

статочно широко, а тактика ведения глубоко недоношенных детей с массой тела от 500 до 1000 г даже не обсуждается в акушерско-педиатрической литературе. В пособии рассмотрены причины преждевременных родов, степень риска для плода, патогенез травматизма и смерти недоношенных детей, а также особенности клиники и диагностики основных патологических состояний и синдромов. Подробно изложена диагностика синдрома дыхательных расстройств, который встречается у 97% новорожденных, а в сочетании с геморрагическим синдромом — у 25,9%. В пособии описаны методы выхаживания глубоко недоношенных детей, санитарно-эпидемиологический режим, лечение и вскармливание. Обращено внимание на профилактику недонашивания в условиях женской консультации. Подобные пособия являются полезным руководством для практических врачей и студентов, но тираж пособия явно мал.

Еще три печатных труда отражают проблему гемолитической болезни новорожденных: это «Гемолитическое заболевание перинатального периода» (авторы Б. Г. Садыков, П. С. Гуревич, И. А. Осипов; Казань, 1977), «Гемолитическая болезнь плода и новорожденного» (Научные труды, т. 50, Казань, 1978; написаны группой авторов) и «Гемолитическая болезнь плода и новорожденного» (авторы Б. Г. Садыков, Д. П. Игнатъева; Казань, 1988). Авторы, работавшие над этими книгами, являются специалистами по гемолитической болезни новорожденных. Они изучали проблему резус-конфликта и АВО-несовместимости матери и плода при беременности на протяжении последних 30 лет, поэтому в указанных работах отражен их личный многолетний опыт.

Последнее учебное пособие (1988) знакомит нас с проблемой ГБН на современном уровне, но это несколько не умаляет ценности предыдущих учебных пособий как самостоятельных научных методических работ. Несмотря на краткость изложения материал пособия представлен 12 главами, резюме и списком литературы. Описаны способы определения резус-фактора экспресс-метода-

ми и методом конглоутинации, прямой и непрямой реакции Кумбса, титрования сыворотки с антирезусными антителами, определения анти-эритроцитарных антител. Авторы обсуждают возможные ошибки и их причины при оценке резус-принадлежности. Охарактеризованы группы риска беременных, описаны гипосенсибилизирующая терапия при резус-сенсibilизации и метод лечения аллотрансплантатом, а также клинические формы ГБН; рассмотрено значение устойчивости женщин к резус-антигену и титра антител для прогноза беременности. В пособии приведены дополнительные методы прогноза состояния плода и новорожденного: исследование уровня билирубина и активности щелочной фосфатазы; показано значение эхолокации плода и плаценты. Для оценки зрелости плода, установления сроков и методов родоразрешения авторы рекомендуют определять «пенный» тестом суфферант легкого плода, время прокоагулянтного действия или клеточный состав амниотической жидкости с подробным описанием методик. Детально разобрано значение ведущего симптома — желтухи новорожденного в диагностике различных клинических заболеваний, а также уровня билирубина и его динамики в крови новорожденных.

В заключение авторы знакомят с комплексной терапией ГБН, в том числе с заменным переливанием крови. В пособии подчеркивается роль ранней диагностики АВО-, резус-конфликта, правильной гипосенсибилизирующей терапии, рационального метода родоразрешения и раннего лечения ГБН.

Данные пособия являются научными руководствами и могут быть использованы в практической работе врачами акушерами-гинекологами, неонатологами, педиатрами и в подготовке студентов, субординаторов и интернов. Остается лишь сожалеть о том, что тираж учебных пособий слишком мал (1000—1500 экз.), чтобы удовлетворить запросы практических врачей и студентов медицинских вузов.

И. И. Бенедиктов (Свердловск).

## СЪЕЗДЫ И КОНФЕРЕНЦИИ

### III ВСЕСОЮЗНЫЙ СЪЕЗД ЭНДОКРИНОЛОГОВ

(г. Ташкент, 16—19 мая 1989 г.)

