

ные препараты и пиразолоновые препараты; 3) салицилаты или пирамидон, сердечно-сосудистые препараты. Стационарное лечение в течение 1—2 месяцев продолжалось амбулаторно по указанным схемам в течение почти 6 месяцев.

С. И. Щербатенко, С. Г. Ключарева, А. И. Шварева
(Казань)

В докладе А. Г. Сафонова (МЗ СССР) «Состояние и задачи борьбы с ревматизмом в СССР» подчеркивалось особое значение диспансеризации как основного метода медицинского обслуживания больных ревматизмом. Медицинской промышленности МЗ СССР необходимо в ближайшие 1—2 года обеспечить сеть кардиоревматологических учреждений препаратами и реактивами для более точной диагностики ревматизма (С-реактивный протеин, антистрептолизин, дифениламиновая проба, бентонитовая проба и др.), а также современными средствами для проведения активной комплексной терапии болезни. Необходимо расширять и укреплять сеть ревматологических и кардиоревматологических кабинетов, повышать их роль в организации борьбы с ревматизмом.

Многие докладчики подчеркивали связь ревматизма со стрептококковыми инфекциями: хронический тонзиллит встречается у детей, больных ревматизмом, в 3—4 раза чаще, а распространенный кариес зубов почти в 2 раза чаще, чем у всех осматриваемых школьников. В докладе проф. Б. Г. Лейтеса (Москва) указывается, что почти у половины больных детей первые проявления ревматизма отмечены еще в дошкольном возрасте, причем у 22,5% — в возрасте 3—4 года.

Г. Г. Стукс с соавторами (Томск), Л. Д. Борисова с соавторами (Ленинград) пришли к выводу о довольно высокой эффективности применения бициллина у больных ревматизмом детей как в острой фазе болезни, так и в межприступном периоде: обострение ревматизма на фоне применения бициллина в 5 раз реже, чем у такой же группы детей, не получавших бициллин. Бициллин рекомендуют вводить осенью и весной по 5—6 инъекций, а в ряде случаев непосредственно после обострения.

Л. О. Асеева, Т. М. Руднева (Рязань) проводили у детей противорецидивное лечение 2 раза в год, весной и осенью, по методике М. А. Ясиновского аспирином, салициловыми препаратами, пирамидоном, бутадиемом, а также по методу проф. А. Г. Петряевой — стрептомицином и ПАСК с удовлетворительными результатами.

Авторы не могли отметить какой-либо разницы от применения различных медикаментозных средств (салицилаты, стрептомицин, ПАСК). Они полагают, что ПАСК и стрептомицин обладают неспецифическим десенсибилизирующим действием и могут быть применены в комплексе лечения больных ревматизмом.

М. П. Зайцева и Е. К. Карташова изучали заболеваемость ревматизмом среди некоторых групп рабочих. Пока не удается установить связь заболевания ревматизмом с профессией. В большинстве случаев начало заболевания относится к молодому возрасту и еще до выбора профессии. Однако возникновение рецидивов авторы ставят в тесную зависимость от условий труда. Процент лиц, страдающих пороками сердца, выше в цехах с условиями повышенной влажности и охлаждения.

По М. А. Ясиновскому (Одесса), применение у страдающих ревматизмом лиц с пороками сердца при возникновении опасности обострения процесса трехнедельных курсов введения пирамидона или анальгина (по 1,0 в сутки) либо салицилового натрия (4,0 в сутки) дает хорошие результаты: снижение частоты рецидивов в 10 раз и более. В сочетании с противоревматическими средствами использовались антибиотики. Подчеркивается необходимость профилактического приема препаратов не только в определенные сезоны (поздняя осень и ранняя весна), но и после перенесения ангины и катаров верхних дыхательных путей, различных инфекционных заболеваний, интоксикаций, травм, оперативных вмешательств (тонзиллэктомия, комиссуротомия), а также при родах, интенсивной бальнеотерапии.

М. К. Федорова
(Казань)

ПРОБЛЕМЫ РЕВМАТИЗМА НА МЕЖОБЛАСТНОЙ КОНФЕРЕНЦИИ В ОДЕССЕ

(15—17/XI-60 г.)

Конференция была созвана Одесским областным отделом здравоохранения, Одесским медицинским институтом и Украинским научно-исследовательским институтом клинической медицины им. Н. Д. Стражеско.

В работе конференции приняли участие представители 8 областей Украины, а также 8 республик Советского Союза.

По вопросу о профилактике и противорецидивных мероприятиях при ревматизме все докладчики (И. Л. Пшетаковский, Е. А. Сима, Ю. Н. Гордон, Е. Б. Шнайдер и др.) привели большой материал и указали пути дальнейшей работы в этой области.

