

МКЧ. - 78 р/ч

0,14

ВСЕСИБИРСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ ТЕРАПЕВТОВ

С 13 по 18 мая 1958 г. в Новосибирске состоялась межобластная Всесибирская конференция терапевтов, созванная правлением Всероссийского научного общества терапевтов и Министерством здравоохранения РСФСР.

Конференция была посвящена ревматизму и паразитарным заболеваниям внутренних органов (описторхоз, лямблиоз, эхинококкоз).

По проблеме ревматизма было заслушано 43 доклада.

Докладчики по программным вопросам — проф. Г. Д. Залесский и проф. Н. Н. Воробьев (Новосибирск) высказали новые взгляды по этиологии и патогенезу ревматизма. В результате применения современных вирусологических методик авторам удалось выделить фильтрующий вирус из смывов зева и из крови больных ревматизмом в активном периоде болезни и экстрактов из сердца погибших от ревматизма. Одновременное заражение кроликов выделенным вирусом паратрахеальным путем вызывало у 30—40% подопытных животных поражение клапанного аппарата сердца, преимущественно двусторчатого, и у 60% обнаружен очаговый продуктивный интерстициальный миокардит. Высокий процент высеваемости фильтрующегося вируса из крови больных ревматизмом, появление в крови реконвалесцентов-ревматиков нейтрализующих антител и кардиотропность вируса позволили докладчикам высказать предположение об этиологической роли выделенного фильтрующегося вируса при ревматизме. При этом гемолитическому стрептококку группы «А», считающемуся возбудителем ревматизма, согласно стрептококковой теории придается лишь значение патогенетического фактора, содействующего безразличному действию фильтрующегося вируса.

Очаговая стрептококковая инфекция в зеве способствует инвазии фильтрующегося вируса в мозг и сердце больных по лимфатическим путям. Проф. Г. Д. Залесским представлена оригинальная схема образования аутоантигенов и их патогенетической роли при ревматизме, а также предположено о первичной аллергизирующей роли вирусной инфекции.

По экспериментальному воспроизведению эндомиокардита, вызванному вирусом, выделенным от больных ревматизмом, выступили О. И. Пирогова, В. Е. Яворовская, С. И. Шурин, В. П. Казначеев (Новосибирск). Авторам удалось получить экспериментальный эндокардит при заражении кроликов вирусом, выделенным от больных ревматизмом, причем у животных из внутренних органов и крови выделен вирус, идентичный тому, которым было произведено заражение. Спустя 15—45 дней после заражения, у кроликов развивались диффузные вальвулиты, бородавчатые эндокардиты, а в миокарде — явления очагового продуктивного миокардита. Через 70 дней наблюдалось развитие митрального стеноза.

Проф. К. В. Ромодановский (Новосибирск) посвятил свой доклад лимфатической связи между миндалинами и сердцем. На ряде экспериментов им обнаружена связь подболоблочных пространств мозга с миндалинами и непосредственная связь миндалин через лимфатические сосуды с регионарными узлами сердца. По мнению автора, прослеженный им путь может объяснить проникновение вируса в сердце при попадании его в миндалины или в стенку глотки, в паратрахеальную клетчатку или в сонную артерию.

Л. Д. Крымский, Г. Е. Перчикова и И. Я. Учитель (Москва) доложили о попытке экспериментального воспроизведения на кроликах ревмокардита, основанной на значении в патогенезе ревматизма аутоантител к сердечной ткани. В результате сенсибилизации животных сердечной тканью совместно со стрептококками в сердце у кроликов авторы находили изменения, напоминающие поражения при кардиальном ревматизме у людей (грануломатозный кардит с исходом в очаговый миофиброз). Последнее сообщение вызвало критические замечания насчет отсутствия у авторов контрольных опытов.

Проф. И. В. Воробьев (Сталинград) в своем докладе о патогенезе ревматизма высказался за классическое представление о ревматизме как инфекционно-аллергическом заболевании, причиной обострения и рецидива которого обычно является действие неспецифического стрептококка в комплексе с простудой, физическим перенапряжением, нарушениями питания, нервным переутомлением и влиянием неспецифических аллергенов.

