

Бициллин-5 хорошо переносится, не дает побочных реакций.

Докладчики, обсуждавшие санаторно-курортное лечение в Сочи, Ялте и Евпатории (С. Р. Татевосов с соавторами, Ялта; М. В. Коханович, Н. В. Бояринова, Симферополь; О. Д. Соколова-Токомарева с соавторами, Москва; А. Г. Зверева, Сочи и др.), считают необходимым наряду с мерами, направленными на подавление стрептококковой инфекции, использовать климато-бальнеологические факторы при индивидуальном подходе для предупреждения рецидивов ревматизма и купирования латентного течения заболевания.

Д. Д. Лебедев (Москва) отметил, что неспецифическая профилактика ревматизма должна строиться по линии выработки иммунитета. Для этого важно правильное вскармливание ребенка, правильная организация его режима, закаливание и занятие физкультурой с раннего возраста.

Л. В. Иевлева с соавторами (Москва) доложила о первом опыте бициллино-медикаментозной профилактики рецидивов (обострений) инфекционного неспецифического (прогрессирующего) полиартрита. Авторы разделили больных на 2 группы. В основной группе на фоне ежедневного приема 0,25 (1 табл.) резохина в течение 3 лет больные весной и осенью получали курс бициллина по 600000—800000 ед. раз в неделю (6 инъекций за курс) с одновременным приемом 2,0 аспирина ежедневно.

В контрольной группе, одновременно с аналогичным курсом резохина, больные весной и осенью получали только один аспирин по той же методике, что и в основной группе. У больных основной группы по сравнению с контрольной количество обострений очаговой инфекции и интеркуррентных заболеваний было в 2,5 раза меньше.

О состоянии заболеваемости ревматизмом и организации борьбы с ним доложил заместитель начальника Главного управления лечебно-профилактической помощи Министерства здравоохранения СССР А. В. Шелепин. В настоящее время число кардиоревматологических учреждений возросло до 106. Благодаря работе кардиоревматологических и ревматологических кабинетов улучшилось качество обслуживания больных ревматизмом, практические врачи стали шире применять комплексную гормонально-медикаментозную терапию. Уменьшилось число больных ревматическими пороками сердца. Важным мероприятием в борьбе с ревматизмом у детей явилось увеличение числа коек в специализированных санаториях для больных детей.

Выступающие в прениях отметили, что для снижения заболевания ревматизмом необходимо расширить сеть кардиоревматологических учреждений с привлечением к массовым профилактическим мероприятиям педиатров, школьных врачей, медицинских работников общемедицинской сети. Требуется настойчивая работа терапевтов и педиатров, микробиологов и эпидемиологов по разработке и проведению совместных мероприятий по борьбе с ревматизмом.

После работы конференции состоялся симпозиум по проблемам классификации и номенклатуры ревматизма и инфекционного (прогрессирующего) полиартрита.

А. И. Нестеров предложил новую классификацию ревматизма и подробно остановился на критериях активности ревматического процесса.

Второй доклад А. И. Нестерова и М. Г. Астапенко был посвящен классификации и номенклатуре инфекционного неспецифического (прогрессирующего) полиартрита (см. табл. 1).

Авторы считают, что наиболее важным является определение степени активности болезни, и для этой цели предложили выработанные ими критерии активности инфекционного неспецифического (прогрессирующего) полиартрита (см. табл. 2).

С. И. Щербатенко (Казань)

ПРОБЛЕМА АРИТМИЙ СЕРДЦА

(по материалам пленума правления Всесоюзного кардиологического общества)

(17—19/XII 1964 г., Ленинград)

В работе пленума принимало участие более 400 специалистов из городов всех союзных республик. С докладами выступило 127 чел.

