

Съезду в виде тезисов были представлены материалы по снижению и предупреждению общей и местной лучевой реакции организма нейротропными препаратами (новокаином и пентоксилом) при лучевой терапии (проф. М. Х. Файзуллин, Е. И. Чиждова, И. Х. Галимов — Казань).

Были также представлены материалы по гамматерапии рака пищевода (Ш. М. Бейбутов — Баку). Автор получил хорошие ближайшие результаты от лечения у большей части больных при суммарной очаговой дозе 7000—9000 г.

По всем обсужденным вопросам съезд принял развернутое решение. Были избраны новый состав Правления Всесоюзного общества рентгенологов и радиологов и ревизионная комиссия. В состав Правления от ТАССР вошли засл. деятель науки ТАССР проф. Д. Е. Гольдштейн и проф. М. Х. Файзуллин.

А. Ф. Адриановский, Д. Е. Гольдштейн, М. И. Гольдштейн,
Я. Б. Миттельберг, Б. З. Сухоруков, М. Х. Файзуллин.

Поступила 20 января 1959 г.

І ВСЕРОССИЙСКИЙ СЪЕЗД ТЕРАПЕВТОВ

В Москве с 8 по 13 декабря 1958 г. проходил І Всероссийский съезд терапевтов. Повестка дня была максимально приближена к нуждам практической деятельности врачей-терапевтов. Помимо организационных вопросов, подробному разбору подверглись вопросы диагностики и лечения сердечно-сосудистых заболеваний, болезней почек и печени и так называемой «коллагеновой болезни».

В докладе «Диагностические и патогенетические грани между гипертонической болезнью и атеросклерозом» действительный член АМН СССР проф. А. Л. Мясников поделился результатами многолетних исследований Института терапии АМН СССР. Как известно, гипертоническая болезнь и атеросклероз часто сочетаются между собой. Установлена значительная общность между гипертонией и атеросклерозом в семейно-наследственном отношении. Обе болезненные формы трудно разграничить по времени их возникновения, и обе они начинаются в более молодом возрасте, чем обычно думают. Нельзя решить вопрос, предшествует ли гипертония атеросклерозу, или наоборот. Скорее можно сделать вывод, что оба болезненных процесса развиваются параллельно. Для обеих заболеваний характерен общий биохимический фон. Нервное перенапряжение как этиологический фактор фигурирует в равной мере как при гипертонической болезни, так и при атеросклерозе (по крайней мере, атеросклерозе коронарных артерий). Взаимоотношения гипертонической болезни и атеросклероза с патогенетической точки зрения представляются более сложными, нежели это обычно принимается. Оба этих болезненных процесса могут влиять друг на друга и в сторону стимуляции, и в сторону торможения. В связи с этим можно сформулировать два положения. Гипертоническая болезнь и атеросклероз — две различные по своей природе болезни, возникающие у определенного круга людей, находящихся в близких условиях среды, и они взаимно влияют на течение болезненного процесса.

Существует единая болезнь, проявляющаяся в одних случаях гипертонией, в других — атеросклерозом, чаще всего и тем и другим синдромом одновременно или последовательно.

Вопросу выявления тонких биохимических изменений в крови посвятили доклад З. И. Малкин, Н. Д. Морозова, В. М. Зайцев, И. Л. Билич и В. Е. Анисимов — «Электрофоретические исследования белковых фракций сыворотки крови при заболеваниях сердечно-сосудистой системы и их клиническое значение». У 350 больных ревматизмом, атеросклерозом, коллагенозами систематически исследовались белковые и липопротеиновые фракции крови. Полученные результаты, свидетельствующие о типичной диспротеинемии, выражающейся преимущественно в динамических изменениях альбуминовой, α -2-глобулиновой и γ -глобулиновой фракций белков, позволили авторам констатировать ряд закономерностей этих изменений при заболеваниях сердечно-сосудистой системы, которые, в комплексе диагностических исследований, могут являться важными дифференциально-диагностическими тестами.