Проф. В. А. Вальдман (Ленинград) в прениях подчеркнул, что в отличие от старой вирусной теории, совершенно отрицавшей роль очаговой инфекции, в предлагаемой Г. Д. Залесским концепции значение очаговой инфекции не отрицается, а, наоборот, подчеркивается, хотя сам возбудитель остается неуточненным — стрептококк ли, специальный ли вирус, или группа вирусов, или симбиоз стрептококка с вирусом. Неопровержимо, что роль очаговой инфекции в возникновении ревматизма велика. Клинический опыт свидетельствует, что своевременная борьба с такими очаговыми инфекциями, как хронический тонзиллит и др., является наилучшим профилактическим средством против ревматизма. Поэтому неотложная задача врача — выявлять очаговую инфекцию у здоровых лиц, а особенно среди страдающих неясными субфебрилитетами или ревматоидными явлениями.

Председательствующий проф. Г. М. Шершевский (Сталинск) в заключение отметил, что стрептококковая теория, несмотря на ее признание большинством ученых, имеет, несомненно, слабые стороны. В этом отношении вирусная теория, изложенная в докладах Г. Д. Залесского и его сотрудников, представляет большой интерес, заслуживает внимания, однако требуется дальнейшее глубокое изучение для подтверждения этой концепции.

Проблема взаимоотношения затяжного септического эндокардита и ревматизма была изложена в докладах проф. А. А. Демина и его сотрудников (Новосибирск), вновь подтвердивших, на основании изучения 700 больных затяжным септическим эндокардитом, концепцию о самостоятельности затяжного септического эндокардита и высказывавшихся за аутоинфекционное его происхождение как проявление «вириданс-сепсис».

Была высказана мысль о необходимости многократного циклического (4—6 недель, перерыв 2—4 недели) лечения пенициллином (1—2 млн ед. в сутки), а также в комбинации в основном со стрептомицином или другими антибиотиками, в зависимости от свойств возбудителя и течения болезни. Кроме лечения антибиотиками, рекомендована десенсибилизирующая и общеукрепляющая терапия (Н. А. Тростина — Новосибирск).

В докладах, посвященных клинике и диагностике ревматизма, главное внимание уделено выявлению активности ревматического процесса при латентных формах. Для выявления скрытно протекающего активного ревматизма важны иммунобиологические, серологические и биохимические исследования: определение титра антистрептолизина, антифибринолизина, гиалуронидазы, антигиалуронидазы, С-реактивного белка и пр.

Показателями активности ревматизма (член-корреспондент АМН СССР проф. О. Д. Соколова — Пономарева, Москва) служат так же изменения корковой и подкорковой динамики, функциональные нарушения центральной и вегетативной нервной системы, повышенная проницаемость сосудов, дифениламиновая реакция, уровень холинэстеразы в сыворотке крови.

Проф. А. Я. Губергриц в докладе «Внесердечные проявления при ревматизме» констатирует тенденцию к снижению желудочной секреции, угнетение экскреторной функции желудка, нарушение внешнесекреторной и, в меньшей мере, внутрисекреторной деятельности поджелудочной железы, а также нарушение функций печени (протромбинообразовательной, углеводной, пигментного обмена и антитоксической), почеч и повышение функции щитовидной железы.

Проф. С. А. Проскуряковым (Новосибирск) на основании многолетних исследований рекомендовано с целью профилактики ревматизма производить тонзиллэктомию в остром периоде рецидивирующих ангин.

Проф. А. А. Ковалевский с сотрудниками проследил снижение витамина С в крови у больных хроническим рецидивирующим тонзиллитом, это снижение прогрессирует при тонзиллэктомии. Поэтому авторы рекомендуют предварительное назначение аскорбиновой кислоты (0,5 в сутки), что, в частности, способствует предотвращению кровотечения.

Конференция уделила внимание системной красной волчанке, относящейся к «коллагенозам», напоминающей ревматизм и остающейся еще мало известной практическому врачу.

Проф. А. А. Демин и В. А. Колаев изложили клинику, распознавание и лечение этого заболевания на основании изучения большого количества больных и разнообразных лабораторных исследований. Была предложена клиническая классификация системной красной волчанки. Подчеркнута важность распознавания болезни в ранней стадии, до развития волчаночных висцеритов, когда лечение (кортизон, АКТГ и др.) наиболее успешно. Обращено внимание на частоту варианта клинического течения болезни без поражения кожи. Докладчики поделились результатами гистохимического и люминесцентного исследований так называемого «фактора» или «клеток» красной волчанки, которым придается важное диагностическое значение.

