

ВТОРОЙ ВСЕРОССИЙСКИЙ СЪЕЗД ФИЗИОТЕРАПЕВТОВ И КУРОРТОЛОГОВ

(21—25/V 1968 г., Сочи)

Съезд открыл зам. министра здравоохранения РСФСР Е. И. Кузнецов.

В. В. Полторанов (Москва) сообщил, что в предстоящую пятилетку предусматривается дальнейший значительный рост сети санаторно-курортных учреждений и баз отдыха. Широкое развитие получат в первую очередь курорты на Урале, в Сибири, на Дальнем Востоке, в средних районах Российской Федерации, где идет интенсивный рост промышленности и численности населения.

Проф. А. Н. Обросов (Москва) подчеркнул, что физиотерапия, признаваемая ранее в качестве сугубо неспецифической, в настоящее время с полным основанием рассматривается как терапия патогенетическая, действующая избирательно на различные стороны патологического процесса.

В. А. Скрипниченко и Р. А. Яковлева (Москва) указали на важность решения вопроса санаторного лечения детей, страдающих хронической пневмонией, бронхиальной астмой, последствиями полиомиелита, параличей центрального происхождения, и этапного лечения неспецифического полиартрита и остеомиелита.

Большое внимание было уделено профилактике заболеваний.

Проф. Н. И. Сперанский (Москва) отметил, что необходимо различать профилактику возникновения сердечно-сосудистых заболеваний и профилактику неблагоприятного течения болезни. Седативная терапия (электросон, радоновые ванны) положительно влияет на обменные нарушения и проявления невроза у больных с пре-склерозом.

Мацестинские ванны способствуют нормализации процессов обмена, кровообращения и нейро-эндокринной регуляции функций организма при атеросклерозе (М. М. Шихов и сотр., Сочи). В процессе лечения мацестинскими ваннами происходят существенные изменения в содержании гепарина, бета-липопротеидов, липолитической активности сыворотки крови.

Э. В. Багиева (Кисловодск) представила данные о высокой эффективности курортного лечения в комплексе с общим ганглерон-электрофорезом при коронарном атеросклерозе со стенокардией, протекающем на фоне невыраженного невротического состояния.

Н. А. Глаголева и сотр. (Москва) считают, что при коронарокардиосклерозе с наличием стенокардии электрофорез гепарина и эуфиллина можно рассматривать как метод патогенетической терапии, о чем свидетельствует улучшение показателей свертывающей и антисвертывающей систем крови, а также и сократительной функции миокарда.

Л. А. Левина (Новосибирск) на большом количестве больных показала эффективность электрофореза платифиллина (по поперечно-диагональной методике на область сердца) при коронарном атеросклерозе в ишемической и фиброзной стадиях. При этом у трети больных ЭКГ выявила нормализацию зубца Т и сегмента ST.

Т. И. Тарасенко (Ленинград) разработала технику электрофореза лидокаина и лигнокаина в зоны гиперальгезии при кардиалгиях и наблюдала полное исчезновение болей у ряда больных после 6—8 процедур.

В. С. Маракулин и Г. Р. Хоменко (Москва) при комплексном лечении лиц пожилого возраста с сосудистыми заболеваниями головного мозга получили хорошие результаты от электрофореза эуфиллина по методике С. Б. Вермеля. При остром нарушении мозгового кровообращения электрофорез эуфиллина применяли после внутримышечных инъекций диафилина в течение 8—10 дней. Наряду с клиническим улучшением отмечена тенденция к нормализации АД, положительная динамика ЭКГ и других физиологических и биохимических показателей.

А. Г. Гуницкий (Ленинград) на основании реоэнцефалографических показателей и клинических наблюдений пришел к выводу, что при сосудистых заболеваниях головного мозга целесообразно применять электрофорез эуфиллина по глазнично-затылочной методике.

Н. И. Сперанский и сотр. (Москва) показали эффективность электросна у больных гипотонической болезнью, функциональными нарушениями сердечно-сосудистой системы, обусловленными неврастением и первичной дисэнцефальной патологией, ревматоидным полиартритом, в генезе которых лежат нарушения центральной нервной системы и системы гипофиз — кора надпочечников.

О. Н. Орлова, В. В. Каров и Е. И. Кучина (Горький) у лиц с плевритом и перикардитом как осложнением после операций на сердце по поводу ревматического митрального стеноза и врожденных пороков сердца с 4—10-го дня после операции применяли электрофорез Са и К. Курс лечения включал 10 процедур. В результате сокращались сроки клинического проявления синдрома и длительность пребывания больных в стационаре, полностью исключалась опасность рецидивов.