Исключительное внимание уделялось на съезде инструментальным методам исследования — баллистокардиографии, векторэлектрокардиографии, кимографии сердца.

В докладе «Клиническое значение баллистокардиографии при заболеваниях сердца» (свыше 2200 баллистокардиограмм) проф. А. И. Гефтер убедительно продемонстрировал большое значение баллистокардиографии как дополнительного метода исследования функционального состояния миокарда. Докладчик констатировал, что у клинически здоровых людей старше 50-летнего возраста часто отмечаются выраженные изменения БКГ, свидетельствующие о латентно протекающем атеро-

склерозе венечных сосудов сердца. БКГ является ценным дополнительным методом диагностики грудной жабы.

Проф. Л. М. Рахлин и Б. З. Аккерман показали, что у лиц, страдающих коронарной недостаточностью после вдыхания под оксигемометрическим контролем бедной кислородом смеси возникают отчетливые и медленно исчезающие изменения в БКГ, в то время как на ЭКГ симптомы коронарной патологии могут при этом и не обнаруживаться.

Сравнительно новому методу исследования — векторэлектрокардиографии было посвящено специальное заседание. В ряде докладов подтверждена диагностическая ценность векторэлектрокардиографии, в частности — пространственных векторных петель *QRS* и *T*.

Функциональная диагностика сердца с помощью различных нагрузочных проб (преимущественно модификаций пробы Мастера) также была широко отображена на съезде.

Специальное пленарное заседание было посвящено лечению сердечно-сосудистых заболеваний.

Проф. Д. Д. Яблоков (Томск) поделился опытом применения некоторых новых сердечных средств у больных с недостаточностью кровообращения, развившейся на почве клапанных пороков сердца, кардиосклероза, хронических легочных заболеваний, тиреотоксикоза, заболеваний почек. По его мнению, новые препараты — эризид, эризимин, сиренид, диланизид, дигипурен, коргликон — являются активными сердечными средствами и должны быть шире внедрены в лечебную практику. Препараты, полученные из желтушника и сирении (эризид, эризилин, сиренид), обладают строфантино-подобным действием, но по сравнению со строфантином они менее токсичны, в малых и средних дозах обладают менее выраженным сосудосуживающим действием, практически не обладают кумулятивными свойствами. Указанные препараты не ухудшают коронарного кровообращения, и поэтому их следует (предпочтительно перед наперстянкой) применять при лечении сердечной недостаточности у больных со стенокардией, инфарктом миокарда, ревматическим коронаритом. Новые препараты дигиталиса — диланизид и дигипурен — оказывают сходное действие с известными ранее препаратами наперстянки. Диланизид вводится в вену от 0,5 до 2 мл и должен строго индивидуализироваться. Дигипурен назначается внутрь по 10—15 капель 2—3 раза в сутки. Коргликон обладает меньшим эффектом, чем строфантин, эризид и сиренид. Олиторизид — глюкозид из семейства липовых — по характеру действия приближается к строфантину и может быть рекомендован при нерезко выраженной степени недостаточности кровообращения.

Проф. Н. С. Молчанов (Ленинград) сообщил об изучении действия некоторых средств при гипертонической болезни. Он отметил, что препараты преимущественно периферического адрено- и симпатолитического действия (болотная сушеница, редергам) оказались недостаточно эффективными. Из препаратов, блокирующих синапсы и нарушающих передачу импульсов через симпатические ганглии, гипотензивный эффект обнаружили тетамон и нанофин. Но этот гипотензивный эффект у больных с I и II стадиями гипертонической болезни был кратковременным и непостоянным. Из препаратов центрального действия — смирновин, раупин, серпазил, резерпин — наиболее эффективны препараты раувольфии и серпазил. Другие гипотензивные препараты — фенатан-фосфат и тио-фенатин — значительно уступают препаратам раувольфии. Новокаин-амид, кроме постоянного и кратковременного гипотензивного эффекта, оказался более полезным при различных расстройствах сердечного ритма, особенно при купировании приступа пароксизмальной тахикардии. При гипотонии наиболее действенны препараты корня женьшеня и дезоксикортико-стерон-ацетат.