В. В. Парин и В. М. Федоров (Москва) экспериментально установили, что при неглубоких нарушениях проводимости в развитии аритмий сердца основное значение принадлежит блуждающим нервам. На высоте же развития аритмий, связанных с тяжёлым инфарктом миокарда, эффекты влияния блуждающих нервов исчезают. Авторы указывают, что всесторонний анализ значения нервной системы в механизмах нарушения и нормализации сердечной деятельности возможен лишь при учете функционального состояния сердца и особенностей межсистемных взаимоотношений целостного организма в динамике развития заболевания.

Ф. З. Меерсон и В. И. Капелько (Москва) установили, что увеличение уровня сократительной функции сердца повышает автоматизм его проводящей системы. При этом важное значение имеют два взаимосвязанных фактора — увеличение тонуса симпатического отдела нервной системы и прямое влияние гиперфункции на метаболизм клеток проводящей системы. Эти факторы действуют через одно общее конечное звено,

вызывая снижение внутриклеточной концентрации калия в структурных элементах проводящей системы.

Л. Т. Малая, А. А. Берестов, Л. И. Давыдова и Н. Ф. Шусталь (Харьков) допускают, что в основе нарушений ритма сердца при атеросклерозе лежит прогрессирующее нарушение обмена катехоламинов, сопровождающееся дефицитом калия и магния в организме.

В. Н. Бриккер и Е. И. Вольперт (Ленинград) считают потерю калия ишемическим участком миокарда при острой коронарной недостаточности важным звеном в механизме возникновения фибрилляций желудочков.

Е. А. Громова и К. Н. Ткаченко (Москва) полагают, что нарушение нормального метаболизма серотонина в гипоталамусе может быть одним из факторов, играющих роль в возникновении аритмий.

Многообразие факторов, имеющих значение в генезе аритмий, подчеркивалось и в других сообщениях, основанных на эксперименте.

Л. М. Рахлин и Т. Б. Киселева (Казань) изучали электрограммы сердца на ранних стадиях развития эмбриона и выявили разнообразные нарушения ритма. Анализируя межцентровые соотношения, координацию и субординацию центров автоматизации примитивной сердечной трубки, авторы считают наиболее достоверной гипотезу функционально-синаптических взаимоотношений в проведении импульса на «межцентровых границах».

М. Г. Удельнов и Л. В. Розенштраух (Москва) подчеркнули возможность объяснения генеза множественной экстрасистолии и фибрилляции сердца, исходя из теории гетеротопной тахисистолии.

Многие доклады, касающиеся клиники и лечения аритмий сердца, были представлены от имени больших исследовательских коллективов.

П. Е. Лукомский с сотрудниками (Москва) сообщили о клинко-инструментальном изучении нарушений ритма у больных инфарктом миокарда в терминальном периоде.

По данным А. Л. Михнева и сотрудников (Киев) в острейшем периоде инфаркта миокарда нарушения ритма и проводимости встречаются в 35,3% заболеваний, тогда как в период приступа стенокардии — лишь в 12,8%. По частоте эти нарушения встречаются в такой последовательности: синусовая тахикардия, экстрасистолическая аритмия, мерцательная аритмия, блокада правой ножки пучка Гиса, полная атриовентрикулярная блокада, синусовая брадикардия, выраженная синусовая аритмия, атриовентрикулярная блокада I степени, пароксизмальная тахикардия и т. д.

И. М. Хейнонен (Свердловск) подчеркнул, что при повторных инфарктах миокарда нарушения ритма и проводимости встречаются чаще, чем при первичных. Появление полной атриовентрикулярной блокады, групповых или политопных экстрасистол, мерцательной аритмии значительно ухудшает прогноз. Поскольку эти нарушения ритма и проводимости нередко маскируют ЭКГ-симптомы коронарной недостаточности, особое диагностическое значение, по мнению Ю. П. Мироновой (Куйбышев), приобретают динамические ВКГ-исследования.

М. Н. Тумановский, Н. М. Шестаков и В. Я. Гармаш (Воронеж) считают, что электрокардиография позволяет выявить закономерности, с помощью которых можно проводить дифференциальную диагностику митральных пороков, осложненных мерцательной аритмией.

