом после комиссуротомии пришел к выводу, что санаторно-курортное лечение таким больным показано не ранее чем через 8—10 месяцев после операции при отсутствии данных об активном эндомикардите и выраженных симптомах сердечной недостаточности.

Б. И. Опренко (Одесса) считает, что применение углекисло-радоновых ванн на курорте Куяльник можно рекомендовать при ревматизме в неактивной фазе с поражением клапанного аппарата (в особенности недостаточностью митрального клапана). Если углекислая ванна укрепляет и тонизирует сердечную мышцу, то радоновая ванна нормализует ряд обменных процессов, оказывает десенсибилизирующее, анагезирующее и рассасывающее действие.

С. Я. Кобринская установила, что термальные хлоридно-натриевые воды мойнакского источника (Евпатория) оказывают седативное действие, нормализуют гемодинамические показатели, обменный процесс и обеспечивают хороший терапевтический эффект.

А. М. Ильин отметил благоприятное влияние климатических факторов в сочетании с морскими ваннами на курорте в Феодосии на больных с латентным течением ревматизма.

Э. Ю. Вейнпалу и Л. Э. Вейнпалу (Таллин) успешно применяли эстонскую (хаапсалускую) морскую грязь в комплексе с солено-хвойными или радоновыми ваннами для лечения больных ревматизмом как в неактивной фазе болезни, так и при I ст. активности. Для достижения более высокой эффективности лечения целесообразно включить в лечебный комплекс медикаментозные антиревматические средства.

Доклад А. М. Шепет (Москва) был посвящен лечению больных ревмокардитом. До последнего времени большинство клиницистов придерживалось мнения, что таким больным показан строгий постельный режим до полной ликвидации всех признаков активности процесса. Однако ранее назначение лечебной физкультуры на фоне медикаментозно-гормональной терапии (с учетом активности и характера течения) оказывает положительный эффект. Улучшается ответная реакция на дозированную физическую нагрузку при первичном и возвратном ревмокардите без нарушения кровообращения.

Н. Е. Бояринова (Симферополь) подчеркнула, что в системе этапного лечения и профилактики ревматизма у детей большое значение имеет санаторно-курортная помощь, направленная на восстановление физиологических функций организма. В последние годы расширилась возможность пересмотра и применения определенных санаторно-курортных комплексов в ревматологических детских санаториях. В них получают лечение дети не только в неактивной фазе болезни, но и при латентном течении с ак-

тивностью I ст., а также в определенные сроки после перенесенной атаки со II ст. активности. Комплексное санаторно-курортное лечение детей с латентным течением ревматизма в сочетании с термальными ваннами из мойнакского источника Евпатории оказывает нормализующее действие на ряд патологически измененных функций организма. На фоне улучшения общего состояния восстанавливается функция сердечно-сосудистой системы, нарушенный обмен веществ и иммунобиологические показатели. Поэтому можно мойнакскую воду рекомендовать для лечения детей не только с неактивной фазой ревматизма, но и с латентным проявлением его.

В. И. Долина и сотр. (Евпатория) наблюдали наилучшие результаты у детей при более раннем применении санаторно-курортного лечения — после первого приступа и с меньшей давностью заболевания. У детей с повторными атаками, направленных на курорты в поздние сроки, со значительным поражением сердечно-сосудистой и нервной систем, эффект выражен слабее. Рецидивы ревматизма у больных, получавших санаторно-курортное лечение, протекают легче и возникают гораздо реже. Снижение лечебного действия отмечалось у детей с декомпенсированным тонзиллитом, реже с хроническим холециститом, гайморитом и др. У 6,2% детей с ревматизмом после раннего включения комплексного лечения на Евпаторийском курорте наступило полное клиническое выздоровление.

В. М. Суй и Х. Н. Танн (Таллин) доложили о применении на курортах Эстонии грязевых процедур в чередовании с углекислыми или радоновыми ваннами для лечения детей с сердечно-суставной формой ревматизма через год или спустя 2—4 года после острого приступа без явлений недостаточности кровообращения. При ограничении возможности грязелечения используется препарат гумизоль (из эстонской морской грязи) в виде внутримышечных инъекций по 1 мл ежедневно 20 раз. В большинстве случаев получены хорошие и удовлетворительные результаты.

М. П. Смирнова (Архангельск), основываясь на многолетних наблюдениях на курортах Севера, считает целесообразным лечение на них больных ревматизмом и заболеваниями опорно-двигательного аппарата. Основными лечебными факторами северных курортов являются хлоридно-сульфатно-натриевые воды и иловая грязь.

А. Г. Ибрагимова (Казань) отметила большую эффективность комплексного лечения больных с ревматическими и ревматоидными артритом гормональными, пиразолоновыми и салициловыми препаратами в сочетании с УФЭритами на пораженные суставы, УВЧ на область надпочечников и суставов. В успехе комплексного лечения определенное значение имеет стимулирующее действие физических факторов, под влиянием которых наблюдается увеличение экскреции катехоламинов и кортико-стероидов при пониженном исходном уровне их.

З. А. Субботина и А. С. Лосев (Новосибирск) представили данные о большей эффективности грязеразложения больных артритом на курорте «Озеро Карачи» при сочетании его с введением плацентарной крови.

Н. В. Кублицкая (Москва) поделилась опытом применения функциональной терапии у больных инфекционным артритом. Длительный патологический процесс в суставах при инфекционном артритом постепенно снижает двигательные возможности больных и нередко приводит их к инвалидности. В комплексном лечении таких больных наиболее активным стимулятором движения является самодвижение, систематическое упражнение. С этой целью использовались физические упражнения, приемы активной и пассивной профилактики и коррекции пораженных суставов и мышц, лечебный массаж, трудовые процессы, игры, прогулки, терренкур. Длительная и систематическая функциональная терапия на всех этапах комплексного лечения больных инфекционным артритом оправдала себя вполне положительными результатами и потому может считаться наиболее приемлемой.

По мнению И. И. Хитрик (Москва), больным более молодого возраста с удовлетворительным состоянием сердечно-сосудистой системы при благоприятном течении артрита с преобладанием пролиферативно-экссудативных изменений следует назначать лечебную гимнастику непосредственно после грязевой аппликации. Для больных пожилого возраста с наличием изменений со стороны сердечно-сосудистой системы и при тяжелом клиническом течении артрита целесообразным является применение лечебной гимнастики до грязевой аппликации с часовым разрывом между ними.

А. Г. Ибрагимова (Казань)

XVI НАУЧНАЯ СЕССИЯ ИНСТИТУТА ПИТАНИЯ АМН СССР

(28/XI — 2/XII 1966 г., Москва)

Теория сбалансированного питания, основанная на современных представлениях о роли отдельных веществ в обмене, в последние годы получила чрезвычайно широкое развитие и стала руководящей в деле рациональной организации питания.

Вопросам теории и практики сбалансированного питания и тех нарушений со стороны организма, которые развиваются при отклонениях от него, и была посвящена XVI сессия.