По 22 областям Украины уже отмечены благоприятные результаты противорецидивного лечения. По Одесской области рецидивы ревматизма уменьшились в 2 раза, а в Сталинском и Центральном районах Одессы — в 5 раз. Это показывает, что противорецидивное лечение доводится до каждого больного. Очень ценно то, что все больные ревматизмом состоят на диспансерном учете. В основу противорецидивного лечения на Украине принята схема медикаментозной профилактики ревматизма и его обострений, предложенная проф. М. А. Ясиновским (применение дважды в год — поздней осенью и ранней весной — в течение 25 дней пирамидона, анальгина по 0,9—1,0 и салицилового натрия по 4,0 в сутки). В последнее время, наряду с десенсибилизирующими средствами, в комплексе противорецидивного лечения в осенне-весенний период применяются антибиотики и сульфаниламидные препараты.

Проф. А. А. Айзенберг (Киев) дал широкий литературный обзор современного состояния вопроса по этиологии и патогенезу ревматизма. Автор придерживается концепции Н. Д. Стражеско о возникновении ревматизма и продолжает ее развивать. В настоящее время проблему ревматизма без изучения вопросов аутоSENSИБИЛИЗАЦИИ разрабатывать невозможно.

Доц. И. П. Лернер и Е. С. Брусиловский (Киев) доложили об этиологии и патогенезе затяжного септического эндокардита. Авторы отметили, что существует патогенетическая связь между септическим и ревматическим эндокардитом. Септический эндокардит остается самостоятельным заболеванием со своей классической клинической картиной.

Вопросы реактивности организма у больного ревматизмом получили освещение в докладах В. М. Мякишева (Сталинград) и А. Ф. Лещинского (Одесса). Они изучали реактивность больного ревматизмом разными путями.

Оба автора показали, что объективные методы определения реактивности больного ревматизмом доступны не только в клинике, но и в амбулаторных условиях.

С докладом о сочетании ревматизма и гипертонической болезни выступили проф. Ц. А. Левина и А. И. Романовская (Одесса). Авторы наблюдали 33 больных ревматизмом, у которых было зарегистрировано повышенное АД (3 случая — как застойная гипертония и 30 — как случаи гипертонической болезни). По данным докладчиков, 5% среди ревматиков страдают гипертонической болезнью и 4,3% гипертоников страдают ревматизмом. Авторы считают необходимым проведение длительных курсов комбинированной терапии антиревматическими и гипотензивными средствами. Были освещены причины, которые могут привести к повышению АД у больных ревматизмом, и методы лечения этих больных.

Об экстракардиальных формах ревматизма доложил доц. Колосов (Винница). Он отметил, что до сих пор еще мало обращается внимания на экстракардиальные проявления ревматизма (кожные формы васкулита, ревматический эндартериит, васкулит костных, почечных и печеночных сосудов, а также легочные васкулиты).

Проф. Л. А. Зарицкий (Одесса) отметил, что многие педиатры и терапевты настаивают на удалении миндалин у больных ревматизмом. По мнению докладчика, операция тонзиллэктомии является методом выбора. При частом обострении ревматизма нужно удалять миндалины, но лучше все же во время ремиссии. Можно оперировать детей 2 лет и взрослых до 55 лет.

М. Я. Полунов (Одесса) осветил состояние носовых придаточных пазух у больных ревматизмом и отметил, что удаление миндалин не ликвидирует рецидивы ревматизма.

А. М. Розенцвайг (Одесса) наблюдал явления инсульта на почве ревматизма у 41 больного. Нарушения мозгового кровообращения сопровождались припадками эпилепсии, головными болями.

А. Д. Ларионова (Ставрополь), изучая состояние вегетативной нервной системы у больных ревматизмом, отметила быстрое истощение рефлексов (Чермака и др.).

Д. Я. Коган было показано своеобразие поражения периферической нервной системы при ревматизме, которое характеризуется резкой болезненностью, частыми рецидивами, нечеткостью клинической картины. После антиревматического лечения наблюдалось исчезновение гиперкинетического синдрома.

Е. К. Свидзинский (Одесса) отметил обилие и полиморфизм соматических явлений у больных ревматизмом. Этим больным ставится диагноз от истерии до менингоэнцефалита.

Проф. Э. Г. Городецкой и В. Д. Чеботаревой была показана диагностическая ценность выявления антител при ревматизме (реакция Кумбса) как нового и дополнительного метода исследования в клиническом течении ревматизма. Изучение динамики определения антител дает возможность более точно судить о степени активности ревматического процесса. При хроническом тонзиллите р. Кумбса отрицательна.

Р. И. Минкус, изучавшая у 130 больных с активным ревматическим процессом иммунологические реакции (антистрептокиназу, антигалактонидазу, белковый спектр и РОЭ), подчеркнула, что все эти реакции дополняют друг друга.