На большом клиническом материале с использованием комплекса инструментально-биохимических исследований З. М. Волынский совместно с Т. И. Вольфсон, В. П. Гусевым, О. М. Крынским, В. С. Соловьевой, А. Н. Тарасовым и Е. И. Тюриным (Ленинград) подчеркнули значение синдрома Вольфа — Паркинсона — Уайта среди других нарушений ритма и проводимости и особенности гемодинамики в этих случаях.

В. Л. Карпман (Москва), касаясь «критической частоты пульса» при мерцательной аритмии и экстрасистолии, установил различие этого показателя у больных митральным стенозом и атеросклеротическим кардиосклерозом. А. С. Кудинов и Э. Д. Бровкович (Ростов н/Д), определяя скорость распространения пульсовой волны при мерцательной аритмии, нашли, что при атеросклеротическом кардиосклерозе она выше, чем при митральном пороке сердца.

М. Б. Тартаковский и И. Д. Пупко (Ленинград) поделились первым опытом использования автоматического экспресс-анализатора расстройств сердечного ритма при массовых ЭКГ-исследованиях населения.

В докладе Л. И. Фогельсона (Москва) были представлены материалы по оценке трудоспособности больных в зависимости от характера нарушений ритма и проводимости сердца.

Во многих докладах затрагивались разные стороны проблемы лечения аритмий сердца.

С. В. Шестаков, А. П. Паршина и Н. В. Иванова (Куйбышев) поделились большим опытом лечения мерцательной аритмии хинидином, предлагая начинать с малых доз (0,16 раз в день) сразу же после возникновения мерцательной аритмии, а при отсутствии эффекта постепенно увеличивать дозу до 0,3—0,46 раз в день. По мнению авторов, целесообразно применять хинидин при мерцательной аритмии, если она

удерживается более двух месяцев или сочетается с недостаточностью кровообращения II Б или III ст.

Ряд сообщений был посвящен лечению хинидином мерцательной аритмии после комиссуротомии, начиная его в ранние сроки.

Б. А. Королев и соавторы (Горький) отметили, что развитию мерцательной аритмии после комиссуротомии обычно предшествует тахикардия, выступающая на фоне гипоксии миокарда. Предупреждение гипоксии и борьба с тахикардией в послеоперационном периоде могут предупредить развитие мерцательной аритмии. При ее возникновении авторы рекомендуют применять хинидин по методу С. В. Шестакова на фоне сердечных глюкозидов, препаратов камфары и оксигенотерапии.

С. А. Гаджиев и В. А. Моисеенко (Ленинград) предлагают лечить мерцательную аритмию после комиссуротомии хинидином, увеличивая его дозу с 0,3 до 2,0 в сутки, а проф. Г. М. Соловьев и Б. В. Шебалкин (Москва) наряду с противоаритмическими средствами применяют и адренолитические препараты.

И. А. Черногоров и Ю. А. Кожевников (Москва), воздействуя на электролитный обмен и проницаемость клеточной мембраны путем сочетанного применения калия, глюкозы, лидазы или инсулина, получали положительный лечебный эффект у больных с экстрасистолией и пароксизмальной тахикардией.

П. М. Гринберг и Г. Н. Повх (Куйбышев) рекомендуют расширить практическое применение изоникамида с целью купирования приступов пароксизмальной тахикардии, пароксизмального мерцания предсердий, а также некоторых форм экстрасистолической аритмии. После внутримышечных инъекций (или внутривенных) 5% раствора изоникамида по 5—10 мл сравнительно быстро купировались приступы пароксизмальной тахикардии или пароксизмальной формы мерцательной аритмии. При назначении препарата внутрь по 0,5 4 раза в день предотвращались новые приступы.

