

вершено не уделяется должного внимания профилактике рахита у детей дошкольного и школьного возраста, а также систематическому лечению остаточных явлений перенесенного рахита. По его мнению, боязнь гипervитаминоза D при правильной дозировке витамина D надо считать преувеличенной. Докладчик предложил пересмотреть классификацию рахита, принятую VI Всероссийским съездом детских врачей в 1947 г., и представил для обсуждения новую, вносящую некоторые дополнения к принятой сейчас.

К. А. Святкина (Казань) подняла вопрос о точном учете заболеваний рахитом, рациональном питании детей раннего возраста, об усилении антенатальной профилактики его; об обязательном и полном охвате специфической профилактикой всех детей на первом году жизни; о мерах закаливания детского организма; о повседневном контроле за проведением всех профилактических мероприятий по рахиту. Огромное значение в плане борьбы с рахитом занимает вопрос ранней диагностики, диспансерного обслуживания больных, правильно проводимого лечения.

В остальных докладах по рахиту сообщалось об особенностях его в Заполярье, на восточном и западном Памире, о диагностике рентгенологических изменений при осложненном и вторичном рахите, об изменениях белковых фракций сыворотки крови, о микроэлементах и щелочной фосфатазе, об изменениях нервной системы при рахите, о применении цитрата для профилактики рахита и др.

В. А. Завьялова (Горький) доказала положительное влияние витамина B₆ на процессы обмена, химический состав и морфологическое строение печени при рахите и рекомендовала применение пиридоксина в комплексной его терапии.

По проблеме нефропатии был заслушан 41 доклад. Профессор М. Г. Закс (Ленинград), охарактеризовав физиологические особенности почек у детей, остановился, главным образом, на роли функциональной незрелой почки в регуляции обменных процессов у ребенка раннего возраста при болезненных состояниях.

А. А. Валентинович (Ленинград) выделяет, кроме общепринятых основных форм («чистый» липоидный нефроз, острый и хронический нефрит), часто встречающиеся в последние годы мало симптомный вялотекущий нефрит и гематурический нефрит. По его клиническому течению было выделено три формы: типичная, гиперергическая форма (тяжелая); атипичная (легкая) и гематурическая.

В. П. Ситникова (Воронеж) доложила о нефротическом синдроме у детей. При этом процессе основные патологические изменения находятся в базальной гломерулярной мембране. Заболевание характеризуется массивной протеинурией, гипопротеемией, гиперлипемией, значительными отеками.

Нефротический синдром может развиваться при хроническом и остром диффузном гломерулонефрите, при воздействии некоторых химических веществ, при системных заболеваниях (амилоидозе, красной волчанке).

Р. М. Мамиш (Казань) сообщила о гипо- и диспротеинемии при различных почечных заболеваниях у детей в ходе болезни.

С. Я. Долецкий (Москва) остановился на вопросах поздней диагностики и госпитализации детей с хирургическими заболеваниями органов мочевой системы. Эти больные составляют 8—15% в соматических детских больницах из-за сходства симптомов при инфекционно-аллергических и хирургических заболеваниях мочевых органов. Педиатр обязан в упорных случаях изменений со стороны мочи при безуспешности консервативного лечения безотлагательно направить больного на урологическое обследование.

Об опухолях почек и надпочечников у детей доложил А. Е. Звягинцев (Москва). Опухоли почек и надпочечников составляют 25—30% всех опухолей у детей и встречаются преимущественно в раннем детском возрасте. Они часто принимаются педиатрами за сплено- и гепатомегалию в связи с рахитом, малярией и т. д., что затягивает специальное исследование ребенка, нуждающегося в срочном лечении. При лечении опухолей почек и надпочечников лучшим способом является комбинированный — предоперационная рентгенотерапия, хирургическое удаление опухоли, послеоперационная рентгенотерапия в комбинации с химиотерапией.

Одно заседание съезда было посвящено организационным вопросам. Было избрано правление общества в составе 54 человек. От казанских педиатров в состав правления избран проф. Ю. В. Макаров, председателем Всероссийского общества детских врачей вновь избран проф. А. Ф. Тур.

В. К. Мельникова (Казань).

ПРОБЛЕМЫ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ НА XI ВСЕРОССИЙСКОМ СЪЕЗДЕ ТЕРАПЕВТОВ

(8—12/XII 1964 г., Москва)

А. Л. Мясников (Москва) представил классификацию недостаточности сердца (миокарда, а не кровообращения в целом). Выделяется две формы по физиологическому принципу — недостаточность выброса (пропульсивной энергии сердца) и недостаточность притока (поступления крови к сердцу) и две формы по патогенетическому прин-

ципу — недостаточность перенапряжения (гиперстеническая форма) и недостаточность повреждения (астеническая форма). По преимущественной локализации поражения сердца автор выделяет левожелудочковую, правожелудочковую и смешанные формы. Выделяются формы недостаточности миокарда по ее течению: I стадия — компенсированная; II — декомпенсированная обратимая; III — декомпенсированная необратимая.

