

часто отмечается гипотиреоз с замедленным и длительно-повышенным накоплением радиоактивного йода в щитовидной железе, а также довольно высокий уровень кортико-стероидных 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. Кушелевского 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 похудание. Поражение суставов у них множественное. Быстро развивается значительная костно-хрящевая деструкция и анкилозирование при сравнительно скромном поражении периапартулярных 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. Юренев 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 гипертензии), а также на более редко встречающейся острой недостаточности почечных канальцев. Большое значение 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

тканевая совместимость. Необходим правильный подбор донора и реципиента. Усиленно разрабатывается проблема пересадки трупной почки.

Проф. М. Я. Ратнер и Ю. В. Наточина нашли, что наряду с гипоальбуминемией в генезе нефротического отека принимает участие изменение строения интерстиция. Выявлена отчетливая роль Na в патогенезе злокачественной гипертензии больных нефритами. По данным докладчиков, изогипостенурия при хронической почечной недостаточности является следствием органического поражения механизма осмотического концентрирования; усиленный калийурез коррелирует с повышением дистальной реабсорбции Na.

А. Я. Ярошевский (Ленинград) обратил внимание на высокий процент диагностических ошибок (12,6%) при хроническом нефрите, на отсутствие у половины больных в анамнезе острого нефрита. Необходимо более широкое применение в диагностике рентгенологических методов и пункционной биопсии. Возможно сочетание гломеруло- и пиелонефрита. В лечении, помимо обычно применяемых средств, при резистентности к гормонам рекомендуются цитостатики (имуран, 6-меркаптоурин).

Проф. В. В. Серов на богато иллюстрированном материале показал роль базальной мембраны и ее повреждения в процессах нарушения фильтрации. Процесс реабсорбции, по его данным, состоит из двух компонентов — канальцевого и лимфатического.

А. Я. Пытель и И. Н. Кучинский отметили трудности хронического гемодиализа в связи с недостаточной четкостью знаниями патогенеза хронической почечной недостаточности. К тому же перитонеальный диализ легче переносится, чем гемодиализ.

По данным Л. Р. Полянской и сотр. (Москва), при заболеваниях почек (особенно в острой стадии процесса и выраженных дистрофических и некротических изменениях в почках) в крови и особенно в моче больных появляется трансамидиназа — митохондриальный фермент почек. В то же время заметно повышается активность неспецифических цитоплазматических ферментов. Более показательна степень ферментурии, чем ферментемии.

Н. А. Мухин (Москва) отметил важную роль ретикулоэндотелиальной системы в патогенезе амилоидной дистрофии и тормозящее действие резохина на ее развитие.

На ведущую роль в патогенезе амилоидного поражения почек диспротеинемии с накоплением в сыворотке больных грубодисперсных белков указали М. Г. Малкина и сотр. (Москва). По их мнению, поражение почек — это лишь реакция на состояние диспротеинемии и диспротеиноза.

З. А. Бондарь и Г. П. Алиджанов (Москва) подчеркнули, что более частое и глубокое изменение функционального состояния почек происходит у больных циррозом печени, особенно в асцитической стадии; у больных хроническим гепатитом эти изменения менее выражены. Докладчики связывают изменение функции почек при хронических заболеваниях печени с нарушением почечного кровообращения.

Исследования П. Я. Григорьева и сотр. (Благовещенск) показали, что поздний токсикоз беременности может являться причиной развития хронического нефрита, в связи с чем необходимо усилить профилактику этого страдания.

А. В. Иванова (Свердловск) у 70% больных большими коллагенозами обнаружила изменения со стороны почек, причем чрезвычайно разнообразные — от небольшой протеинурии и микрогематурии до тяжелого нефрита, нередко с недостаточностью функции почек. При узелковом периаартериите они особенно выражены. В лечении основное место принадлежит высоким дозам кортикостероидов.

В. А. Насонова (Москва) выявила поражение почек у 58,3% больных красной волчанкой. Прогрессирование почечной патологии находится в прямой зависимости от остроты течения болезни и степени аутоиммунных нарушений. Необходима длительная комплексная кортикостероидная и медикаментозная терапия.

О. М. Виноградова (Москва) изучала поражения почек при периодической болезни. При этом страдании патология почек в основном обусловлена амилоидозом, развивающимся в 38%. Клинические проявления поражения почек весьма разнообразны и включают в себя «богатый» мочевой осадок, в большинстве случаев сочетающийся со стойкой гематурией.

Е. И. Тареева и М. А. Потекаева (Москва) установили, что поражение почек у части больных красной волчанкой протекает по типу диффузного гломерулонефрита смешанной формы (с нефротическим и гипертоническим компонентом). Морфологически при этом (пункционная биопсия) определяется экстракапиллярный продуктивный гломерулонефрит. Более разнообразна морфологическая картина при поражении почек по типу диффузного гломерулонефрита с выраженным и умеренным мочевым синдромом.

В диагностике ранних стадий амилоидоза, по мнению Д. Г. Равич, пункционная биопсия приобретает значение ведущего диагностического приема. Нефробиопсия важна также для определения формы и стадии поражения.

