

тивно-дистрофические изменения «...также могут встречаться и у более молодых людей», что совершенно правильно, автор продолжает: «и тогда они представляют собой уже патологический процесс, дегенеративно-дистрофическое поражение в форме деформирующего артроза» — это неправильно, потому что дегенеративно-дистрофическое поражение представляет собой патологический процесс, наблюдающийся в любом возрасте, а не только у молодых людей, но развивается легче у стариков, а поэтому у них чаще и встречается.

Автор, являясь сторонником ультразвуковой терапии, действительно эффективной во многих случаях травм и заболеваний костей, уделяет ей большее место (стр. 129—151 и 232—234), нежели другим физиотерапевтическим методам. Следовало бы упомянуть также об ультразвуковой терапии с гидрокортизоном в виде фонофореза, что заслужило очень положительную оценку, в частности на большом опыте отделения спортивной травмы (З. С. Сиринова) Центрального института травматологии и ортопедии. Следовало бы также указать на необходимость осторожного применения не только больших доз ультразвука, но и частых повторных курсов этого вида терапии, что грозит остеопорозом.

В рецензируемой книге рассматриваются сравнительно легкие повреждения и ортопедические заболевания, связанные с физкультурой и спортом и требующие главным образом амбулаторного лечения. Это естественно, так как тяжелые травмы, и тем более ортопедические заболевания, встречаются в спортивной практике редко. И все же, учитывая высокую квалификацию и большой опыт автора как ортопеда-физиотерапевта, хотелось бы в последующем издании видеть роль физиотерапии и механотерапии, освещенной в общем комплексе не только консервативного, но и оперативного лечения, и в послеоперационном периоде.

В целом перед нами — хорошее практическое руководство, которое принесет пользу ортопедам, травматологам, хирургам, физио- и механотерапевтам, а также врачам и тренерам, обслуживающим физкультурные и спортивные организации.

М. О. Фридланд, Е. М. Морозова (Москва)

## СЪЕЗДЫ И КОНФЕРЕНЦИИ

УДК 616.127

### ГОРМОНЫ И ФЕРМЕНТЫ В КАРДИОЛОГИИ

(по материалам XVI годичной научной сессии Института терапии АМН СССР)

28—30/1 1965 г., Москва

В настоящее время стало возможным определять в сыворотке крови активность более 40 различных ферментов, что расширяет возможность изучения патогенеза некоторых сердечно-сосудистых заболеваний и способствует созданию новых диагностических тестов. Коферменты, ферменты и их ингибиторы используются в качестве лечебных средств, корректирующих нарушенные процессы обмена веществ (М. Г. Крицман — Москва).

При дифференциальной диагностике неосложненной грудной жабы, очаговой дистрофии миокарда вследствие острой коронарной недостаточности, мелкоочагового инфаркта миокарда и различных форм его большей протяженности имеют значение некоторые методы лабораторных исследований (С. В. Шестаков с сотрудниками — Куйбышев-обл.).

При коронарной недостаточности повышается содержание катехоламинов в крови. При инфарктах сердечной мышцы (и мелкоочаговых) повышается активность трансаминазы и альдолазы. Самый высокий титр реакции преципитации сыворотки крови со специально приготовленным антигеном из сердечной мышцы (по В. Н. Фитенкову) получен у больных рецидивирующим инфарктом миокарда, меньший — при крупноочаговых инфарктах миокарда и еще меньший — при мелкоочаговых.

Л. А. Мясников (Москва) подчеркнул важную роль гормонов в регуляции липидного обмена при атеросклерозе. Гормоны щитовидной железы можно использовать для лечения больных атеросклерозом и ксантоматозом с гиперхолестеринемией. При инсулярной недостаточности, наряду с нарушением углеводного обмена, возникают расстройства в обмене липидов, и лечение инсулином стабилизирует не только углеводный, но и липидный обмен.

Для лечения больных атеросклерозом женские и мужские половые гормоны могут быть использованы лишь при строго индивидуальном подходе, с учетом функции половых желез.

Л. М. Рахлин (Казань) указал на значение состояния диэнцефалогипофизарной системы в природе атеросклероза, что подтверждается изменением в содержании тиреотропного гормона в крови, динамикой так называемого жиромобилизующего фактора гипофиза. Отмечено также изменение функционального состояния гипоталамической области и электролитного баланса крови.

