

считаться и принимать меры для их предупреждения и устранения. Автор высказывает ряд положений о рациональной терапии антибиотиками и о мероприятиях по снижению осложнений.

Справедливо подчеркивается значение тщательного опроса больных об осложнениях, наблюдавшихся при антибиотикотерапии, и проведения кожной пробы на чувствительность.

Желательно было бы подробнее осветить побочные явления от бициллинотерапии по наблюдениям не только отечественных, но и зарубежных авторов. Поскольку бициллин (1; 3; 5), обладающий пролонгированным действием, широко используется в качестве эффективного профилактического средства при ревматизме не только в условиях стационара и поликлиники, но и на дому, врачи должны постоянно помнить об осложнениях, иногда очень тяжелых, при бициллинотерапии.

Следующий раздел посвящен побочным действиям нейроплегических средств (аминазина, пропазина, мепазина и др.), резерпина и других препаратов раувольфии, транквилизаторов (мепробомата, амизила и др.), антидепрессантов (ипразида, имизина) и средств, возбуждающих и тонизирующих центральную нервную систему — производных фенилалкиламина (фенамина, первитина и др.) и дифенилметана (пиридрола и меридиала). Психиатр и психотерапевт получают достаточно полное представление об отрицательных действиях перечисленных препаратов и советы для их устранения.

В этом разделе допущены некоторые опечатки (на стр. 104, 106 и 114).

В книге охарактеризованы побочные действия противосудорожных, некоторых холинолитических и ганглиоблокирующих средств. Автору следовало бы коснуться побочных явлений при фубромегане, нашедшем широкое применение в клинике.

В кратком, но хорошо изложенном разделе о побочном действии анальгезирующих, жаропонижающих и противовоспалительных средств особый интерес для практического врача представляет описание побочных явлений при бутадииотерапии и рекомендации для их устранения.

С большим мастерством автор анализирует побочные явления, вызываемые применением АКТГ и кортикостероидных препаратов. Характер побочных реакций, выраженность и продолжительность их зависят не только от фармакологических свойств кортикостероидов, но и от реактивности организма. Опыт их применения показывает, что в большинстве случаев наиболее частые и тяжелые осложнения возникают от нерационального выбора препарата, неправильного назначения однократных и суточных доз, кратности введения, забвения некоторых компонентов комплексной терапии — диеты, витаминов и других медикаментов. Описанные осложнения и побочные реакции не снижают общей положительной оценки терапевтической эффективности АКТГ и кортикостероидных препаратов.

Весьма ценной в этом разделе является таблица, составленная по литературным источникам и собственному опыту автора, отражающая физиологические и патологические состояния и побочные реакции, при которых применение АКТГ и кортикостероидных гормонов противопоказано или должно ограничиваться, а также мероприятия для ликвидации побочных явлений. Досадно, что в книге не нашли освещения побочные действия минералкортикоидов (ДОКА). В этом разделе, как и во всех остальных, не анализируется состояние временной нетрудоспособности от осложнений и побочных действий лекарственной терапии.

Раздел книги о побочном действии противотуберкулезных препаратов изложен кратко. На стр. 205 допущена ошибка. Автор, очевидно, имел в виду назначение теофиллина для предупреждения и устранения коронарной недостаточности, а напечатано «теофедрин».

Книга написана на современном уровне и несомненно нужна практическим врачам различных специальностей.

При переиздании книги целесообразно, по нашему мнению, внести дополнения о побочных действиях и осложнениях при применении антикоагулянтов, минералкортикоидов и витаминов, особенно группы В, с оценкой нетрудоспособности при осложнениях лекарственной терапии.

Доц. М. Н. Фридман (Уфа)

## СЪЕЗДЫ И КОНФЕРЕНЦИИ

УДК 616—002.77

### ВСЕСОЮЗНАЯ РЕВМАТОЛОГИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ

(26—28/XII 1966 г., Москва)

Многие доклады конференции были посвящены проблеме выявления активности ревматического процесса.

И. В. Воробьев и сотр. (Москва) определяли содержание пропердина в крови. При неактивной фазе ревматизма уровень его оказался немного выше нормы, при кар-

диотонзиллярном синдроме и первичном ревмокардите — ниже нормы, при возвратном ревмокардите — значительно выше нормы и еще выше при II и III ст. активности возвратного ревмокардита у больных с митральным стенозом.