М. С. Бакуненко (Москва) инъекциями кокарбоксилазы купировал остро возникшие приступы мерцательной аритмии. По его данным, на фоне дачи этого препарата у больных исчезали экстрасистолы.

З. И. Янушкевич и П. А. Шпинас (Каунас) поделились опытом использования электрической трансторакальной деполяризации сердца для устранения мерцательной аритмии атеросклеротического происхождения. Восстановление синусового ритма проводилось под поверхностным наркозом с помощью отечественного дефибриллятора (ИД-1-ВЭИ) при напряжении тока 4000—7000 в и продолжительности импульса в 0,01 сек. С целью предупреждения тромбоэмболических осложнений в течение 3 дней больным назначался гепарин, а для поддержания восстановленного синусового ритма — хинидин.

В. П. Радужкевич с соавторами (Воронеж) подчеркнул, что дефибрилляция при соответствующем оснащении достаточно проста, безопасна и должна быть выдвинута на первое место среди средств, предложенных для борьбы с мерцательной аритмией. Однако А. Л. Сыркин и И. В. Маевская (Москва) рекомендуют производить купирование приступа мерцательной аритмии и пароксизмальной тахикардии с помощью дефибриллятора лишь при отсутствии эффекта от обычных антиаритмических средств.

А. Н. Бакулев совместно с В. С. Савельевым, Б. Д. Савчуком и В. Е. Бельговым (Москва) считают наиболее эффективным методом лечения атриовентрикулярной блокады коррекцию частоты сердечного ритма постоянной электрической стимуляцией сердца. Сущность метода состоит в подчинении желудочков ритму работы электронного импульсатора. Наличие приступов Эдемс-Стокса или выраженной недостаточности периферического кровообращения, по мнению авторов, является показанием для применения постоянной электрической стимуляции сердца. Аппаратом, заслуживающим широкого внедрения в лечебную практику, А. Н. Бакулев считает имплантируемый электростимулятор «Москит», так как он полностью отвечает требованиям постоянной электростимуляции.

В. И. Бураковский, В. А. Бухарин и П. М. Гирихиди (Москва) для устранения атриовентрикулярной блокады, возникавшей при операциях на открытом сердце, применяли с хорошим эффектом прямую электрическую стимуляцию с подшиванием активного электрода к сердцу, а пассивного — к подкожной клетчатке, начиная электростимуляцию тотчас после появления признаков блокады непосредственно в ходе операции на сердце.

Успехи в лечении электростимуляцией не только атриовентрикулярной блокады, но и других нарушений ритма сердца отметили в своих сообщениях Ю. И. Бредикис (Каунас) и Е. Н. Мешалкин (Новосибирск). Последний привел экспериментально обоснованные данные о перспективах применения электрической стимуляции сердца в клинике. По его мнению, электростимуляция показана 1) при полной атриовентрикулярной блокаде с синдромом Морганьи — Эдемс-Стокса, 2) при остром инфаркте миокарда, осложненном полной атриовентрикулярной блокадой, 3) при повреждении пучка Гиса во время внутрисердечных операций, 4) при внезапной остановке сердца различной этиологии, 5) при брадикардии с недостаточностью кровообращения, 6) при врожденной полной атриовентрикулярной блокаде, сочетающейся с тем или иным пороком сердца.

В своей резолюции пленум высказался за дальнейшее развитие экспериментальных исследований по выяснению механизма возникновения аритмий сердца. При этом рекомендовано большее внимание обратить на раскрытие биохимических механизмов

нарушения функции сердца, т. к. такого рода исследования помогут внедрить в практику новые биологически активные факторы, обладающие антиаритмическим действием. Пленум рекомендовал более широкое использование электродефибрилляторов и кардиостимуляторов в содружественной работе терапевтов и хирургов по лечению аритмий, особенно при неотложных состояниях и в целях реанимации.

