

СЪЕЗДЫ И КОНФЕРЕНЦИИ

ПЕРВЫЙ ВСЕСОЮЗНЫЙ СЪЕЗД РЕВМАТОЛОГОВ

(26—29/1 1971 г., Москва)

Диагностика

О трудностях диагностики говорили все докладчики, подчеркивая, что ранняя диагностика определяет лечебную тактику, течение и исход заболевания. А. И. Нестеров (Москва) отметил, что диагноз ревматизма ставят обычно на том этапе болезни, когда патологический процесс преодолел резервы адаптации и болезнь получила клиническое выражение. Он рекомендует тщательно изучать инфекционный анамнез, минимальные проявления болезни при субэкстремальных воздействиях на организм больного, используя иммунологические и биохимические реакции в динамике, кардио-васкулярный синдром.

Г. В. Матулионене и сотр. (Каунас) указывают, что в диагностике сенсibilизации организма при ревматизме нельзя опираться только на результаты кожных проб, так как внутрикожные реакции могут быть ложноположительными. Основную роль играют 3 фактора: неспецифическое раздражающее действие аллергена, неспецифическая чувствительность кожи и аллергияция организма.

И. Д. Мишин и А. Ф. Ермалинский (Минск) ставили реакцию связывания комплекта в целях обнаружения в моче специфического для ревматизма антигена. У больных активным ревматизмом в начале заболевания реакция, как правило, положительная, при других заболеваниях — положительная в 3—4% случаев.

Н. С. Кисляк (Москва) подчеркнул, что определение электрического сопротивления позволяет получить объективную информацию о тонких воспалительных изменениях в биологических жидкостях. Для ранних стадий развития ревматизма характерно увеличение электрического сопротивления крови с первых дней заболевания с выраженной тенденцией нарастания к 10—14-му дню от начала болезни. Для активной фазы ревматизма характерно закономерное увеличение электрического сопротивления цельной крови (125—170 ом), плазмы (56—66 ом), эритроцитов (1000—1800 ом). Определение электрического сопротивления крови способствует ранней диагностике при вялом и скрытом течении ревмокардита. У некоторых больных изменение сопротивления предшествовало клиническим проявлениям. В неактивной фазе ревматизма сопротивление нормализуется.

По данным Н. К. Долгих и сотр. (Воронеж), из объективных симптомов у больных первичным ревмокардитом особенно часто встречались: систолический шум (98,7%), расширение границ сердца (76,5%), приглушение тонов (62,9%) и тахикардия (37%).

П. С. Мощич (Киев) считает, что решающим моментом в диагностике вяло текущего ревматизма у детей должна являться обоснованная констатация кардита или недостаточности митрального клапана в процессе динамического наблюдения над больным.

Р. Э. Мазо и сотр. (Минск) снимали у спящих детей, больных ревматизмом, ФКГ и ЭКГ. В ряде случаев ЭКГ, снятая во время сна, позволяет выявить поражения миокарда, не обнаруживающиеся в период бодрствования. То же получено и при изучении ФКГ.

По данным З. И. Малкина и сотр. (Казань), высокий титр антистрептолизина-0 является одним из важных критериев активности ревматизма, особенно при вяло текущем и декомпенсированном ревмокардите. При ревматизме наблюдается патологическая динамика как истинной ацетилхолинэстеразы, так и сывороточной холинэстеразы.

О. М. Буткевич (Москва) выделил основные и дополнительные критерии диагноза септического эндокардита. К основным он отнес: лихорадку неправильного типа с повышением температуры до 38,5—40°, с ознобами и потливостью; пятна Лукина на конъюнктиве; узелки Ослера на ладонной поверхности рук; кардит, признаки очагового или диффузного миокардита; тромбозы сосудов мозга и внутренних органов; слененомегалию; диффузный хронический гломерулонефрит; повторно выделенную гемокультуру; к дополнительным — петехии, симптом Кончаловского, резкое исхудание, артриты мелких суставов и артралгии, септические пневмонии, плевриты и др.

М. Г. Астапенко (Москва) находит, что в первые 6 месяцев болезни суставная форма инфекционного артрита протекает с симптомами, встречающимися в ранней стадии артритов любого инфекционного или аллергического происхождения.