А. В. Туев и др. (Пермь) при лечении больных гипертонической болезнью I Б и II А ст., аэрозолями хлориднонатриевой бром-йодной воды отметили улучшение пока-

зателей ЭКГ, плетизмографии и картины периферической крови, нормализацию альбумино-глобулинового и калий-кальциевого коэффициентов, снижение уровня холестерина и фибриногена. Результаты были выше при сочетанном применении аэрозольтерапии с общими минеральными ваннами, эффект от такого лечения держался в среднем 4—6 месяцев.

Проф. А. Д. Голендберг и сотр. (Ленинград) при лечении больных гипертонической болезнью I и II ст. рекомендуют систематически применять физические факторы, в основном в периоде относительного благополучия, не дожидаясь обострения заболевания.

И. Б. Темкин и Э. А. Тамбиев (Кисловодск) достигли положительных результатов при лечении нарзанными ваннами в сочетании с другими водолечебными процедурами больных первичной артериальной гипотонией.

Проф. Р. Ф. Акулова и сотр. (Москва) поделились опытом лечения окклюзионных заболеваний сосудистой системы местным воздействием на пораженные конечности двухтактного волнового тока в переменном режиме (аппарат СНИМ-1).

Е. М. Мазель и сотр. (Новокузнецк) отметили, что при облитерирующем эндартерите микроволновая терапия более эффективна, чем лечение диадинамическими токами.

С. Е. Кабанов и сотр. (Сочи) предлагают шире практиковать комплексное санаторно-курортное лечение больных облитерирующими заболеваниями артерий конечностей I и II ст. с использованием сероводородных ванн в сочетании с лечебной гимнастикой в морском плавательном бассейне.

Проф. П. Г. Царфис (Москва) подчеркнул важность артрологической проблемы. Число больных с заболеваниями суставов продолжает оставаться значительным, а разработанные в последние годы меры профилактики и лечения все еще недостаточно действенны. Склонность заболеваний суставов к рецидивам, развитие стероидной болезни в результате длительного применения гормональных препаратов побуждают использовать физические агенты, являющиеся одним из методов патогенетической терапии. Раннее применение курортных факторов (сульфидных, радоновых ванн и грязелечения) оказывает не только лечебное, но и профилактическое действие.

З. С. Кулешова и А. С. Федорова (Москва) констатировали положительное влияние ванн из московской хлоридно-натриевой воды на клинические проявления и биохимические и вегетативно-сосудистые показатели больных ревматоидным артритом. Такие ванны следует назначать при минимальной и средней активности процесса в суставах, сочетая с десенсибилизирующей медикаментозной терапией (аспирином).

По данным Л. А. Козловой (Свердловск), под действием бром-йодных ванн у больных инфекционным неспецифическим полиартритом уменьшаются явления вегетодистонии, улучшаются сосудистый и мышечный тонус, гемодинамические показатели, нормализуется основной обмен.

В. П. Кессель и В. П. Павлов (Пятигорск) получили хороший эффект от курортного лечения с использованием радоновых или углекисло-сероводородных ванн, грязевых аппликаций у больных инфектартритами после синовэктомии коленного сустава. Они считают наиболее рациональным направлять больных на курортное лечение через 3—4 месяца после операции.

Е. В. Рыболовлев (Пермь) установил, что при дегенеративно-дистрофических поражениях опорно-двигательного аппарата бром-йодные ванны высоких минерализаций обладают более выраженным анальгезирующим действием, чем низкоминерализованные и сероводородные; это проявляется как повышением порога болевой чувствительности пораженных суставов, так и уменьшением субъективных ощущений.

А. Г. Ибрагимова (Казань) при лечении больных инфектартритами отдает предпочтение комбинированному применению ультразвука на пораженные суставы и гормональных препаратов катаболического и анаболического действия, сопровождающемуся выраженной активацией функции гипофиз-адреновой системы.

И. М. Мишина (Ленинград), применяя импульсные низкочастотные токи с целью стимуляции нервно-мышечной системы при поражении опорно-двигательного аппарата, наблюдала максимальную двигательную реакцию. Это имеет прикладное значение для лечебно-восстановительных мероприятий с целью функциональной реабилитации.

А. С. Мартенс (Москва) в до- и послеоперационном периодах после аллопластики (лавсаном) связочного аппарата коленного сустава рекомендует применять некоторые физические факторы (электростимуляцию, электрофорез лекарственных веществ, э. п. УВЧ, озокеритовые и парафиновые аппликации, соляные ванны, фонофорез кортикотропных гормонов).