Е. А. Толокнова (Москва) нашла у больных с атеросклерозом артерий ног значительное повышение катехоламинов в моче. У большинства больных с облитерирующим эндартериитом они оказались повышенными, преимущественно за счет адреналина. Это повышение было более значительным при наличии резких болей.

Л. В. Касаткина и др. (Москва) выявили у больных атеросклерозом значительное увеличение гексозаминов в крови, по сравнению с нормой, несколько меньшее — у больных гипертонической болезнью.

У больных с недостаточностью кровообращения отчетливо нарушен углеводный обмен. В крови этих больных повышается содержание молочной и пировиноградной кислот.

В. М. Татаркин (Москва) нашел у больных со II А ст. недостаточности кровообращения повышение молочной кислоты, а при II Б ст. — молочной и пировиноградной кислот и повышение активности лактикодегидрогеназы. В III ст. активность лактикодегидрогеназы и содержание молочной кислоты снижаются, пировиноградной кислоты — повышаются.

Е. И. Берман (Москва) отметил у больных с сердечной недостаточностью I и II А ст. как нормальное, так и слегка повышенное содержание в крови антидиуретического гормона, а у больных со II Б и III ст. — увеличение в два и более раза.

Е. И. Чазов (Москва) с сотрудниками поделился опытом применения фибринолизина, стрептокиназы, урокиназы при лечении тромбозов и эмболий. Эффективность тромболитической терапии зависит от длительности существования тромба. Повышение фибринолитической активности не однородно в различных сосудистых областях, чем авторы и объясняют меньшую эффективность фибринолитических препаратов при лечении коронарного тромбоза. Достигается большая эффективность лечения при введении фибринолитических препаратов непосредственно в область локализации тромба.

К. Н. Замыслова и Е. В. Эрина (Москва) доложили об эффективности альфа-метил-допа при гипертонической болезни. Гипотензивное действие препарата основано на том, что он является ингибитором декарбоксилазы и может тормозить синтез норадреналина и других прессорных аминов, он также уменьшает содержание норадреналина в окончаниях симпатических нервов.

Препарат дают внутрь по 0,5—1,0 2—3 раза в день. Максимальное снижение АД наступает через 2—4 часа после приема и длится 6—10 часов. По силе гипотензивного эффекта он уступает исмелину и ганглиоблокаторам, но лишен их побочных свойств. Наблюдаемая в первые дни приема препарата сонливость свидетельствует о действии его на центральную нервную систему.

М. С. Бакуленко и А. В. Трубецкой (Москва) применяли кокарбоксилазу в остром периоде инфаркта миокарда у больных с аритмиями, у больных без нарушения ритма сердца и у больных с аритмиями, возникшими в период рубцевания инфаркта миокарда.

Введение кокарбоксилазы внутримышечно или внутривенно (иногда капельным способом) устранило аритмии, связанные с нарушениями функции возбудимости и проводимости миокарда, у 29 больных из 36. Повышенный уровень альфа-кетокислот, определяемый у всех больных с инфарктом миокарда, снижался под влиянием этого препарата.

А. П. Зыско (Москва) сообщила о применении при коллапсе у больных инфарктом миокарда ангиотензина II (гипертензина), который оказался в 4—10 раз активнее норадреналина.

Препарат растворяют в физиологическом растворе или 5% растворе глюкозы и вводят внутривенно капельно от 3,5 до 100 гамм в минуту, в зависимости от тяжести коллапса. У ряда больных препарат вводился более суток и одному больному — в течение 4 суток. Гипертензин быстро разрушается в крови. Препарат эффективен и у тех больных, у которых мезатон и норадреналин не дали результата.

При передозировке гипертензина возникает головная боль, тошнота, рвота, поднимается АД. Прекращение введения или уменьшение дозы снимают эти явления.

Б. П. Кушелевский (Свердловск) считает целесообразным различать острое и подострое прединфарктное состояние. Любые средства, купирующие затянувшуюся стенокардию, могут предупредить коронаротромбоз, но средством выбора, по его мнению, являются антикоагулянты. Не только введение гепарина, но и прием синтетических антикоагулянтов ведут к нарастанию гепариновой и фибринолитической активности и определяют снижение прокоагулянтов, что и препятствует тромбообразованию.

При упорной постинфарктной стенокардии у перенесших два и более инфарктов сердца необходимо долговременное и даже пожизненное применение антикоагулянтов. Если больной резистентен к антикоагулянтам, то они должны быть отменены.