При сердечно-суставной форме ревматизма имеются параллели между белковым спектром и иммунологическими реакциями.

Л. А. Митрохина на основании изучения иммунологических реакций (определения гиалуроновой кислоты, антигиалуронидазы) в межприступном периоде в поликлинических условиях указала на необходимость дифференциальных курсов противоревматической профилактики как летом, так и осенью и весной.

Г. И. Гласинова и Л. Н. Гончарова (Ново-Куйбышевск) доложили о результатах определения гиалуронидазы у больных с декомпенсацией сердца. У подавляющего большинства больных наблюдалось повышение гиалуронидазы, в то время как РОЭ, баночная проба были изменены только у некоторых больных.

На значение исследования белков крови при различных клинических проявлениях ревматизма указали в своих докладах И. Л. Пшетаковский (Одесса) и проф. В. Н. Дзак (Днепропетровск).

Клинической оценке изучения С-реактивного белка у больных ревматизмом посвятил свой доклад П. М. Пашинин (Ленинград). Он убедительно показал преимущество этого теста перед другими лабораторными исследованиями при диагностике степени активности ревматизма, особенно при декомпенсации сердца, при отсутствии температуры и ускоренной РОЭ. По его данным, при декомпенсации сердца С-реактивный белок является самым точным показателем активности ревматического процесса.

В докладе доц. С. И. Щербатенко (Казань) были представлены результаты изучения холинэргических процессов в диагностике ревматизма. У больных с болезнью Сокольского-Буйо имеются значительные нарушения холинэргических процессов, которые могут характеризовать течение патологического процесса. Применение кортикостероидных гормонов дает хороший терапевтический эффект, связанный с нормализацией холинэргических процессов.

Б. М. Маценко (Одесса), канд. мед. наук И. К. Следзевская (Киев) поделились своими наблюдениями над изменением БКГ при ревмокардитах и пороках сердца. В активной фазе ревматизма наблюдались патологические отклонения БКГ и нормализация ее при ремиссии. При ревматических пороках сердца характер БКГ изменялся по-разному. Изменения БКГ при ревматизме неспецифичны.

Было отмечено, что современные методики исследования БКГ, векторкардиография, фонокардиография дают нам более широкие возможности исследования больных с сердечно-сосудистой системой.

Анализу изменений ЭКГ при ревматических поражениях сердца и у больных паратонзиллитом были посвящены доклады А. В. Гольцман (Одесса), М. Б. Шкляра (Винница), А. А. Дашевской и В. Д. Драгомирецкой (Одесса).

Проф. И. Я. Дейнека (Одесса) сообщил об оперативном лечении слипчивых перикардитов ревматической этиологии. Наилучшие результаты получены при операции субтотальной перикардотомии через двухстороннюю плевральную резекцию с поперечным рассечением грудной клетки, что дает возможность освободить не только левую, но и правую часть сердца.

Проф. В. И. Зузанова (Одесса) сообщила об успешном внутримышечном применении 2% новокаина от 3 до 5 мл в количестве 12—15 инъекций на курс лечения детям с ревматизмом.

К. А. Миронова (Киев) отметила, что применение витамина Р и С при ревматизме сказывается на нормализации коагулятивных свойств крови.

В докладе К. П. Ефановой (Кишинев) были приведены данные о значении витамина Р (цетрина) в комплексном лечении ревматизма.

Н. К. Коско (Днепропетровск) остановилась на важности витаминов Р, С и В для профилактики ревматизма. Лечебно-профилактическое применение витамина Р в дозе 0,05—0,1, С — 0,2—0,3, В₂ — 0,01 × 2 благоприятно влияет на течение заболевания.

Л. П. Купраш (Киев) представила результаты изучения влияния тетрациклинов на некоторые факторы свертываемости крови и резистентности сосудистой стенки при ревматических заболеваниях сердечно-сосудистой системы. Тетрациклины не влияют на тромбообразование.

Доц. Е. А. Грузина (Одесса) отметила, что при активном ревматическом процессе лечение коргликоном, перепадином не дало эффекта. Лучший терапевтический эффект при декомпенсации сердца получен от применения строфантина и незначительный — от кендозида.

Доц. С. И. Щербатенко
(Казань)

СЕССИЯ ИНСТИТУТА ПЕДИАТРИИ АМН СССР ПО ВОПРОСАМ ОСТРЫХ И ХРОНИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ПИТАНИЯ У ДЕТЕЙ

Сессия проходила 28—30 ноября 1960 г. в Москве совместно с периферийными педиатрическими институтами и кафедрами педиатрии по вопросам острых и хронических расстройств питания у детей.

С обзорным докладом о состоянии заболеваемости желудочно-кишечными инфекциями у детей по Союзу выступила зам. министра здравоохранения СССР по детству Н. С. Егорова, которая отметила, что задача ликвидации кишечных инфекций