Проф. Б. П. Кушелевский (Свердловск) в своем докладе вновь подчеркнул, что для более широкого внедрения антикоагулянтов в практику районных лечебно-профилактических учреждений необходимы дальнейшее упрощение и унификация методики исследования протромбина. Он считает, что антикоагулянты следует применять у всех заболевших инфарктом миокарда и, по возможности, в первые дни развития коронаротромбоза. Это предупреждает образование тромбов в полостях сердца и тромбоэмболические осложнения, снижая частоту последних в 10 раз, а летальность — в 6 раз, по сравнению с не леченными антикоагулянтами. Докладчик рекомендовал шире применять антикоагулянты у больных гипертонической болезнью, сопровождающейся стенокардией, особенно одновременно с препаратами раувольфии. Он считает, что лечебно-профилактическое применение антикоагулянтов при ревматических митральных пороках сердца вполне обосновано теоретически и вполне оправдано практически, так как предупреждает частые тромбозы и эмболии как полостей сердца, так и сосудов большого, и особенно малого круга.

Проф. А. А. Багдасаров с сотрудниками сообщил, что для характеристики активности свертывающей системы крови и влияния на нее различных антикоагулянтов необходимо не только определять протромбин, но и использовать другие тесты, отражающие изменения отдельных компонентов свертывающей системы, таких, как скорость рекальцификации плазмы, толерантность к гепарину, тромбиновое время,

фибриноген плазмы и др. Докладчики рекомендуют применять дикумарин при инфаркте миокарда длительно, в течение не менее 2 месяцев, чтобы предупредить послеперикардиальные тромбозы и эмболии.

Проф. С. В. Шестаков и Н. В. Печенина (Куйбышев — обл.) поделились результатами успешного применения антикоагулянтов при инфарктах легких, а также после операции комиссуротомии при митральном стенозе для предупреждения эмболий и тромбозов.

Проф. В. С. Нестеров (Воронеж) говорил о комплексном лечении стенокардии. Применяя метил-тестостерон и тестостерон-пропионат вместе с никотиновой кислотой для лечения грудной жабы, он отмечал у значительного числа больных под влиянием этого лечения урежение приступов болей.

Проф. А. Г. Терегулов и В. Ф. Богоявленский, основываясь на результатах успешного лечения атеросклероза липокантическим гормоном поджелудочной железы — «липоканном», остановились на некоторых вопросах патогенеза атеросклероза. В результате применения липоканна авторы констатировали снижение уровня холестерина, нормализацию липопротеиновых фракций крови и основного обмена веществ. Одновременно наблюдалось улучшение общего состояния больных, что выражалось в урежении или исчезновении приступов грудной жабы, динамике рентгенотеле- и кимографических показателей. Авторы подчеркнули, что в патогенезе атеросклероза ведущую роль играют липопротеиновые комплексы α - и β -липопротеины, динамика которых гораздо точнее характеризует волнообразность течения атеросклероза, чем холестерин крови.

Заслуживает внимания доклад проф. Р. М. Ахрем-Ахремовича (Омск) «Клинические наблюдения над применением нового сердечного глюкозида — фругозида при недостаточности кровообращения». Препарат применялся внутривенно по 1 мл 0,05% раствора в глюкозе 1—2 раза в день. Положительные результаты были получены при систематическом применении фругозида в случаях хронической сердечно-сосудистой недостаточности у больных с митральными пороками, с поражением миокарда и т. д. Фругозид оказывает благоприятное воздействие на сердечный ритм, практически не обладает кумуляцией. Применение фругозида противопоказано при брадикардии, при эндокардитах с наклонностью к эмболиям.