В. Х. Василенко (Москва), основываясь на большом клиническом материале, рекомендует определенный план исследований для распознавания ранних признаков сердечной слабости. Эти признаки можно разделить на три группы: а) признаки, обнаруживаемые при непосредственном клиническом исследовании (признаки рефлекторного, функционального и относительно морфологического происхождения); б) признаки изменений периферического кровообращения, функций органов и данные специальных проб, в) признаки, определяемые инструментальными методами (рентгенологические и поликардиографические).

С. Г. Моисеев и Н. Н. Варигина (Москва) указали, что наиболее частыми причинами, вызывающими недостаточность левого сердца, являются: 1) гипертонические состояния различного происхождения и прежде всего гипертоническая болезнь, 2) атеросклеротический кардиосклероз, 3) ревматический порок сердца — сужение левого атриовентрикулярного отверстия, 4) сифилитический мезоаортит с недостаточностью аортальных клапанов, 5) инфаркт миокарда, особенно обширный, трансмуральный, 6) острый гломерулонефрит.

Для правого же сердца: 1) массивная легочная тромбоэмболия, 2) долго продолжающаяся пароксизмальная тахикардия у больных с измененной сердечной мышцей. Реже 1) массивная крупозная пневмония, 2) инфаркт правого желудочка сердца и 3) сужение левого атриовентрикулярного отверстия.

Высшая степень острой недостаточности сердца — внезапная полная остановка его, ведущая к смерти, — развивается при острой коронарной недостаточности у больного с уже возникшим инфарктом или когда инфаркт еще не успел развиться; при разрыве сердца, обычно на почве инфаркта миокарда; при тромбоэмболии легочной артерии; при расслаивающей аневризме аорты. Факторами, провоцирующими развитие острой недостаточности сердца, чаще всего бывают: предшествующие физические напряжения, нервно-психические напряжения и возбуждения, переполнение желудочно-кишечного тракта, особенно поздно на ночь.

По мнению Г. Д. Залеского с сотрудниками (Новосибирск) в механизме развития недостаточности кровообращения при ревматизме большое значение имеют поражения миокарда, вызванные аутоиммунными реакциями в нем.

Б. П. Кушелевский и Е. Д. Рождественская (Свердловск) сообщили об угнетении функции противосвертывающей системы крови и снижении ее фибринолитической активности у больных ревматизмом. Поэтому они считают целесообразным и необходимым применение у больных с активным ревматизмом гепарина и непрямых антикоагулянтов. Эта терапия снимает резистентность к сердечным гликозидам, а также улучшает эффект мочегонных средств. Среди леченных антикоагулянтами тромбозы и эмболии развивались в 6 раз реже, чем в контрольной группе, а летальность оказалась в 3,5 раза ниже.

Наблюдения И. А. Черногорова и М. С. Бакуменко (Москва) показали, что анти-тиреодная терапия (метилтиоурацил, мерказолин), улучшая обменные процессы в миокарде, играет важную роль в лечении сердечной недостаточности и восстановлении функций декомпенсированного миокарда.

Е. И. Тареев (Москва) указал, что в лечении сердечной недостаточности при больных коллагенозах решающее значение приобретает противовоспалительная терапия стероидами, которая вызывает снижение активности процесса в миокарде. Это лечение должно сочетаться с бедной натрием диетой, мочегонными и т. д.

По мнению Б. Б. Коган и И. Г. Даниляк (Москва), при лечении больных с легочной сердечной недостаточностью лечебные мероприятия при декомпенсации имеют своей целью снизить давление в малом кругу кровообращения прямым воздействием на сопротивление в легочных артериолах (эуфиллин), борьбу с бронхо-легочной инфекцией (антибиотики), устранение бронхоспазма (бронхолитические препараты). Хороший диуретический эффект наблюдается у этих больных под влиянием сульфонамидов (диамокс, фонурит).

З. И. Малкин, С. И. Щербатенко, А. Г. Ибрагимова, В. И. Новичков (Казань) нашли при благоприятном течении ревматических миокардитов и эндокардитов стойкое и значительное повышение ацетилхолина при нормальном или нерезко повышенном уровне холинэстеразы и нормальном уровне катехоламинов, при неблагоприятном течении — высокое содержание ацетилхолина и низкий уровень холинэстеразы и катехоламинов. Тяжелая декомпенсация ведет к резкому снижению уровня холинэстеразы и катехоламинов.