Диагностические возможности метода радиоизотопной ренографии обсуждались в докладах В. Г. Спесивцевой и В. И. Бурцева (Москва), В. А. Лещинского и В. В. Трусова (Ижевск). Полученные данные позволили сделать вывод о преимуществе метода радиоизотопной диагностики в выявлении ранних признаков почечной недостаточности. Метод дает возможность определить не только функциональное состояние каждой почки, но и отдельных частей нефрона. Метод может быть использован для контроля за эффективностью лечения.

Детальному обсуждению был подвергнут вопрос лечения больных хроническими нефритами и хронической почечной недостаточностью.

М. Я. Ратнер, В. В. Серов и сотр. (Москва) наилучшие результаты лечения кортикостероидами получили при остром затянущемся гломерулонефрите. При хроническом нефрите у ряда больных удавалось достичь многолетних ремиссий, особенно при мембранозном типе. Хуже поддается воздействию пролиферативно-фибропластический тип. Рекомендуются повторные курсы введения кортикостероидов.

Н. А. Ратнер и сотр. (Москва) отметили, что при рациональном применении комбинаций кортикостероидов, тиазидовых диуретиков, альдактона, полиглюкина на фоне гипонатриевой диеты достигается диуретический эффект и исчезновение отеков. даже так называемых «рефрактерных» нефротических.

М. С. Игнатова и сотр. (Москва) считают целесообразным одновременное назначение альдактона и больших доз преднизолона (2 мг на 1 кг веса больного) у детей с нефротической формой нефрита. При этом необходим тщательный биохимический контроль за состоянием водно-минерального обмена.

И. Н. Усов (Минск) показал, что у детей с нефротическим синдромом при лечении кортикостероидами, помимо изменения обмена Na и K, нарушается также и фосфорнокальциевый обмен, усиливается декальцификация.

Г. П. Шульцев (Москва), применив у 50 больных с хронической почечной недостаточностью анаболические стероидные гормоны (метандростенолон, дианабол, неробол), не наблюдал четкого противоазотемического действия этих препаратов: было только некоторое повышение аппетита, увеличение веса, уменьшение болевых ощущений. Докладчик обратил внимание на нежелательные действия анаболических гормонов (задержка жидкости и соли, появление или усиление отеков, некоторое возбуждающее и вирилизующее влияние).

З. С. Баркаган и сотр. (Барнаул) поделились опытом применения гидрохлорида Е-аминокапроновой кислоты у больных острым и хроническим гломерулонефритом с упорной гематурией. Лечение проводилось курсами в 3—5 дней. Препарат взрослым давали внутрь по 2,0 через 3 часа. Эффект положительный.

И. А. Пронченко и сотр. при лечении больных со злокачественным гипертоническим синдромом и нефротическим отеком придают большое значение диете с резким ограничением натрия (300—500 мг в сутки). Резкое ограничение белка (до 20,0) и дозированное ограничение натрия — 3,0—5,0 (при отсутствии отеков и гипертонии) оказались эффективными у больных с хронической почечной недостаточностью.

М. М. Мендельсон и сотр. (Москва) тщательно проследили отдаленные результаты (от 2 до 5 лет) у 100 больных, перенесших постабортную острую почечную недостаточность и леченных методом гемодиализа. В эти сроки исчезли практически все патологические симптомы почечного страдания. Восстановилась функциональная способность почек. Менструальная функция нормализовалась уже на 2—4-м месяце от начала заболевания, после чего были благополучно протекавшие беременности и роды.

Н. Н. Коновалова и О. И. Моисеева (Ленинград) предлагают в комплексном лечении «почечных анемий» при хронической почечной недостаточности назначать кобальт.

Я. П. Цаленчук (Москва)

УДК 616—053.2—617

II ВСЕСОЮЗНЫЙ СИМПОЗИУМ ДЕТСКИХ ХИРУРГОВ И I СИМПОЗИУМ ДЕТСКИХ ХИРУРГОВ ПРИБАЛТИЙСКИХ РЕСПУБЛИК

(2—4/II 1967 г., Рига)

II Всесоюзный симпозиум детских хирургов был посвящен хирургической патологии почек у детей. По данным Ю. Ф. Исакова, В. Н. Ермолина, В. И. Державина и И. В. Казанской (Москва) пороки мочеполовой системы составляют 35—40% всех аномалий развития у детей. К этому следует добавить, что они часто являются причиной гибели еще в периоде новорожденности. Своевременное распознавание пороков развития почек представляет определенные затруднения, так как большинству аномалий почек, лоханок, мочеточников и мочевого пузыря свойственны одинаковые формы клинических проявлений. В настоящее время урологи располагают значительным выбором рентгенологических и хирургических методов исследования. Наиболее распространенный из них — внутривенная (экскреторная) урография. Докладчики в последнее время начали применять инфузионную урографию, она дает ценную информацию о функциональном и морфологическом состоянии почек при различных патологических процессах в верхних мочевыводящих путях. В последние годы стали внедряться в практику такие методы обследования, как почечная ангиография и урорентгенокинематография.