Я. Д. Кричин и М. Л. Тараховский (Черновицы) рекомендуют ганглиолитики — тетамол и гексонат — для лечения I и II стадий гипертонической болезни.

Действительный член АМН СССР проф. В. Н. Виноградов и И. И. Сивков в докладе «О показаниях к митральной комиссуротомии» разработали с исключительной тщательностью ряд показаний к оперативному лечению наиболее часто встречающегося из приобретенных пороков сердца — митрального стеноза.

По их материалам, наилучшие результаты митральная комиссуротомия дает лишь у больных с выраженным митральным стенозом или при значительном преобладании стеноза над недостаточностью митрального клапана. Точное определение характера и степени поражения митрального клапана, изучение состояния других клапанов сердца и магистральных сосудов, миокарда и сосудов малого круга кровообращения требуют проведения у этих больных тщательного и всестороннего исследования с использованием всех имеющихся диагностических средств.

При выраженных кардиосклеротических и пневмосклеротических изменениях с явлениями длительного и стойкого нарушения кровообращения митральная комиссуротомия не дает удовлетворительных результатов.

Выраженная недостаточность митрального клапана, а также значительное поражение других клапанов у больных митральным стенозом служат противопоказаниями для митральной комиссуротомии. Противопоказанием является и активность ревматического процесса. Оперативное вмешательство у таких лиц возможно лишь не раньше, чем через 2—3 месяца после проведения активной противоревматической терапии и нормализации РОЭ.

Вяло текущий ревматический процесс не является противопоказанием для комиссуротомии, но как до, так и после операции необходимо проводить активную противоревматическую терапию.

Специальное пленарное заседание было посвящено диагностике и лечению заболеваний почек. Основной доклад М. С. Вовси и М. Я. Ратнер «О методах исследования и лечения больных нефритом» изобилует всесторонними, разнообразными данными исследования функции почек. Докладчики отметили эффективность диеты с ограничением белка (0,4—0,5 на 1 кг веса) и соли (не больше 1 г в сутки) при отечном и гипертоническом синдромах, выражавшихся не только в общеклиническом улучшении, но и в нормализации биохимических сдвигов в крови.

Съезд уделит внимание диагностике и лечению заболеваний печени, в частности некоторым новым методам, позволяющим точнее судить о функциональном состоянии печени. Е. В. Чернышева (Москва) отметила в своем докладе, что прижизненным морфологическим исследованием печени методом аспирационной пункции возможно определить дистрофические, инфилтративные, воспалительные, регенераторные, цирротические и неопластические ее изменения.

Л. Д. Линденбрaten (Ленинград) считает крупнейшим достижением современной рентгенологии метод внутривенной холеграфии (холангиохолецистографии). Этот метод позволяет у подавляющего числа больных при элементарной простоте подготовки без осложнений и в короткие сроки получить рентгеновское изображение системы желчных путей.

С целью определения нарушений в системе воротной вены в настоящее время применяют метод контрастного рентгенологического исследования — спленопортографию. Это исследование заключается во введении путем пункции контрастного вещества (70% кардиотраста) в паренхиме селезенки, откуда он быстро распространяется по венам портальной системы, что и фиксируется на серии рентгено-снимков. В. В. Виноградов (Москва) сообщил в докладе, что, пользуясь этим методом, можно установить расширение сосудов портальной системы, сужение их просвета, выявить пути окольного кровообращения. На основании полученных данных можно диагностировать цирротические поражения печени, тромбозы воротной вены и ее ветвей, сдавление воротной вены опухолью и т. п.

Ценным методом является и лапароскопия. В трудных в дифференциально-диагностическом отношении случаях она позволяет правильно распознавать заболевания печени.

Большое внимание привлекло обсуждение проблемы коллагенозов (доклады проф. Е. М. Тареева, А. И. Струкова и др.).