А. П. Голиков (Ленинград), Ю. Д. Романов (Казань)

В НАУЧНЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОБЩЕСТВАХ ТАССР

ОБЩЕСТВО ТЕРАПЕВТОВ

К концу 1964 г. в НОТ ТАССР состояло 555 врачей-терапевтов. Из них по Казани — 377 чел. (304 работали в лечебных учреждениях практической сети и 73 — в медицинском институте и ГИДУВе).

За период с I/I-64 г. количество членов НОТ увеличилось на 33 человека. Оно по численности занимает IV место среди местных обществ Российской Федерации.

За отчетный период состоялось 4 заседания правления общества, на которых рассматривались организационные вопросы (участие в работе Кардиологического общества ТАССР, созданного в конце 1963 г., подготовка заседаний НОТ, работа филиалов в районах республики, подготовка ко II Всероссийскому съезду терапевтов и др.).

Продолжали работать 5 филиалов в районах ТАССР (Зеленодольск, Чистополь, Бугульма, Лениногорск, Альметьевск) с общим числом членов 178 чел., заседания проводились в среднем 1 раз в месяц.

Продолжали свою работу секции НОТ в Ленинском, Приволжском и Бауманском районах г. Казани.

За отчетный период состоялось 9 заседаний общества в Казани, на каждом из которых присутствовало до 250 чел. Одно из заседаний было проведено совместно с Обществом кардиологов и было посвящено диагностике митрального порока и тахоосциллографии височных артерий.

На заседаниях широко обсуждались доклады, посвященные проблеме атеросклероза (минеральный обмен, состояние гипоталамической области при атеросклерозе), патологии поджелудочной железы (функциональные сдвиги, лечение ганглиоблокаторами), болезням крови (гипоапластические анемии), коллагенозам (антинуклеарный фактор при системной красной волчанке). Согласно пожеланиям практических врачей был заслушан обзорный доклад «Пороки сердца и беременность». Трибуна заседаний НОТ дважды предоставлялась рентгенологам (исследование желудка методом двойного контрастирования, значение обычного рентгеновского исследования в диагностике митрального порока). Кроме того, регулярно ставились информационные доклады о съездах и конференциях.

Члены общества в истекшем году выступали с докладами на II Всероссийском съезде терапевтов, на пленуме правления Всесоюзного кардиологического общества, участвовали в общесоюзных и республиканских конференциях.

Общество работает в тесной связи с МЗ ТАССР. Участвует в организации консультативной помощи населению в поликлиниках и больницах, а также в пропаганде научных знаний среди врачей лечебных учреждений. По инициативе НОТ в Казанском ГИДУВе был проведен месячный цикл для заведующих терапевтическими отделениями г. Казани и районов (31 чел.) по пульмонологии.

Секретарь общества Ю. Д. Романов

ОБЩЕСТВО АКУШЕРОВ-ГИНЕКОЛОГОВ

На I/I 1965 г. в обществе состоит 84 человека. Из года в год отмечается рост числа членов общества за счет врачей, работающих в лечебно-профилактических учреждениях г. Казани.

Работа общества, как и в предыдущие годы, в основном была направлена на снижение материнской и детской перинатальной смертности. В истекшем году общество провело 9 заседаний. Из них 3 были объединенные: одно — с обществом дерматовенерологов и два — с комиссией родовспоможения при Минздраве ТАССР. На заседаниях общества было заслушано 27 сообщений (21 доклад научно-популярного характера и 6 демонстраций). 3 доклада и 5 демонстраций были представлены практически всеми врачами, из них 4 являлись итогом разработки диссертационных тем.

В исследовании аспирантов Т. А. Мироновой и К. В. Воронина установлено клиническое значение цитологии влагалищного мазка в акушерской практике, что позволяет (асп. Т. А. Миронова) считать, что роды при преждевременном отхождении вод могут не наступить и можно рекомендовать сохранять беременность при отошедших водах у женщин с недоношенной беременностью. Оба метода вызывания