

в частности лобэктомии и пульмонэктомии по поводу хронических нагноительных заболеваний и туберкулеза легких, операции по поводу врожденных пороков сердца (А. П. Иванов, В. К. Земсков, Н. Г. Шабаетов, Р. К. Павлов, В. И. Иванова); работу, в которой дан анализ эффективности слияния акушерско-гинекологических стационаров с женскими консультациями (Е. А. Эткин); данные о значении ранее перенесенных травм и рефлекторных влияний в развитии атеросклеротических катастроф (П. П. Евдокимов).

За последние годы в Ульяновске, на родине В. И. Ленина, выпущено уже несколько книг трудов, скромно именуемых сборниками работ. Их с интересом прочтут врачи и научные работники разных специальностей.

Канд. мед. наук П. С. Гуревич (Казань)

СЪЕЗДЫ И КОНФЕРЕНЦИИ

XVI ВСЕСОЮЗНЫЙ СЪЕЗД ТЕРАПЕВТОВ

(25—30/VI 1968 г., Москва)

На съезде обсуждались четыре проблемы.

1. Основные принципы и методы лечения в клинике внутренних болезней

Е. М. Тареев (Москва) доложил об общих принципах и методах лечения внутренних болезней. Несмотря на то, что медицина вправе гордиться достижениями, основанными на глубоком изучении происхождения, патогенетических механизмов болезней и применении рациональной действенной терапии, успехи лечения при болезненных состояниях внутренних органов все еще скромны. Это зависит от ряда обстоятельств. Докладчик указывает на недостаточное внимание к принципам рациональной терапии, на упрощенный подход к устранению обнаруживаемых у больных отклонений от нормы. Эффективное лечение невозможно без своевременного точного диагноза. Однако нередко довольствуются анатомическим диагнозом цирроза печени, миокардита и т. д. без уточнения этиологии заболевания у данного больного, которая определяет истинную нозологию и возможность рационального лечения и профилактики.

Б. Е. Вотчал (Москва) считает основными проблемами современной терапии лечение на ранних стадиях заболевания, полное излечение острых форм для предупреждения развития хронических заболеваний, предварительное лечение болезней с циклическим характером течения. Современная терапия сочетает в себе регуляцию труда и быта, питания, применения лечебной физкультуры, физиотерапии, медикаментозного лечения и психотерапии. За последнее время все эти методы подверглись изменениям, порой существенным. Диетологи стали осторожнее суживать круг пищевых веществ, проявлять больше заботы о качественной стороне питания, обращать внимание не только на белки, витамины, но и микроэлементы. Бурное развитие физики принесло физиотерапевтам большое число новых мощных методов воздействия, требующих четкости в показаниях и дозировке.

И. А. Кассирский (Москва) остановился на вопросах тактики драматической терапии. Под драматической терапией понимается напряженная борьба за жизнь тяжелых больных, когда быстрое по оперативности лечение с использованием современных лекарственных и технических средств способствует устранению угрожающих жизни патологических нарушений. При применении сильных методов и средств следует учитывать возможные реакции организма в конкретной ситуации, степень его толерантности к данным лекарственным или техническим методам. Нередко четкое представление о сущности патологии, резервных функциональных и органических потенциях тех или иных органов и систем позволяет врачу отклонить суперактивную и опасную терапию и принять более консервативную тактику, которая тоже оказывается спасительной.

Д. Ф. Чеботарев (Киев) подчеркнул, что у лиц пожилого и старческого возраста медикаментозная терапия при лечении внутренних болезней должна быть только одним из звеньев в сложном комплексе лечебных мероприятий. В начале лечения следует применять малые дозы медикаментов. Это особенно относится к сердечным гликозидам, барбитуратам, гормональным средствам. Кумулятивное действие ряда препаратов развивается быстрее. При применении сосудорасширяющих и гипотензивных средств на фоне атеросклеротических изменений мозгового и коронарного кровообращения значительное и быстро наступающее снижение АД особенно нежелательно, так как у каждого больного существует определенный, иногда довольно высокий, уровень, ниже которого кровоснабжение жизненно важных органов становится недостаточным.

Н. С. Молчанов и Л. Ф. Швецова (Москва) отметили, что при болезнях сердца, легких, желудочно-кишечного тракта тщательное диспансерное наблюдение позволяет уточнить их этиологию, выявить причины, ведущие к обострению хронических

заболеваний, тщательно изучить варианты течения, улучшить исходы в результате лечебно-профилактических мероприятий.

А. Н. Обросов (Москва) коснулся основных принципов физической терапии в клинике внутренних заболеваний.