Н. Е. Кавецкий с сотрудниками (Куйбышев — обл.) считают наиболее эффективным из современных гипотензивных средств депрессин. Его можно принимать в поддерживающих дозах месяцами и годами.

Они получили хорошие результаты от регексона, кватерона, от кватерона в сочетании с препаратами раувольфии, от комбинированного лечения оксидином и димекарбином.

Ф. М. Палеева (Москва) сообщила о применении преднизона, преднизолона и триамсинолона у больных с различными стадиями и формами гломерулонефрита. В течение первого курса большой получал 1,5—2,5 преднизона (преднизолона) или 500—600 мг триамсинолона. Клиническое выздоровление наблюдалось у 12,4%, улучшение состояния — у 67,7% и у 17,6% эффекта не было.

Стероидная терапия открывает перспективы излечения или улучшения состояния

больных с хроническим гломерулонефритом. Противопоказаниями к стероидной терапии являются высокая гипертония и азотемия.

О. М. Елисеев (Москва) применял альдактон пациентам с заболеваниями почек (в большинстве при хроническом диффузном гломерулонефрите) с вторичным нефротическим синдромом. Альдактон — антагонист альдостерона. У ряда больных альдактон оказывал заметный натрийуретический эффект, сочетающийся с диуретическим, но не влиял на уровень выделения калия.

А. С. Логинов и В. М. Березов (Москва) доложили о лечении отечно-асцитического синдрома при циррозах печени. Ртутные и тиазидовые диуретики действуют на проксимальный отдел почечных канальцев, повышают экскрецию Na, а антагонисты альдостерона (спиролактоны, прогестерон) блокируют реабсорбцию Na в дистальных отделах канальцев почек. Наиболее эффективным является комбинированное применение диуретиков, действующих на оба отдела почечных канальцев.

Ф. Т. Красноперов (Казань)

УДК 616.995.1

## ПЕРВАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ ПО ЛЕЧЕНИЮ ЦЕСТОДОЗОВ

(24/XII 1964 г., Казань)

Конференция была организована паразитологическим отделом городской СЭС при участии сотрудников кафедры инфекционных болезней Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института.

На конференции присутствовало около 100 медицинских работников города. С докладами о состоянии борьбы с гельминтозами выступили заведующая паразитологическим отделом городской СЭС, практические работники врачебных участков, инфекционных кабинетов, терапевты, педиатры клинических больниц.

За последние 10 лет (1954—1964 гг.) заболеваемость гельминтозами в Казани снизилась в 6 раз. Однако удельный вес наиболее распространенных гельминтозов — аскаридоза, дифиллоботриоза и гименолепидоза — остается еще высоким.

С 1961 г. в ряде лечебных учреждений Казани функционируют специально выделенные койки для лечения больных, страдающих гельминтозами.

В 6-й казанской клинической больнице лечилось 122 больных с дифиллоботриозом (70,1% к общему числу больных с гельминтозами, прошедших через стационар).

При изгнании ленточных паразитов больному вводили утром натошак через желудочный зонд 2000 мл кислорода. Через 2 часа больной принимал экстракт корневища мужского папоротника в соответствующей дозе по схеме. Отошли головки паразитов у 55,1%.

Примененное в больнице Водздравотдела в 1964 г. лечение экстрактом корневища мужского папоротника в комбинации с мекаприном позволило успешно дегельминтизировать 91% больных дифиллоботриозом. Гельминты отошли с головками у 209 больных из 231 лечившегося.

Наиболее эффективным при гименолепидозе является сочетание кислорода с экстрактом мужского папоротника и метиленовой синькой.

Ц. Д. Матт, К. Б. Самарханова (Казань)

УДК 616—053.31—616—053.1

## РЕСПУБЛИКАНСКАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ

по антенатальной охране плода и снижению смертности новорожденных детей

24—26/V 1965 г. Елабуга

Конференция была организована Министерством здравоохранения ТАССР при участии Казанских научных обществ акушеров-гинекологов и педиатров. На конференции присутствовал 91 делегат из районов ТАССР и городов Казани, Чистополя, Зеленодольска, Бугульмы, Альметьевска, Лениногорска, Нижнекамска и гости.

Зам. министра здравоохранения ТАССР Т. А. Емелина доложила о состоянии и мерах улучшения медицинского обслуживания женщин и детей в ТАССР.

Главный педиатр Минздрава ТАССР Е. И. Курицына подчеркнула необходимость тесного контакта акушеров и педиатров в борьбе с ранней детской смертностью, в осо-