Данные, полученные Г. А. Клименко и О. И. Сергеевым (Москва), свидетельствуют о том, что функция коры надпочечников по продукции гидрокортизона снижена при III ст. сердечной недостаточности. Можно предположить два пути развития гипofункции коры надпочечников: 1) нарушение функции печени вследствие гемодинамических расстройств ведет к замедлению инактивации гидрокортизона с последующим угнетением кортикотропной функции гипофиза инактивированным гормоном, длительное время циркулирующим в крови; 2) в условиях нарушенной гемодинамики и

гипоксии развивается реакция напряжения с постоянной стимуляцией гипофизадреналовой системы, которая ведет к истощению коры надпочечников.

Л. М. Рахлин, Л. А. Лушникова, Д. М. Узбекова (Казань) сообщили о преимуществах непрерывного лечения больных с мерцательной аритмией препаратами наперстянки с назначением после устранения выраженной недостаточности сердца поддерживающих малых доз препарата ежедневно. Наилучшие результаты получены при лечении изолянидом.

Л. А. Лещинский (Ижевск) располагает изучавшиеся им глюкозиды по силе «кардиотонического» эффекта в следующем порядке — строфантин К, корхорозид А, олиторизид, цимарин, эризимин. При лечении сердечными гликозидами в сочетании с хлористым калием, наряду с нормализацией сдвигов в электролитном обмене, наблюдался положительный клинический эффект и благоприятная динамика гемодинамических показателей. Наиболее хорошие результаты получены при лечении больных клапанными пороками.

И. Г. Салихов (Казань)

ВСЕСОЮЗНАЯ РЕВМАТОЛОГИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ

(14—16/XII 1964 г., Москва)

С большим программным докладом «Научные основы и перспективы профилактики ревматизма и его рецидивов» выступил действительный член АМН СССР проф. А. И. Нестеров.

В профилактике ревматизма докладчик выделил четыре главных направления:

1. Воспитание высокого уровня естественного иммунитета среди широких масс населения, прежде всего среди детей, молодежи.

2. Устранение или снижение интенсивного стрептококкового окружения путем осуществления санитарно-гигиенических мероприятий, выявления и лечения носителей стрептококковой инфекции.

3. Проведение плановой борьбы с развившейся стрептококковой инфекцией и сопровождающей ее аллергической реактивностью.

4. Осуществление плановой противострептококковой и противоаллергической профилактики.

Система бициллино-медикаментозной профилактики рецидивов ревматизма согласно разработанной А. И. Нестеровым инструкции широко применяется и оправдала себя. В настоящее время требуется дальнейшее исследование в области усовершенствования методов профилактики ревматизма.

Ряд делегатов доложил об успешном применении бициллино-медикаментозной профилактики ревматизма среди детей. Наблюдение авторов на протяжении 3—4 лет свидетельствует о том, что в группе детей, получавших бициллино-медикаментозную профилактику весной и осенью, число рецидивов ревматизма снижалось в 2—4 раза.

Следует отметить недостаточное снабжение периферии бициллином. Ю. К. Купчинскас и С. Г. Кабашинкене (Каунас) применяли взамен бициллина антибиотик широкого спектра действия, в основном тетрациклин, и отметили снижение частоты рецидивов.

Сотрудники Института ревматизма АМН СССР, а также и другие докладчики нашли безусловно эффективной в отношении снижения количества рецидивов ревматизма и уменьшения числа интеркуррентных заболеваний бициллино-медикаментозную профилактику по методу А. И. Нестерова среди взрослых.

М. Я. Ясиновский (Одесса) проводил противорецидивное лечение ревматизма назначением салицилатов и пиразолоновых средств на протяжении трех недель и добивался год от года значительного снижения числа рецидивов ревматизма и дней нетрудоспособности.

И. Д. Мишенин (Минск) подчеркнул роль санации очаговой инфекции в профилактике и лечении ревматизма. Он указал на важность сочетания противорецидивного лечения ревматизма с санацией миндалин.

А. И. Гефтер с сотрудниками (Горький) отметил, что при проведении бициллино-медикаментозной профилактики рецидивов ревматизма у больных с пороком сердца, в особенности при недостаточности кровообращения, необходимо применять и соли калия.

З. И. Малкин с соавторами (Казань) большое значение в профилактике ревмокардита придает комплексному лечению антибиотиками и кортикостероидами или салицилатами. Санация при этом остается обязательным условием профилактики рецидивов ревмокардита.

Активная профилактика обострений ревматического миокардита не должна быть стереотипной, но адекватной индивидуальной динамике патологического процесса.

О новом дюрантном антибиотике — бициллине-5 доложили А. Ю. Болотина с соавторами (Москва). Предлагается вводить детям до 8 лет бициллин-5 один раз в 3 недели по 600 тыс. ед., детям 8-летнего возраста и старше — 1200—1500 тыс. ед. один раз в 4 недели, взрослым — один раз в 4 недели в дозе 1500 тыс. ед.