П. Н. Юренев и сотр. (Москва) доложили о некоторых аспектах десенсибилизирующей терапии в клинике внутренних болезней. Помимо применения десенсибилизирующих и антигистаминных препаратов необходимо принимать меры к нормализации обменных процессов. Десенсибилизирующая терапия у больных инфарктом миокарда привела к ликвидации аутоаллергических проявлений в виде постинфарктного синдрома. Воздействие на иммунобиологическую реактивность в период ярких проявлений реакции десенсибилизирующими препаратами немедленного типа (анальгином и др.) способствовало быстрому снижению и исчезновению циркулирующих противокардиальных аутоантител, которые обычно улавливаются в высоких титрах в подострой стадии инфаркта миокарда.

В. Г. Вогралик (Горький) считает целесообразным включать гормональные препараты в комплексную терапию при различных дисрегуляторных висцеропатиях, общих и органических расстройствах метаболизма, многих инфекционно-аллергических и токсико-аллергических процессах, тканевых дисплазиях, возрастнo-инволютивных изменениях и др.

II. Физкультура и спорт в профилактике заболеваний внутренних органов

В. Н. Мошков (Москва) считает необходимым усилить внимание интернистов к использованию физической культуры и спорта как фактора неспецифической профилактики. Следует шире пропагандировать рациональное построение образа жизни людей, гигиеническое воспитание, сочетание регламентирование режима движения и питания и применение физической тренировки, адекватной возрасту и состоянию здоровья. Физическую активность человека следует сочетать с рациональной организацией отдыха.

А. Г. Дембо (Ленинград) подчеркнул, что физическая культура и спорт только тогда имеют оздоровительное значение, когда нагрузка не является чрезмерной и соответствует индивидуальным возможностям организма. С другой стороны, и гиподинамия вредна только тогда, когда она чрезмерна, ибо в определенных границах она необходима, и так же, как разумная физическая активность, составляет обязательный элемент человеческой жизни.

III. Ранняя диагностика и профилактика ревматизма

А. И. Струков (Москва) изложил современное представление о морфологии ревматизма. При ревматизме возникает системная и прогрессирующая дезорганизация соединительной ткани и стенок сосудов. Ранняя стадия дезорганизации проявляется накоплением в ткани кислых мукополисахаридов типа гиалуроновой кислоты и хондроитинсульфатов, увеличением числа тучных клеток, группирующихся около сосудов, незначительными изменениями коллагеновых волокон (не всегда). Эта стадия может закончиться выздоровлением — полной нормализацией структуры соединительной ткани. Все последующие стадии дезорганизации — фибриноидное набухание, грануломатоз, склероз — необратимы и заканчиваются формированием рубца.

Поражение соединительной ткани и сосудов органов сопровождается деструкцией паренхимы. Могут возникать инфаркты в корковом слое надпочечников с последующим рубцеванием, сосудистый нефросклероз. Нарушение сердечной деятельности при ревматизме обусловлено не только клапанными изменениями, но и теми структурными и метаболическими отклонениями, которые возникают в сократительном аппарате сердца.

В. И. Иоффе (Ленинград) считает специфической профилактику рецидивов ревматизма посредством пенициллина. Этот антибиотик весьма активен в отношении разных форм стрептококков.

А. И. Нестеров (Москва) подчеркнул, что диагноз ревматизма нередко бывает запоздалым, а в ряде случаев чрезмерным. При ревматизме врачское определение индивидуального нарушения естественных резервов адаптации остается нерешенной проблемой, что не позволяет создать подлинно специфическую или хотя бы индивидуальную неспецифическую первичную профилактику болезни. Докладчик считает необходимым в самое ближайшее время ввести в действие круглогодичную систему профилактики рецидивов болезни с помощью бициллина-5, а также совершенствовать эту систему с учетом возраста, характера течения болезни, показателей ее активности.

В. П. Казначеев (Новосибирск) относит к наиболее достоверным критериям активности истинного ревматического процесса следующие иммунологические показатели: артерио-венозную разницу лимфоцитов, увеличение в крови ДНК и снижение активности ДНКазы, цитопатическое действие лимфоцитов на культуру фибробластов человека, кожные пробы по А. И. Нестерову, спонтанную трансформацию лимфоцитов в культуре, ФГА-подобное действие сыворотки и содержание ГОФ в крови.

В. Г. Вогралик и сотр. (Горький) отметили, что у больных ревматизмом, которые систематически получают профилактическое лечение, выполняют рекомендации врачей, рецидивы возникают реже. Профилактические курсы лучше всего проводить в стационаре.

К. М. Коган и сотр. (Москва) наблюдали при длительно и систематически проводимой профилактике ревматизма снижение стрептококковых заболеваний как у больных ревматизмом, так и у больных, предрасположенных к ревматизму, в 2,5 раза.

