

Отдел IV. Обзоры, рецензии, рефераты и пр.

1-я Всесоюзная конференция эндокринологов.

Москва 24—29 марта 1935 года.

Е. М. Ауслендер.

В работах конференции участвовало около 900 человек. В 11 заседаниях были обсуждены проблемы лизатотерапии, урогравиданотерапии, эндемического зоба, Уровской болезни, эндокринно-вегетативных расстройств, вопросы органотерапевтического производства и др.

Председатель Оргкомитета проф. Н. А. Перешевский, открывая конференцию, отметил огромные достижения советской эндокринологии. Проф. Перешевский, недавно посетивший для чтения лекций Литву, особенно подчеркнул большую разницу между условиями работы у нас, где партия и правительство делают решительно все возможное и нужное для расцвета науки, и теми чрезвычайно тяжелыми условиями, в которых пребывает наука за рубежом.

Приводим краткое содержание основных докладов, заслушанных на конференции и некоторых выступлений в прениях.

Проф. Тушинов—„Основные положения лизатотерапии в свете экспериментальных данных“. Каждому органу присущ свой собственный специфический белок. Начальные продукты тканевого распада обладают в значительной мере специфичностью и активностью своих белков. Действие лизатов самостоятельно и независимо от присутствия в них гормонов (оказывающих свое особое действие и влияние). Механизм действия лизатов чрезвычайно сложен и скорее всего должен быть отнесен к терапии раздражением. Д-р Казаков—„Механизм действия гидролизатов на опыте применения лизатотерапии“. Клиническая и экспериментальная работа с гидролизатами, изготовляемыми автоклавным способом под высоким давлением, приводит к заключению, что лизаты этого рода обладают как общим, так и специфическим действием на организм. Действие лизатов проявляется в изменении физико-химических свойств крови, в частности, дисперсности коллоидов крови и концентрации H^+ -ионов, повышении адсорбционной способности ретикуло-эндотелия, усилении дыхательной функции крови и дыхания тканей, влиянии на обмен нервной ткани и тонус нервной системы, воздействии на ассимиляционные процессы организма. Специфическое действие продуктов глубокого гидролиза не прямо влияет на одноименный орган, а идет путями химико-пластических связей коррелятивной системы органов, что подтверждается экспериментальными данными и клиническими наблюдениями. Изучение механизма действия лизатов дает теоретическое обоснование принципа полилизатности терапии, который подкрепляется и прямыми данными клинического эксперимента.

Возможность общего и избирательного воздействия полилизатной терапии на органы и системы больного организма делает показанной лизатотерапию при большинстве патологических состояний.

Практические результаты работы Института обмена веществ показывают, что лизатотерапия с успехом может быть распространена на следующие группы заболеваний: Базедова болезнь и дистиреозы, расстройств овариально-менструального цикла, желудочно-кишечные заболевания, бронхиальная астма, самопроизвольная гангрена, сахарный диабет, экзема, псориаз и другие дерматозы, шизофрения, эпилепсия, паркинсонизм, анкалозирующий спондилит, органические нервные заболевания, отосклероз, глаукома, различные обменно-эндокринные заболевания в детском возрасте, злокачественные новообразования и др. Положительные результаты лизатотерапии весьма устойчивы даже при хронических обменно-эндокринных заболеваниях большой давности.

Проф. Генес — „О механизме действия лизатов“.

1. Лизаты обязаны своим действием: а) остающимся в них гормонам (лизаты из желез внутренней секреции), значительно усиленным в своем действии продуктами белкового распада; б) наличию в них веществ, составляющих те или иные этапы на пути образования распада; в) остающимся в них „гистогормонам“, „аутогормонам“, „десмонам“; г) наличию в них высоко- и низкомолекулярных продуктов тканевого, особенно, белкового распада; д) некоторым минеральным соединениям.

2. Лизаты: а) сенсибилизируют организм к антителам, ферментам, гормонам и гистогормонам, фармако-динамическим веществам и прочее; б) раздражают, особенно патологические органы и ткани; в) стимулируют или угнетают функции, особенно больных органов и тканей в зависимости от их состояния и от доз; г) через нервную систему, вероятно, перестраивают состояние организма; д) способствуют восстановлению (функционально, а, может быть, и морфологически) нормальной деятельности нарушенных органов и тканей; е) действуют как антигены, что может касаться лишь высокомолекулярных продуктов распада; ж) действуют на клетки организма, изменяя их физико-химическое состояние в смысле большей или меньшей их проницаемости.