Действительный член АМН СССР проф. А. Л. Мясников прочитал внепроблемный доклад «Некоторые экспериментальные и клинические данные при инфаркте миокарда», который был прослушан делегатами с большим интересом.

Второй проблемой конференции являлась проблема краевой патологии, касающейся паразитарных заболеваний внутренних органов.

Весьма разносторонне была представлена тема об описторхозе, наиболее часто встречающемся паразитарном заболевании в Сибири, особенно в бассейнах Оби и Иртыша. Это заболевание у многих больных протекает тяжело, с поражением функций многих органов и систем, и трудно поддается лечению, несмотря на известные успехи в его специфической и патогенетической терапии за последние годы.

На сегодняшний день наилучшим специфическим средством лечения описторхоза, по Н. Н. Плотникову, является гексахлорэтан.

В докладах проф. Б. А. Темпера с сотрудниками (Хабаровск) и Г. Н. Беловой (Омск) говорилось о заболеваемости, клинических формах (дуоденит, энтероколит, дискинезия желчных путей) и лечении лямблиоза.

Председательствующий проф. Д. Д. Яблоков считает, что вопрос о степени патогенности лямблий до сих пор окончательно не решен. Ряд наблюдений показывает, что при известных условиях лямблии могут оказаться вредными и вызвать изменения со стороны желудочно-кишечного тракта и печени, но, вероятно, глубокие изменения вызываются ассоциацией лямблий с инфекционными и другими агентами. Можно допустить, что лямблии благоприятствуют развитию инфекции. Докладчик по программному вопросу об эхинококковой болезни член-корреспондент АМН СССР проф. Д. Д. Яблоков (Томск) справедливо заметил, что снижение заболеваемости эхинококкозом, наблюдаемое в последние десятилетия, связанное с ростом культуры и материального благосостояния, не должно успокаивать врачебную общественность. Он показал, что альвеолярный и гидатидозный эхинококки имеют различных возбудителей.

Проф. И. Л. Брегадзе (Новосибирск) поделился опытом успешного хирургического лечения больных с альвеолярным эхинококком печени (эхинококкэктомия, кускование, формальж — введение в кисту формалина). Им произведено 66 операций. Лучшие результаты дает радикальная операция при своевременной диагностике.

По обеим проблемам (ревматизм и паразитарные заболевания в Сибири) конференция приняла развернутые резолюции.

Проф. А. А. Демин и доц. М. И. Хургин

Поступила 21 июня 1958 г.

Трибуна Читателя

Результат: 0,10 — 40 р.
Глубокоуважаемый товарищ редактор!

0,10

В № 3 за 1958 год «Казанского медицинского журнала» помещена статья Ф. И. Вольтер «Значение листереллезной инфекции в этиологии заболеваний нервной системы».

Автор правильно отмечает, что диагноз листериоза¹ нельзя ставить только на основании положительной реакции агглютинации. Верно и то, что нельзя ставить этот диагноз только на основании клинических данных. Для достоверного диагноза необходимо учитывать эпидемиологические, клинические и серологические данные.

Нужно особо подчеркнуть, что распознавание листериоза гарантируется только бактериологическим методом и, с известными ограничениями, серологическим.

К сожалению, диагностика листериоза у Ф. И. Вольтер не подтверждена бактериологически. Недостаточно обоснована диагностика и с эпидемиологической точки зрения ссылкой на работу В. Я. Давыдова, в которой указывается, что в ряде районов Татарской республики имеются заболевания листериозом среди животных.

Необходимо подчеркнуть, что исследование на листериоз по Видалью (Widal) технически не является простым и в сомнительных случаях дополняется опытами с насыщением (Absättigungsversuche) энтерококками и стафилококками. Для диагностики листериоза начинают применять и реакцию связывания комплемента.

В первом наблюдении (Ф. И. Вольтер) больная Т., 31 года, с клинической картиной правостороннего гемипареза; производилась пневмоэнцефалография, но об исследовании спинномозговой жидкости ничего не говорится. Далее лишь глухо отмечается, что «при дополнительных исследованиях (каких? — Б. Б.) была установлена листереллезная инфекция». Поэтому данное наблюдение отнюдь нельзя считать доказанным в отношении диагноза листериоза.

Второе наблюдение (больная П., 18 лет), по-видимому, с клинической картиной рецидивирующего менингита. Реакция агглютинации с листериями была положительная в разведении 1:400. Ни о прижиз-

¹ Автор данного письма считает термин «листереллез» устаревшим (Ред.)