М. Л. Горинштейн и сотр. (Москва) назначали больным ревматическими митральными пороками сердца антикоагулянты, в связи с чем тромбозы и эмболии наблюдались у них в 3 раза реже, чем у больных контрольной группы. Так как дигиталис и его производные способствуют повышению уровня тромбогенных элементов в крови, особенно целесообразно сочетать эти препараты с антикоагулянтами.

Ф. Я. Розе (Днепропетровск) остановился на актуальных вопросах клиники и патогенеза нейроревматизма. У большинства больных ревматическими поражениями нервной системы антикоагулянтная и фибринолитическая активность крови угнетена, а прокоагулянтная не изменяется. Это подтверждает концепцию докладчика о наличии претромботической фазы поражения мозговых сосудов и возможности, при соответствующей патогенетически обоснованной терапии, предотвратить тяжелые тромботические инсульты.

Для распознавания ревматических поражений нервной системы большое значение имеют иммунологические показатели, титры антистрептолизина-О, антистрептокиназы, антистрептогалактонидазы.

А. И. Гефтер и К. В. Зверева (Горький) при прогрессировании недостаточности кровообращения у больных ревматическими пороками сердца считают необходимым включать в курсы профилактического лечения сердечные средства, препараты калия и, по показаниям, разгрузочные средства.

И. Н. Михайлова и сотр. (Москва) сообщили, что ввиду малой эффективности сезонной профилактики ревматизма с 1964 г. в Институте ревматизма АМН СССР введен метод непрерывной круглогодичной бициллино-аспириновой профилактики с применением бициллина-5 и пентепона. Результаты оказались хорошими.

IV. Ранняя диагностика и профилактика гастрита

С. М. Рысс (Ленинград) определяет хронический гастрит как неспецифическое хроническое воспаление слизистой оболочки желудка (диффузно распространенное или очаговое) с постепенным развитием атрофии различной степени. Морфологические изменения сочетаются с соответствующей клинической симптоматологией и нарушениями секреторной функции желудка, меньше — моторной и в какой-то степени — инкреторной. Хронический гастрит не имеет патогномоничных клинических симптомов, может протекать бессимптомно, иногда даже при далеко зашедшем процессе.

В начальной стадии хронического гастрита с пониженной секреторной функцией желудка наблюдается некоторое снижение функции гипофизарно-надпочечниковой системы, усугубляющееся по мере прогрессирования патологического процесса. Подобная же закономерность отмечается и в отношении недостатка витамина В₁₂.

Г. И. Дорофеев (Горький) установил у больных лямблиозом, гельминтозом, хроническим холециститом, хроническим аппендицитом и дизентерией значительные нарушения секреции и моторики желудка и морфологические изменения его слизистой оболочки (у 30—60% обследованных). Профилактика вторичных гастритов должна включать раннюю диагностику и эффективное лечение других заболеваний системы пищеварения.

К. С. Вирсаладзе и Б. Х. Рагвелишвили (Тбилиси) нашли, что гиперацидное состояние иногда может быть вариантом нормы. Поэтому при изучении желудочной секреции необходимо во всех случаях определять абсолютное количество выделенной соляной кислоты.

Х. Бектурдиев и Ю. Фузайлов (Ташкент) считают целесообразным применение соединений кобальта для лечения хронического гастрита с секреторной недостаточностью и препаратов меди для лечения хронического гиперацидного гастрита. Больным хроническим гастритом следует назначать диету, богатую указанными микроэлементами. Такая диета является одновременно одной из мер профилактики гастрогенной анемии.

В. В. Трусов (Ижевск) получил выраженный анальгезический эффект у больных хроническим гастритом от фибромегана, кватерона и ганглерона. Применение фибромегана, кватерона, глитина, бензогексония сопровождалось четким понижением кислотности и уменьшением пепсина в желудочном содержимом, улучшением белкового и электролитного состава желудочного сока. Эти препараты оказывали благоприятное действие и на двигательную функцию желудка.

О. С. Радбиль и сотр. (Казань) наблюдали у половины больных хроническим гастритом с секреторной недостаточностью эволюцию заболевания в направлении хронического холецистита, причем у 1/5 больных хронический холецистит стал уже основным заболеванием.

Более чем у половины больных хроническим гастритом с сохраненной секреторной функцией желудка заболевание эволютировало в язвенную болезнь желудка или двенадцатиперстной кишки. При хронических гастритах с сохраненной секреторной функцией желудка необходимо применять весь комплекс противорецидивных профилактических мероприятий, включая противорецидивное лечение в осеннее и весеннее время.

Доц. С. И. Щербатенко (Казань)