Проф. О. А. Стенпун — „Новые экспериментальные данные о механизме действия лизатов“. При решении вопроса о том, сохраняются ли гормоны в лизатах, необходимо к лизатам подходить как к эндокринному сырью и методами, принятыми для приготовления эндокринных препаратов, изолировать из лизатов гормонсодержащие фракции. Таким путем выявлено, что в лизатах передней доли гипофиза сохраняется гликоген, мобилизующий гормон, в овариолизате — фолликулярный гормон, в лизате надпочечников — адреналин и даже в панкреолизате — следы инсулина.

Неспецифический эффект лизатов обнаруживается в увеличении отношения ост. азота к общему азоту, и еще лучше, в усилении протеолитической ферментативной функции органов при измерении силы автолиза. Как отображение такого воздействия на органы крови появляются полипептиды. Выяснено, что таким раздражающим действием на органы обладают не все лизаты и, что очень важно, гомологичными лизатами орган менее всего или совсем не раздражается. Эффект раздражения органов и появление полипептидов обнаруживается и при введении сыровотки, молока и лизата творога.

При работе на мышках, отравляемых фосфором, обнаружилось, что предварительное введение лизата печени повышает выживаемость мышей, а одновременное введение лизата и фосфора понижает выживаемость.

мость вследствие сенсбилизации организма к яду. При этом введение лизата способствует накоплению гликогена. На изолированных сердцах теплокровных или лягушечьих удается показать более сильное действие сердечных ядов на фоне лизатов. Все эти данные совершенно не касаются лизатов Казакова, так как последние и для производства, и для эксперимента, и для клиники недоступны, и неизвестно как они делаются. Для решения вопросов, связанных с механизмом действия лизатов, приготовленных по методу глубокого автоклавного гидролиза, были поставлены опыты в 1934 г. Предстояло окончательно решить, обладают ли лизаты Казакова типичными гормональными свойствами, и действуют ли лизаты на обмен клеток. Были поставлены опыты с лизатами половой группы и лизатом щитовидной железы. Опыты показали, что испытываемые лизаты вызывают изменения в составе клеток гипофиза у кастрированных животных, т. е. возбуждают определенный морфогенетический процесс—но одновременно проведенные опыты по влиянию лизатов на половое созревание показали отсутствие веществ, подобных по своему действию половым гормонам. Это заставило допустить, что лизаты или являются сенсбилизующими веществами, или же в них могут пматься „синергичные начала“, подобные найденным Ивеном. Для решения этого вопроса испытываемые лизаты или вводились вместе с пролактом, или животные предварительно обрабатывались лизатами, а затем вводился гормон. Опыты дали отрицательный результат. Во всех случаях эффект пролана наступал одновременно у опытных животных и у животных контрольных. Таким образом, можно считать установленным, что под влиянием лизатов в организме никакой сенсбилизации в отношении гонадотропных гормонов не происходит. Добавочные опыты по возбуждению деятельности молочной железы только подтвердили опыты с пролактом.

Иные результаты получились с лизатом щитовидной железы. Уже раньше было показано, что лизат *thyreoides* вызывает определенный морфогенетический эффект, подобный содержащим белковым соединениям. Для дальнейшего анализа были поставлены опыты с влиянием лизата Т на дыхательный коэффициент у крыс. Оказалось, что в результате инъекций нормальным и тиреоидэктомированным животным основной обмен сначала повышается, а затем падает до нормы, т. е. получается эффект, сходный с тироксином или вообще с иодированными белками.

Выступившая в прениях заслуж. деятель науки проф. П. Г. Гери, говорит, что лизат совсем неопределенное вещество. Сколько бы людей ни готовили лизаты—каждый получает что-то другое. И так как лизаты получаются из органов, а органы бывают в разном состоянии, то даже у одного и того же лица не получается одинаковый лизат, надо изъять слово лизат, так как это слово ничего не говорит, кроме того, что никто ничего о нем не знает. Активное начало в этих препаратах не является продуктом гидролиза.

Доклады по клинике применения лизатов:

Д-р Казаков—„О клинике лизатотерапии“, констатирует полное излечение почти всех болезней в результате лечения лизатами.