М. Н. Тумановский и сотр. (Воронеж) считают наиболее ценными критериями активности ревматизма ускорение РОЭ, реакцию на С-реактивный белок, на серо-мукоид, дифениламиновою реакцию, электрофореграмму белков сыворотки. При остром течении ревматизма эти показатели всегда ярко выражены, при вялом и латентном течении изменяются только 1—2 из них. Поэтому для диагностики имеет значение одно-временное определение ряда показателей в динамике. Это дает возможность решать вопрос о вариантах течения и степени активности ревматического процесса, что определяет тактику лечения, режим больных и их трудоспособность.

А. И. Гефтер (Горький) рассматривает как один из критериев активности ревмокардита нарушение функционального состояния миокарда, устанавливаемое с помощью инструментальных методов исследования и изучения электролитного обмена (падение содержания внутриклеточного К и повышение концентрации ионов Na).

З. И. Малкин и сотр. (Казань) подвели итог многолетнему изучению относительной клинической ценности ряда иммунологических, биохимических и инструментальных исследований у больных ревматизмом и другими коллагенозами. Высокий титр антистрептолизина-О остается важнейшим критерием ревматической природы процесса и его активности. Повышение титра противострептококковых антидезоксирибонуклеаз наблюдалось у 80% больных с активным ревматизмом. Наиболее высокие титры были при остром ревматическом миокардите и полиартрите. Длительно не снижающиеся титры свидетельствуют о прогрессирующем ревмокардите. Сопоставление динамики титров антистрептолизина-О и антидезоксирибонуклеаз не обнаруживает корреляции между ними, но позволяет полнее судить об иммунологических реакциях больного.

У больных ревматизмом отмечается высокое содержание ацетилхолина в крови при различных колебаниях активности холинэстеразы.

Повышение содержания серотонина в крови характерно для ревмоваскулитов.

У больных латентным ревматизмом под влиянием пенициллиновой терапии ускоряется РОЭ и повышается содержание сиаловых кислот в крови. Нормализация этих показателей наступает после десенсибилизирующей терапии (кортикостероиды, салицилаты).

П. Н. Юрнев и Н. А. Колганова (Москва) обнаружили наиболее глубокие расстройства в электролитном обмене при сочетании сердечной декомпенсации с активным ревматическим процессом. Расстройства ионного равновесия К и Na наблюдаются преимущественно во внутриклеточной среде, причем в эритроцитах и миокарде отмечаются, как правило, параллельные процессы. Резкие изменения во внутриклеточном содержании К и Na, по мнению докладчиков, могут служить подспорьем при решении вопроса об активности ревматического процесса.

Т. Ф. Акимова и Е. Н. Нельчинов (Москва) изучали функцию коры надпочечников с помощью нагрузки АКТГ у больных ревматизмом. Функциональные резервы надпочечников при остром и подостром течении заболевания были сохранены или даже повышены, тогда как у больных с затяжным и непрерывно рецидивирующим течением они были значительно снижены.

Н. И. Лукьянова и сотр. (Харьков) нашли повышенное содержание тирозина и фенилаланина в сыворотке крови при активном течении ревматического процесса. После курса антиревматического лечения содержание этих аминокислот закономерно снижалось.

Я. Д. Кригин и сотр. (Черновицы) отметили, что реакция Блэка снижена у 89,5% больных в активной фазе ревматизма. Докладчики рекомендуют ее в качестве дополнительного неспецифического критерия активности ревматизма.

Э. Ш. Халфен и Г. А. Трубников (Астрахань) установили, что иммуноэлектрофоретическое исследование сывороточных белков, особенно при количественном учете выявления сдвигов методом титрованного иммуноэлектрофореза, имеет весьма большое значение для распознавания активности ревматического процесса и уточнения степени его выраженности.

У больных ревматизмом в активной фазе выделение с мочой адреналина и норадреналина оказалось достоверно сниженным (П. С. Кушнир, Черновицы).

Р. Г. Межебовский (Оренбург) различает следующие клинические варианты латентного ревмокардита: 1) нейростения типа циркуляторной дистонии, 2) невроз и аритмия, 3) гипотиреоз, 4) немая форма. Он считает весьма ценными для диагностики скрыто протекающего ревмокардита электрофореграмму белков крови, дифениламиновою реакцию, реакцию на С-реактивный белок, электрокардиограмму и иммунологический анализ по Иоффе. Эти методы приобретают особенно большую ценность при динамическом наблюдении.