Дифференциальная диагностика затрудняется отсутствием специфических тестов, а также серонегативностью и рентгеногегативностью на ранних стадиях болезни.

О. Шульгоф (Венгрия) указал, что у больных первично-хроническим полиартритом наряду с общеизвестной утренней скованностью медленно восстанавливается температура пальцев после их охлаждения. Этого не отмечено при других заболеваниях суставов.

Исследованиями В. Н. Павловой (Москва) установлено, что в активную фазу инфекционного неспецифического полиартрита в синовиальной жидкости отчетливо

выражен сдвиг вправо (преобладание сегментированных лейкоцитов) с одновременным появлением покровных синовиальных клеток, теряющих способность к продукции кислых полисахаридов, но обладающих активной макрофагальной функцией.

И. Е. Сперанская (Москва) отметила, что ревматоидный кардит у больных инфекционным неспецифическим полиартритом протекает с умеренными субъективными проявлениями, без выраженной недостаточности кровообращения, без существенных изменений размеров сердца, и заканчивается через 6—8 месяцев. Наиболее убедительными признаками ревматоидного аортита следует считать систолический шум над аортой и данные комплексного рентгеновского обследования — расширение восходящей аорты, увеличение аортальных зубцов на рентгенокинограмме.

Н. Н. Воробьева и сотр. (Новосибирск) выделили смешанную вирусную флору от больных системой красной волчанкой. Наиболее выраженная и длительная вирусемия наблюдалась при остром и подостром течении при высокой степени активности волчаночного процесса. Присоединение вирусемии отягощает течение болезни. Докладчики считают возможным допустить, что одной из причин длительности вирусемии является пониженная способность организма к продукции интерферона.

М. А. Осипова (Москва) нашла, что в развитии геморрагического синдрома при системной красной волчанке у детей важная роль принадлежит не только изменениям сосудистой стенки — васкулитам, но и усилению фибринолиза, увеличению антикоагулянтной активности крови.

Лечение

Г. И. Цинцадзе и сотр. (Тбилиси) изучали действие кверсалина (салицетина) и бруфена при ревматизме. Кверсалин (по 2,5 в сутки в течение 30 дней) и аспирин действуют идентично, но при аспирине диспепсические явления более выражены. Бруфен (по 200 мг 3 раза в день в течение 30 дней) обладает более сильным анальгезирующим, жаропонижающим и противовоспалительным действием, чем бутаддион.

А. П. Чернышева и сотр. (Новосибирск) наблюдали хороший терапевтический эффект у больных ревматизмом при внутримышечном введении рибонуклеазы, а А. А. Катанян и А. А. Оганесян (Ереван) отметили значительное улучшение у больных ревматизмом с затяжным длительным течением от применения на протяжении 2—5 лет хинолиновых препаратов.

В. А. Харланова и сотр. (Ленинград) включили в комплексное лечение ревматизма (особенно при вялом течении, мерцательной аритмии, недостаточности кровообращения II—III ст.) внутривенное капельное введение 5% раствора альбумина и получили положительный эффект.

М. П. Артамонова и сотр. (Новокузнецк) с успехом применяли хлористый марганец при инфекционном неспецифическом полиартрите.

В. А. Аладашвили (Тбилиси) и сотр. рекомендуют для лечения больных ревматоидным полиартритом инъекции биохинола или бисмоверола в обычных дозах.

А. А. Демин и сотр. (Новосибирск) считают наиболее эффективным методом терапии волчаночной нефропатии применение больших доз (60—80 мг) преднизолона на протяжении многих месяцев. Для лечения очагового нефрита достаточно 30—40 мг преднизолона.

Г. Я. Гуобис и сотр. (Вильнюс) испытывали румалон (Швейцария) при деформирующем остеоартрозе. Достигнут хороший клинический эффект, но существенных сдвигов в рентгенограммах и лабораторных показателях не наступило. Румалон весьма эффективен при псевдostenокардитическом синдроме у больных с поражением позвоночника.

Доц. С. И. Щербатенко (Казань)