Проф. Н. А. Шерешевский—„Непосредственные и отдаленные результаты лечения лизатами некоторых заболеваний“. Лизаты некоторых

органов и желез внутренней секреции являются активными лекарственными веществами, обладающими определенной фармакодинамикой. Применение лизатов ни при одном из известных нам заболеваний не дало излечения основного страдания, а только—улучшение различной степени. В огромном большинстве случаев лизаты влияют бодрящим образом на организм. Действие лизатов непродолжительно и наступившее улучшение обычно через 2—3 месяца исчезает. Повторное применение курса лизатов обычно дает менее интенсивные результаты. При острых и хронических инфекциях, инфекционных гранулемах и злокачественных опухолях применение лизатов противопоказано.

Проф. Брейтман—„О показаниях и противопоказаниях к применению лизатов“. Основное отличие лизатов от гормональных препаратов состоит в том, что они активно стимулируют функции организма, между тем как гормоны являются в значительной мере пассивно замещающим способом лечения.

Ошибка при применении лизатов состоит: во-первых, в неправильных показаниях, во-вторых, в неправильной дозировке и длительности лечения и, в-третьих, в неудачном сочетании множества лизатов, взаимно нейтрализующих друг друга своим физиологическим действием, т. е. в так называемом „пулеметном лечении“.

Проф. Коган-Ясный, выступивший в прениях, говорит, что он работал и с лизатами Тушнова, и с лизатами Казакова, и с лизатами, приготовленными в Харьковском институте. Там, где лизаты харьковские, тушновские давали хорошие результаты, получались те же результаты и от лизатов Казакова. В тех случаях, где не было толку от лизатов Тушнова и харьковских—не давали результатов и лизаты Казакова, применяемые по формуле Казакова. Казаков говорит о выздоровлении во всех случаях, кроме 3-х заболеваний—шизофрении, диабета и паркинсонизма. Но нельзя улучшение называть выздоровлением. На операционный стол ложатся больные, признанные „выздоровевшими“ с основным обменом равным $+60\%$.

Д-р Фрадкин—„О лизатах при глаукоме“. Глаукома не может считаться местным процессом, она является результатом общего нарушения обмена, на почве которого развиваются местные патологические явления в сложной коллоидной системе глаза. Значительный успех, достигнутый полилизатной терапией при лечении 30 случаев хронической и простой глаукомы, подтверждает гипотезу обмена эндокринного происхождения глаукомы и открывает надежду на разработку достаточно эффективного консервативного метода лечения этого заболевания.

Хария—„Сравнительная оценка лизатотерапии в ряду других терапевтических методов“.

Рабочая гипотеза о механизме действия лизатов исходит из неспецифических и специфических свойств лизатов. Как неспецифическая терапия—лизатотерапия является разновидностью протеино-терапии, „Reiztherapie“. Органоспецифичность лизатов не связана с их антигенными свойствами, а обусловлена стимулирующими свойствами продуктов распада белка клетки. Гомеоорганоспецифичность не абсолютна, а относительна. В понятие органоспецифичности лизатов необходимо включить и гетероорганоспецифичность.

Действие лизатов определяется не только продуктами распада белка и гормонами (там, где они имеются), а целым комплексом химических, органических и неорганических ингредиентов.

В ряде случаев, но не всегда, мы видим нормализацию обменных показателей и показателей функции разных органов.

Полная клиническая оценка каждого случая определяет подбор лизатов. Исходить из результатов реакции Лютге-Мерца нельзя в виду частого несоответствия ее клипической картине заболевания. Полилизатная терапия, которую применяет д-р Казаков, нецелесообразна ни с научной, ни с практической точки зрения. Сравнение лизатотерапии с гормональной терапией и с гравидано-терапией не всегда говорит в пользу лизатотерапии. Желательно и целесообразно лечение ряда случаев комбинированно: лизаты плюс гормоны или лизаты плюс обычное медикаментозное лечение. Противопоказанием к применению лизатов служит активный туберкулез легких, нефрит, нефросклероз, злокачественное новообразование. Лизатотерапия в ряде случаев — аффективный метод лечения, но не единственный, и далеко не всегда дает стойкое „выздоровление“.