Л. З. Лауцевичус и сотр. (Вильнюс) наблюдали больных ревматизмом с поражением дизэнцефальной области. Характерными патологическими симптомами при этом были: температурные асимметрии, гипотермия, нарушения краниокаудальной закономерности, бурная кожная реакция на гистамин и замедленная на адреналин, извращенные ответные реакции пульса и АД на эфедрин, более высокие и асимметричные офтальмодинамометрические показатели. Наиболее частым проявлением ревматического поражения межучточного мозга были вегетативно-сосудистые кризы. У таких больных

часто отмечается гипотиреоз с замедленным и длительно-повышенным накоплением радиоактивного йода в щитовидной железе, а также довольно высокий уровень кортикостероидных метаболитов и катехоламинов в моче, слабая или извращенная реакция надпочечников на стимуляцию АКТГ.

Более выраженные нейроэндокринные нарушения бывают у больных с латентным и затяжным течением ревматизма, со скудной клиникой поражения сердца. Пороки сердца у таких больных встречаются значительно реже и текут более доброкачественно. Больные предъявляют много жалоб. Противоревматическое лечение малоэффективно.

Я. Я. Гордон и сотр. (Ташкент) пришли к выводу, что клиника нейроревматизма эволюционировала в сторону учащения более легких и стертых клинических форм, склонных к непрерывному течению. Нередко ревматический процесс начинается с поражения нервной системы. Почти у всех больных, страдающих той или иной формой нейроревматизма, обнаружены аутоантитела к мозговой ткани.

По данным Б. П. Куселевского и Н. К. Светлаковой (Свердловск), первично латентный митральный стеноз без субъективных проявлений обычно находят у практически здоровых молодых людей при массовых осмотрах, а также при рецидивах ревматизма или расстройствах сердечной деятельности. Этот вариант развития ревматизма уже в первом послевоенном десятилетии встречался в два с половиной раза чаще, а во втором — у подавляющего большинства больных.

Более чем у половины больных ревматическими пороками, погибших в возрасте старше 35 лет, был установлен первично-латентный вариант их развития без клинически и патологоанатомически выраженной активации ревматизма при частом сочетании с гипертонической болезнью и атеросклерозом.

М. Г. Астапенко и сотр. (Москва) уточнили диагностику суставной и висцеральной форм инфекционного неспецифического полиартрита. При висцеральной форме могут быть ознобы, высокая или гектического типа лихорадка, резкие боли в животе, кровотечения, различные высыпания на коже и пр. У этих больных часто наблюдается бледность кожных покровов, выраженная атрофия мышц, лимфоденопатия, резкое похудение. Поражение суставов у них множественное. Быстро развивается значительная костно-хрящевая деструкция и анкилозирование при сравнительно скромном поражении периартикулярных тканей.

И. Е. Сперанская (Москва) у 55 из 200 больных инфекционным полиартритом выявила достаточно четко выраженные признаки поражения миокарда. Нарушение сократительной функции миокарда подтверждалось изменением фаз систолы и изменениями БКГ. Установлены нарушения проводимости и возбудимости. Докладчица рассматривает изменения в миокарде как сочетание воспаления и дистрофии.

На конференции был сделан ряд докладов о клинике и диагностике ревматизма у детей.

**Ф. Т. Красноперов, С. И. Щербатенко (Казань)**

УДК 616.281

## КОНФЕРЕНЦИЯ ВСЕРОССИЙСКОГО НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ТЕРАПЕВТОВ, ПОСВЯЩЕННАЯ 50-ЛЕТИЮ СОВЕТСКОЙ ВЛАСТИ

(26—28/I 1967 г., Москва)

Конференцию открыл министр здравоохранения РСФСР В. В. Трофимов. Действ. член АМН СССР проф. Е. М. Тареев осветил роль школы российских терапевтов в развитии медицинской науки. Проф. П. Н. Юренин подвел итоги организации терапевтической службы Российской Федерации за годы Советской власти. Действ. член АМН СССР проф. П. Е. Лукомский выступил с докладом «50 лет советской кардиологии». Развитию гастроэнтерологии посвятил свой доклад действ. член АМН проф. В. Х. Василенко. В докладе чл.-корр. АМН СССР проф. М. С. Дульцина были подытожены успехи советской гематологии.

Вторая часть конференции была посвящена наиболее актуальным вопросам нефрологии.

Е. М. Тареев остановился на характеристике основных почечных синдромов (острая анурия — уремия, хроническая уремия, нефрологический синдром, синдром злокачественной гипертонии), а также на более редко встречающейся острой недостаточности почечных канальцев. Большое значение в диагностике он придает пункционной биопсии почек и изотопной ренографии (для определения односторонней патологии).

Академик Б. В. Петровский всесторонне осветил проблему трансплантации почек. Основным показателем для трансплантации является терминальная стадия хронической почечной недостаточности, а также ренопривные состояния. Докладчик располагает 24 собственными наблюдениями. При трансплантации имеет большое значение