Под этим названием объединяется группа страданий, в основе которых лежит распространенное поражение межклеточного вещества соединительной ткани и входящего в ее состав белка — коллагена. Коллагеновые болезни, или коллагеноз, — понятие не нозологическое, а патогенетическое.

К коллагеновым болезням относят ревматизм, ревматоидный артрит, системную красную волчанку, нодозный периартериит, склеродермию, дерматомиозит.

С точки зрения клинициста, коллагенозы представляют из себя неспецифическую реакцию организма, или неспецифический синдром, полиэтиологического и, как правило, неинфекционного происхождения. Упорно рецидивирующее течение с развитием дистрофии (амилоидная, жировая дистрофия, кахексия) или недостаточности отдельных органов (почек, сердца, легких) определяет, главным образом, тяжесть, течение, частоту и исходы коллагенозов. На другом полюсе неспецифических реакций организма можно поставить такие легкие, преимущественно, функциональные ее формы, как синдром Рейно, ангионевротический отек, крапивница и др., связанные, однако, различными переходными формами с тяжелыми коллагенозами.

При всех коллагеновых болезнях общим морфологическим признаком поражения соединительной ткани является так называемое фибриноидное изменение соединительной ткани, биохимическая и гистогенетическая сущность которого до настоящего времени еще не может считаться разрешенной.

Помимо фибриноидного изменения соединительной ткани, наблюдается глубокая дезорганизация коллагена и межклеточной аморфной субстанции в сочетании с выраженными, в той или иной степени, клеточными реакциями. Характер последних может быть неодинаков при различных коллагеновых болезнях, и они вообще могут отсутствовать, в то время как изменения межклеточного вещества соединительной ткани являются постоянными. Таким образом, сущность морфологического понимания коллагеновых болезней должна основываться не столько на изучении клеточных реакций, сколько на изучении парапластических субстанций и на их морфологических и биохимических изменениях.

В связи с деструктивными изменениями межклеточных компонентов наблюдается повышение тканевой и сосудистой проницаемости, а также развитие изменений сосудов разного калибра, типа васкулитов.

Существует тесная взаимосвязь коллагеновых болезней с измененной реактивностью организма. Преобладание аллергического компонента в коллагеновых болезнях выявляется клеточными реакциями. Малая выраженность клеточных реакций является, в известной мере, доказательством ослабления или отсутствия аллергического компонента в данных проявлениях коллагеновых болезней.

Среди обстоятельств, predisposing к коллагенозам, большую роль играет конституциональная или приобретенная неполноценность не столько гипофизарно-надпочечниковой, сколько гипофизарно-половой системы, в частности недостаточность лютеостимулирующего гормона и гормона желтого тела.

Наиболее общими клиническими симптомами, характерными для поражения коллагеновой ткани, следует считать увеличение количества гиалуронидазы в крови, увеличение количества моноцитов в лейкоцитарной формуле и малое выделение прогнандиола с мочой.

В комплекс лечебных мероприятий при коллагенозах должны быть включены, помимо адренокортикотропного гормона, и другие средства, влияющие на эндокринную систему, в первую очередь прогестерон, нередко метилгестерон, эстрогенные препараты и средства, регулирующие функцию щитовидной железы. В отдельных случаях необходимо применять не адренокортикотропный гормон и кортизон, а дезо-

ксикортикостерон. Дозировка всех этих средств должна быть строго индивидуализирована и, в частности, в зависимости от состояния высшей нервной деятельности больного.

Специальное заседание съезда было посвящено обсуждению доклада главного терапевта Минздрава РСФСР проф. К. Я. Шхвацабая: «Заболеваемость населения РСФСР важнейшими внутренними болезнями».

С отчетом Правления общества выступил председатель общества проф. А. Л. Мясников. Во вновь избранное правление общества от Татарской АССР выбран проф. З. И. Малкин.