Проф. Николаев — „Лизатотерапия ожирения“. Современная классификация форм ожирения основывается на патогенетическом принципе; как ведущий момент патогенеза в большинстве случаев ожирения выдвигается гипо- или дисфункция желез внутренней секреции. Экспериментальные и клинические данные заставляют придавать большое значение в развитии ожирения дисфункции и других органов и систем, особенно нервной системы, печени, ретикуло-эндотелиального аппарата и сердечно-сосудистой системы. Для правильного конструирования терапии ожирения необходимо, кроме знания эндокринного профиля, изучение функциональных состояний упомянутых выше систем. Наиболее эффективным методом лечения ожирения является полилизатная терапия в комбинации с физио-бальнео и фармакотерапией. Комплекс необходимых лизатов варьирует в зависимости от особенностей патогенеза конкретных случаев ожирения.

Каятарович — „Гормоно-лизатотерапия гиперсекреторных заболеваний желудка“. Эксперименты на животных и наблюдения на людях с препаратами гипофиза и паращитовидных желез установили их угнетающее влияние на секреторную и, отчасти, на моторную функции желудка. Препараты гипофиза и паращитовидных желез можно применять при терапии гиперацидных заболеваний желудка.

Левенсон — „Лизатотерапия гастритов и язвенной болезни“. Нег основывая говорить о лизатах, как о сколько-нибудь самостоятельном методе лечения больных гастритом и язвой желудка и 12-перстной кишки, который мог бы замесить собой старый, испытанный метод, каким является диетотерапия. На долю лизатов может выпасть роль вспомогательного терапевтического фактора, особенно пригодного в тех условиях, где имеется налицо значительное истощение и понижение общего тонуса больного.

Девирц — „Новые пути и новые перспективы в терапии кожных заболеваний лизатами“. Лизаты, вопреки гипотезе проф. Тушинова, не обладают специфически раздражающим действием на адекватную ткань, и механизм их действия в организме поκειται на каких-то иных нача-

лах. Терапия монолизатами обещает меньший успех, чем терапия полилизатами. Лизаты могут оказать свое благотворное действие при аллергических процессах десенсибилизирующим путем.

Доц. Горбовицкий—„Опыт лечения псориаза лизатами Тушнова“. В отдельных случаях лечение лизатами дает удовлетворительные результаты с полным исчезновением высып, особенно при комбинировании с другими средствами. В ряде случаев эффективность лечения не стоит выше других терапевтических методов (мышьяк, ртуть, ультрафиолетовые лучи, ванны и пр.). Действию лизатов, повидимому, легче поддаются экссудативные, наиболее распространенные клинические формы псориаза. Действие лизатов надо, повидимому, приписать влиянию на вегетативно-эндокринную систему.

Зубов и Хворов—„О лизатотерапии расстройств оварально-менструального цикла“. Лизатотерапия расстройств оварально-менструального цикла, несомненно, эффективна. Заметной разницы между терапией монолизатной и полилизатной выявить не удается. Терапия стабильными дозами и повышающимися, повидимому, равноценна. При лизатотерапии можно отметить значительное улучшение субъективного состояния. Комбинированный с физиотерапевтическими процедурами (диатермия, соллюкс, ванны и др.) метод повышает эффективность действия лизатов. Терапия лизатами хронических воспалительных процессов в тазу во избежание обострения процесса должна применяться с осторожностью.

Тюленев—„К характеристике лизатотерапии в условиях Железноводского курорта“. Лизатотерапия увеличивает эффективность курортного лечения; под влиянием гепатолизата желчеотделение увеличивается значительно больше, чем под влиянием смирновской и славянской воды.

Проф. Ратнер—„Вегетативные центры и эндокринные железы“. Вегетативные центры являются важнейшими анализаторами внутренней среды организма, главным образом, ее химических факторов, в том числе и гормонов. Ряд гормонов обнаруживает свое как взаимодействие, так и действие на отдельные функции организма через вегетативные центры. Вегетативные центры, являясь высшей регулирующей все вегетативные и трофические процессы инстанцией, регулируют и деятельность эндокринных желез. Вегетативные центры спинного мозга играют важную роль в трофике отдельных желез.

Проф. Коган-Ясный—„Обмен веществ и эндокринные расстройства“. Обмен веществ—это постоянный круговорот веществ, это вечное движение, и потому изучать его в покое,—в статике, значит, иметь фотографию только данного момента жизни организма; только динамическое изучение, только изучение обмена веществ в процессе воздействия экogenous влияния и нагрузок, влияний среды и пищи, может дать представление о физиологических и патологических процессах жизни человеческого организма. Обмен веществ и его нарушения тесно, неразрывно и непосредственно связаны с вегетативной системой, с центральной и трофической нервной системой, с сердечно-сосудистой и далее с системой всех аппаратов, органов и тканей того единого и чрезвычайно сложного целого, которым является человеческий организм. Изучение углеводного обмена, по Штауб-Трауготу, двойной нагрузкой глюкозы дало нам возможность правильно поставить раннюю диагностику диабета, подтвердив существование преддиабета.

