

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.

РАБОЧАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ И НОМЕНКЛАТУРА ИНФЕКЦИОННОГО НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО ПРОГРЕССИРУЮЩЕГО АРТРИТА

Таблица 1

Клинико-анатомические формы ¹	Течение болезни	Степень активности болезни	Функция суставов
1. Преимущественно суставные формы: а) артрит, полиартрит б) болезнь Бехтерева в) ювенильный артрит	а) острое, подострое, хроническое б) быстро прогрессирующее в) медленно прогрессирующее	1. Активная фаза а) минимальн. активн. б) умеренная активн. в) высокая активн. 2. Неактивная фаза	1. Сохранена 2. Нарушена а) Профессион. трудоспособн. сохранена а) Профессион. трудоспособность утеряна в) Утеряна возможность самообслуживания
2. Суставно-висцералн. формы: а) поражение суставов и почек б) поражение суставов и легких в) поражение сердца и сосудов г) поражение нервной системы д) «септическая форма» е) болезнь Стилла ж) синдром Фелти			
3. Комбинированные формы: а) инфектартирит и обменно-ди- строфический артрит б) инфектартирит и ревматизм в) инфектартирит в сочетании с другими коллагенозами			

¹ С преобладанием экссудативных, экссудативно-пролиферативных, пролиферативно-анкилозирующих проявлений болезни.

КРИТЕРИИ И СТЕПЕНИ АКТИВНОСТИ ИНФЕКТАРТИТА

Таблица 2

Критерии и симптомы	Степени активности		
	0 неактивная	I минимальная	II умеренная
Утренняя скованность	Отсутствует	Небольшая кратковрем. (до 30 мин)	Довольно выраженная в течение нескольких часов
Боли в суставах	Отсут. или периодич. слабые	Слабые при движениях	Умерен. в покое и при движениях
Экссудативн. явления в суставах	Отсутств.	Небольшие, нестойкие	Резко выражены, стойкие
Болевое ограничение движений	Отсутств.	Слабо выражены	Значит. выражено
Поражение висцеральных органов	Отсутств.	Отсутств.	Активный процесс в висцер. органах
Ревматоидные узелки	Отсутств.	Отсутств.	Могут наблюдаться
Температура	Нормальная	Нормальная	Высокая
Колич. лейкоцитов	Нормальное	Нормальное	Может быть лейкоцитоз
РОЭ	Нормальная	Норм. или снижена	Значит. ускорена
Другие лабораторные показатели активности (ДФА, СРБ, фибриноген, α_2 и γ -глобулин)	Нормальное	Слегка повышен.	Значит. повышены

Бициллин-5 хорошо переносится, не дает побочных реакций.

Докладчики, обсуждавшие санаторно-курортное лечение в Сочи, Ялте и Евпатории (С. Р. Татевосов с соавторами, Ялта; М. В. Коханович, Н. В. Бояринова, Симферополь; О. Д. Соколова-Токомарева с соавторами, Москва; А. Г. Зверева, Сочи и др.), считают необходимым наряду с мерами, направленными на подавление стрептококковой инфекции, использовать климато-бальнеологические факторы при индивидуальном подходе для предупреждения рецидивов ревматизма и купирования латентного течения заболевания.

Д. Д. Лебедев (Москва) отметил, что неспецифическая профилактика ревматизма должна строиться по линии выработки иммунитета. Для этого важно правильное вскармливание ребенка, правильная организация его режима, закаливание и занятия физкультурой с раннего возраста.

Л. В. Иевлева с соавторами (Москва) доложила о первом опыте бициллино-медикаментозной профилактики рецидивов (обострений) инфекционного неспецифического (прогрессирующего) полиартрита. Авторы разделили больных на 2 группы. В основной группе на фоне ежедневного приема 0,25 (1 табл.) резохина в течение 3 лет больные весной и осенью получали курс бициллина по 600000—800000 ед. раз в неделю (6 инъекций за курс) с одновременным приемом 2,0 аспирина ежедневно.

В контрольной группе, одновременно с аналогичным курсом резохина, больные весной и осенью получали только один аспирин по той же методике, что и в основной группе. У больных основной группы по сравнению с контрольной количество обострений очаговой инфекции и интеркуррентных заболеваний было в 2,5 раза меньше.

О состоянии заболеваемости ревматизмом и организации борьбы с ним доложил заместитель начальника Главного управления лечебно-профилактической помощи Министерства здравоохранения СССР А. В. Шелепин. В настоящее время число кардиоревматологических учреждений возросло до 106. Благодаря работе кардиоревматологических и ревматологических кабинетов улучшилось качество обслуживания больных ревматизмом, практические врачи стали шире применять комплексную гормонально-медикаментозную терапию. Уменьшилось число больных ревматическими пороками сердца. Важным мероприятием в борьбе с ревматизмом у детей явилось увеличение числа коек в специализированных санаториях для больных детей.

Выступающие в прениях отметили, что для снижения заболевания ревматизмом необходимо расширить сеть кардиоревматологических учреждений с привлечением к массовым профилактическим мероприятиям педиатров, школьных врачей, медицинских работников общемедицинской сети. Требуется настойчивая работа терапевтов и педиатров, микробиологов и эпидемиологов по разработке и проведению совместных мероприятий по борьбе с ревматизмом.

После работы конференции состоялся симпозиум по проблемам классификации и номенклатуры ревматизма и инфекционного (прогрессирующего) полиартрита.

А. И. Нестеров предложил новую классификацию ревматизма и подробно остановился на критериях активности ревматического процесса.

Второй доклад А. И. Нестерова и М. Г. Астапенко был посвящен классификации и номенклатуре инфекционного неспецифического (прогрессирующего) полиартрита (см. табл. 1).

Авторы считают, что наиболее важным является определение степени активности болезни, и для этой цели предложили выработанные ими критерии активности инфекционного неспецифического (прогрессирующего) полиартрита (см. табл. 2).

С. И. Щербатенко (Казань)

ПРОБЛЕМА АРИТМИЙ СЕРДЦА

(по материалам пленума правления Всесоюзного кардиологического общества)

(17—19/XII 1964 г., Ленинград)

В работе пленума принимало участие более 400 специалистов из городов всех союзных республик. С докладами выступило 127 чел.

В. В. Парин и В. М. Федоров (Москва) экспериментально установили, что при неглубоких нарушениях проводимости в развитии аритмий сердца основное значение принадлежит блуждающим нервам. На высоте же развития аритмий, связанных с тяжелым инфарктом миокарда, эффекты влияния блуждающих нервов исчезают. Авторы указывают, что всесторонний анализ значения нервной системы в механизмах нарушения и нормализации сердечной деятельности возможен лишь при учете функционального состояния сердца и особенностей межсистемных взаимоотношений целостного организма в динамике развития заболевания.

Ф. З. Меерсон и В. И. Капелько (Москва) установили, что увеличение уровня сократительной функции сердца повышает автоматизм его проводящей системы. При этом важное значение имеют два взаимосвязанных фактора — увеличение тонуса симпатического отдела нервной системы и прямое влияние гиперфункции на метаболизм клеток проводящей системы. Эти факторы действуют через одно общее конечное звено,