**В. Е. Анисимов,
В. Ф. Богоявленский**

I ВСЕРОССИЙСКИЙ СЪЕЗД ХИРУРГОВ

С 15 по 22 декабря 1958 г. в Ленинграде проходил I Всероссийский съезд хирургов. Программными вопросами съезда были: 1) перитониты и их лечение и 2) закрытые травмы черепа. На секционных заседаниях были рассмотрены вопросы детской хирургии и анестезиологии. Отдельное заседание проведено по теме: «Новое в хирургии».

I. Проф. В. С. Левит в программном докладе о перитоните отметил, что за последние годы количество перитонитов, особенно послеоперационных, заметно уменьшилось. Наблюдается их нарастание за счет прободных язв желудка, желчнокаменной болезни и других заболеваний, при уменьшении за счет аппендицитов.

Операция при перитоните должна быть самой срочной и состоять в ликвидации первичного очага, с удалением гнойного содержимого из брюшной полости. Повторные операции при послеоперационных перитонитах позволили значительно снизить летальность.

Профессора Б. А. Петров, В. С. Левит и многие другие докладчики рекомендовали чаще применять зашивание брюшной полости наглухо вставлением в различные участки брюшной полости тонких хлорвиниловых или резиновых дренажей для последующего систематического введения туда антибиотиков.

В докладе проф. Н. В. Соколова и Т. П. Тихоновой было подчеркнуто, что лечение больных перитонитом должно проводиться комплексно и последовательно направляться на мобилизацию защитных сил организма.

Проф. Н. В. Соколов и Т. П. Тихонова так же, как и проф. Б. А. Петров и А. А. Беляева, считают, что два признака должны лечь в основу деления перитонитов — источник возникновения и срок развития болезни.

II. По проблеме травм черепа проф. Д. А. Арапов в своем докладе указал, что в нашей стране ежегодно регистрируется свыше 100 000 случаев травм мозга, тогда как в США ежегодно их более полмиллиона. Высокий процент смертности и инвалидности после этого вида травм придает ему актуальность.

Действ. член АМН проф. В. Н. Шамоу считает, что деление закрытых травм по старой классификации Пти на сотрясение, ушиб и сдавление остается целесообразным. Все больные с закрытой травмой головы подлежат госпитализации и наблюдению невропатолога, и около 8—10% из них — оперативному лечению.

При эпидуральных и субдуральных кровоизлияниях необходимы трепанация черепа и удаление кровяных сгустков и мозгового детрита. Для диагностики субдуральных кровоизлияний показано наложение фрезевых отверстий на месте подозреваемого кровоизлияния. При обширных субарахноидальных кровотечениях из базальных цистерн кровь может затекать в желудочки мозга, обуславливая их тампонаду. Кровоизлияния в 100—120 см³ крови могут быть смертельны.

За расширение хирургической активности при закрытых травмах черепа высказались в своих докладах профессора Д. А. Арапов (Москва), В. П. Радужкевич (Воронеж) и другие докладчики. Показаниями к операции следует считать не только диагностируемые гематомы и вдавление отломков костей при переломах, но и нарастающий отек мозга, кровоизлияния в желудочки и другие осложнения.

Проф. Ф. Г. Углов и И. М. Мамедов (Ленинград) установили, что в остром периоде при закрытой травме повышается венозное и снижается артериальное давление. Изменение венозного давления является более чувствительным показателем состояния больного, чем изменение давления спинномозгового. Применение околопочечной новокаиновой блокады у 300 больных с закрытой травмой черепа явилось наиболее эффективным и безопасным методом лечения.

Г. М. Мюллер (Ленинград) на основе клинических наблюдений считает, что при свежих повреждениях головного мозга шейная новокаиновая вагосимпатическая блокада эффективна в борьбе с головными болями, и, в известной степени, предупреждает развитие в последующем травматической энцефалопатии.