Съезд был открыт начальником Управления специализированной медицинской помощи МЗ СССР А. Н. Деменковым. В своем докладе он указал на радикальные изменения в структуре службы: реорганизацию противозобных диспансеров в эндокринологические, к 1991 г. они открываются во всех столицах союзных республик, областных и краевых центрах и станут организационно-методическими центрами. Кроме того, в 1990 году во всех крупных многопрофильных больницах намечено создать эндокринологические, в том числе детские и хирургические отделения.

Научная программа съезда включала обсуждение патогенеза, клиники, диагностики, лечения и профилактики сахарного диабета, актуальные вопросы эндокринных заболеваний, механизмы гормональной регуляции в норме и патологии.

На двух пленарных заседаниях выступили академик АМН СССР Ю. А. Панков (Москва), академик АМН СССР А. С. Ефимов (Киев), академик АН УзССР Я. Х. Туракулов (Таш-

кент). Эндокринной регуляции иммуногенеза был посвящен пленарный доклад проф. Н. Д. Тронько (Киев), который продемонстрировал на примере сахарного диабета исследование механизмов развития иммунодефицитов, участие иммунологических компонентов в развитии диабетических ангиопатий, необходимость включения методов стимуляции или замещения функции тимуса в комплексе терапевтических мероприятий.

Наибольший интерес вызвал доклад проф. А. С. Ахметова (Москва) «Современные методы диагностики эндокринных заболеваний». Было наглядно показано, что для решения основных задач оптимальной диагностики заболевания, контроля активности патологического процесса и состояния пациента в динамике, разработки критериев реабилитации и прогноза требуется широкое внедрение в практику здравоохранения радиоиммунологических и иммунохимических методов определения гормонов. Необходимо совершенство-

вать лучевую диагностику: магнитно-резонансную томографию, радионуклидную визуализацию, компьютерную томографию.

На 15 секционных заседаниях было заслушано и обсуждено 180 докладов. В работе съезда приняли участие и выступили с научными сообщениями исследователи и клиницисты из многих стран.

Шкрабало Зденко (СФРЮ) отметил значение наиболее информативных критериев компенсации сахарного диабета — гликолизированного гемоглобина и фруктоземии, а также необходимость проведения микроальбуминового теста для наиболее ранней диагностики нефропатии. Кроме того, при применении биостатора можно достоверно судить о снижении чувствительности к инсулину. В диетическом лечении сахарного диабета больше внимания следует уделять количеству потребляемых животных жиров, что во много раз рискованней для развития сахарного диабета, чем употребление полисахаридов. Применение жиров растительного происхождения предупреждает развитие сосудистых осложнений. На примере Югославии доктор Шкрабало Зденко продемонстрировал европейскую модель обучения больных диабетом, которое проводится либо индивидуально (менторство), либо коллективно (заседание клубов диабетиков 2 раза в месяц). В странах Европы существует планирование помощи и системы охраны больного сахарным диабетом.

С большим вниманием был прослушан доклад Е. К. Старосельцевой (Москва) «Биохимические основы гетерогенности сахарного диабета», в котором подчеркивается несовершенство деления диабета на I и II типы, рассматривается состав инсулина, содержащего аномальный инсулин, инсулиновые ростовые факторы (ИРФ), вещества с инсулиноподобной активностью (ИПА). Нарушение секреции обусловлено не только уменьшением массы  $\beta$ -клеток, но и неспособностью синтезировать полноценные молекулы инсулина, биологические свойства которого изменены. Отсюда вытекает часто встречающаяся резистентность к пероральным гипогликемизирующим препаратам, которые при их применении могут стимулировать не активный инсулин, а ИПА, ИРФ, аномальный инсулин. Кроме того, ИРФ обуславливают клеточно-пролиферативную активность, способствующую развитию и усугублению сосудистых осложнений.

Защите жиров от перекисного окисления был посвящен доклад Ю. А. Князева и соавт. (Москва). Были изучены метаболиты арахидоновой кислоты, а также влияние терапии витамином Е в комбинации с инсулином, на фоне которой уменьшается масса тела, улучшается состояние метаболитов, снижается доза инсулина, блокируется прогрессирование диабетической катаракты и ретинопатии.