К. А. Ананьева (Москва) указывает, что электрофорез лидазы при лимфостазе ног способствует улучшению крово- и лимфообращения и предотвращает развитие слоновости. Докладчик считает этот метод более целесообразным, чем введение путем инъекций.

В программном докладе по проблеме радикулита проф. А. П. Сперанский (Москва) подчеркнул особое значение в патогенезе радикулита дегенеративно-дистрофических изменений суставно-связочного аппарата позвоночника. В последнее время

большую роль отводят ортопедическим методам лечения радикулита — вытяжению позвоночника на наклонной постели, в ванне, бассейне в полунаклонном или вертикальном положении. В основу вытяжения положены принципы мышечной редрессации и релаксации с уменьшением при этом явлений корешковой ирритации и компрессии с разрывом порочных кругов болезни.

Проф. Н. И. Стрелкова (Москва) отметила, что при радикулярных плече-лопаточных синдромах, рефлекторных контрактурах наиболее результативен фонофорез гидрокортизона с использованием ультразвука в импульсном и постоянном режиме. При преобладании в клинической картине задне-шейного симпатического синдрома грязевые аппликации накладывают на воротниковую зону, а при корешковых явлениях — на соответствующую руку (по 15 мин., 34—38°, через день, 10—14 процедур).

К. Ф. Никитин и В. И. Романов (Сочи) считают, что при заболеваниях периферической нервной системы, особенно при остаточных явлениях инфекционных и травматических радикулитов, радикулоневритов, плекситов, невритов эффективны мацестинские ванны с высокой концентрацией сероводорода (250—400 мг/л).

По данным Р. В. Овечкина (Свердловск), сероводородные ванны способствуют устранению или уменьшению локально развившихся вторичных изменений динамического и продуктивно-воспалительного характера, корригированию нарушенных двигательных стереотипов, облегчению затухания компонентов условных болевых рефлексов и т. п.

Р. А. Полозова (Горький) с успехом лечила диадинамическими токами больных острой и подострой поясничной дискальгией.

Т. С. Сердакова (Ленинград) подтвердила эффективность лечения дискогенных радикулитов вытяжением позвоночника в комплексе с физиотерапевтическими воздействиями.

Н. А. Борисова (Свердловск) наблюдала положительное влияние от введения новокаина диадинамическими токами в комплексном лечении больных с задне-шейным симпатическим синдромом, обусловленным дегенеративно-дистрофическими изменениями шейного отдела позвоночника.

Е. И. Шахновская (Горький) предлагает при шейном остеохондрозе с острыми болями применять диадинамические токи, а после уменьшения болей и при небольших проявлениях остеохондроза — малые и средние дозы ультразвука, медленно увеличивая его интенсивность. При плече-лопаточном периартрите и других проявлениях нейро-остеофита лучший результат иногда давали микроволны. При наличии вегетативно-сосудистых синдромов показаны грязевые аппликации, при сочетании шейного остеохондроза с обменными нарушениями, полиартритом, атеросклерозом — сероводородные ванны.

По наблюдениям А. Б. Гринштейн (Красноярск) терапия ультразвуком (в непрерывном и импульсном режиме — 0,2—0,4 Вт/см²) оказалась достаточно эффективной при периферическом неврите лицевого нерва в хронической стадии и при значительной давности патологического процесса.

Ряд докладов был посвящен профилактическому и лечебному использованию климатических факторов.

Н. Е. Романов и Н. А. Гавриков (Сочи) указали на необходимость ликвидации сезонности в тагассотерапии на курортах побережья и внедрения в практику лечения и отдыха комбинированных климатолечебных и физиотерапевтических процедур в зимний период.

На курортах Урала все более актуальным становится вопрос организации солнцелечения не только летом, но и в весенний и осенний сезоны, когда достаточная солнечная радиация сочетается с низкими температурами воздуха (Л. Ф. Никитина и А. Д. Шарыгин, Свердловск).

А. Г. Ибрагимова (Казань)

II НАУЧНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ ПО РЕНТГЕНОКРАНИОЛОГИИ

(6—9/VIII 1968 г., Казань)

Проф. Н. С. Косинская (Ленинград) представила большой материал по дифференциальной диагностике фиброзных остеодистрофий и фиброзной дисплазии. В сообщении были рассмотрены особенности рентгенологической картины поражения мозгового черепа, разновидности и характеристика течения этих патологических изменений.

А. А. Баженова и В. Я. Неретин (Москва) описали рентгенологические признаки внутреннего фронтального гиперостоза. Было отмечено, что утолщение внутренней пластинки лобной кости почти всегда сопровождается симптомами дисэнцефально-эндокринной патологии. Авторы полагают, что к этому страданию имеется врожденное предрасположение.