Состояние фосфорно-кальциевого обмена и кальцийрегулирующих гормонов при диабетической остеоартропатии исследовано Э. Р. Хасановой, А. М. Мкртумян (Москва). Выявлен отрицательный баланс кальция в организме, вовлекающий в процесс систему кальцийрегулирующих гормонов, вследствие чего развивается остеопения. Дана концепция патогенеза артропатии и лечение анаболическими препаратами, витамином  $D_3$  при безусловном достижении стабильной компенсации сахарного диабета.

Необычно мало было докладов по разделу детской эндокринологии. Убедительно прозвучало сообщение Э. П. Касаткиной и соавт. (Москва) об обучении принципам самоконтроля родите-

лей детей, больных диабетом, что позволяет достоверно оптимизировать инсулинотерапию и добиваться стабильного течения сахарного диабета.

З. С. Акбаров и соавт. (Ташкент) у 98 больных использовали отечественный носимый дозатор инсулина и показали уменьшение суточной потребности в инсулине, стабилизацию нефропатии, улучшение микроциркуляции в конъюнктиве и капиллярного кровообращения в нижних конечностях.

Гормонально-метаболические взаимосвязи при хронической эндогенной гиперинсулинемии изучены И. Т. Старковой и Е. К. Летовой (Москва). У больных с хронической гиперинсулинемией выявляются нарушения функций гипофиза, гипоталамуса, симпатико-адренальной системы, что в последующем служит формированию у женщин андройдного статуса, развитию сахарного диабета II типа, ожирения, поликистоза яичников. Хроническая эндо- и экзогенная гиперинсулинемия усугубляет гиперлипидемию, что приводит к необратимым сердечно-сосудистым осложнениям. Назначение парлодела снижает содержание в плазме ИРИ и С-пептида, нормализует показатели липидного обмена, замедляет развитие гипертензии.

Новые подходы к лечению аутоиммунной офтальмопатии продемонстрировал доклад Г. С. Зефировой и соавт. (Москва). С большим эффектом проведено лечение 45 больных глюкокортикоидами (преднизолоном в дозе 1 мг/кг).

В. В. Петин и соавт. (Ленинград) показали, что фолликулярная первично-яичниковая недостаточность является распространенной патологией, нередко маскируется под собирательным названием «гипоталамическая ановуляция» и может быть обнаружена с помощью функциональных диагностических тестов.

Проблеме реабилитации больных с заболеваниями щитовидной железы был посвящен доклад Ю. А. Даниса и соавт. (Каунас): необходимо обследование больных на догоспитальном этапе, затем стационарное лечение на втором этапе, реабилитационные мероприятия на курорте Бирштонас на третьем этапе и диспансеризация больных — на четвертом. Эта методика была апробирована в 4 центрах Литвы.

Большую дискуссию вызвали доклады о патогенезе идиопатических остеопорозов (Н. А. Зарубина и соавт., Москва) и остеоопении постменопаузального периода (С. М. Котова и соавт., Ленинград). Проф. А. П. Калинин (Москва) подчеркнул, что во всех ситуациях необходимо проявлять бдительность в отношении первичного гиперпаратиреоза. Авторы указанных докладов дали патогенетическую классификацию и диагностические алгоритмы, а также показали эффективность комбинированной терапии оксидом, половыми гормонами, кальцитрином.

Казань была представлена на съезде докладом В. В. Талантова, Е. Г. Насыровой и М. В. Лукиной «Конституция человека и сахарный диабет» и докладом А. М. Лукина и З. Р. Самархановой «Возможности оценки компенсации гипотиреоза». Оба доклада были прослушаны аудиторией с большим интересом.

Делегаты съезда подчеркнули, что кардинальной задачей в настоящий момент является ориентация смежных специалистов на выявление, лечение и профилактику эндокринных заболеваний.

Канд. мед. наук Т. В. Булатова,  
С. Т. Зянгирова (Казань)