Изучение пуринового обмена нагрузкой печенью и нуклеиново-кислым ятром, по Шитенгельм-Лейтесу—Коган-Ясному, дало нам возможность, во-первых, поставить правильную дифференциальную диагностику подагры и классифицировать различные виды мочекишечного диатеза и, во-вторых, наметить, в зависимости от формы нарушения пуринового обмена, рациональную патогенетическую терапию.

Изучение водного обмена по Фольгардту—Фару—Коган-Ясному, дало возможность подойти к дифференциальной диагностике нарушения нормального диуреза, формы ожирения и радиопального патогенетического его лечения и, прежде всего, что особенно важно, установить вытекающее из наших данных положение, что на всех питьевых курортах до назначения минеральных вод должен быть изучен водный обмен, должны быть поставлены хотя бы простые пробы на выведение воды из организма, ибо часто причина отсутствия действия при правильных показаниях минеральной воды лежит не в качествах воды, а в нарушении водного обмена организма.

Изучение жирового обмена двойной нагрузкой животным жиром по Лейтесу-Сорокину, дало возможность подойти к вопросу дифференциальной диагностики различных форм ожирения, выяснить форму нарушения помимо углеводного и жирового обмена у диабетиков и, что особенно важно, на основании данных жирового обмена установить для ряда больных диабетом рациональную и экономически выгодную диету ограничения жиров, по Адлербергер-Поргесу.

Изучение белкового обмена, основного обмена с изучением специфически-динамического действия при нагрузках углеводами и пептоном, кальциевого и липоидного обменов также дает подтверждение правильности и большой ценности именно динамического изучения обмена веществ.

Заслуж. деятель науки, проф. Плетнев, подчеркнул в речах все значение преморбидных состояний—предиабет—и изучение их на основании функциональных проб, что составляет ближайшую задачу современной медицины.

Доклад проф. Зеленина—„Кардио-нейро-эндокринный синдром“.

Доклад проф. Лейтес—„Данные к проблеме ауторегуляции жирового обмена“.

Пр.-доц. Гипзбург—„Роль нервной трофики в генезе и терапии базедовой болезни“. Ни одна из существующих теорий не дает четкого и полного представления о патогенезе баз. бол., хотя неврогенная и пилоригландулярно-тиреоидная—заслуживают внимания и изучения. Последние данные, добытые экспериментально-морфологическим методом, говорят о тесном взаимодействии нейтральной и инкреторной корреляции. Терапевтический эффект от вмешательства при баз. бол. методами, предложенными проф. Сперанским, носит в ряде случаев положительный характер.

Пясецкий и Шихова—„Сердечно-вегетативная система базедовиков“. Изменения сердечно-вегетативной системы, обеспечивающие соответствующее увеличение минутного объема, характеризуют самые ранние симптомы баз. бол. Комплексное изучение реакции сердечно-вегетативной системы у базедовиков позволяет уточнить клиническую картину болезни и выделить при этом различные типы сердечно-вегетативных расстройств.

Проф. Сперанский в прениях высказался о полигормональной терапии заболеваний щитовидной железы, исходя из того, что каждому функциональному состоянию щитовидной железы соответствует тот или иной тонус вегетативной нервной системы.

Проф. Ратнер высказывается по поводу выступления д-ра Григорьева, указывает на то, что вегетативные центры не только инвертируют, но и меняют химизм крови.

Акад. Гаусман в прениях подчеркивает громадное значение указания в докладе проф. Коган-Ясного на недопустимость промывания организма без разбору минеральными водами. Инфекционисты без критики накачивают больного физиологическим раствором, что у очень многих вызывает отечность, так как при острых инфекционных болезнях бывает скрытая гидронефрозная реакция.

Председатель проф. Брейтман делает краткое резюме прочитанных докладов, разделив их на 2 группы—теоретическую и клиническую. Среди теоретических докладов, доклад проф. Могильницкого открывает новые горизонты в изучении деталей о значении корреляции между нервными центрами мозга, с одной стороны, и эндокринными органами—с другой, что подтверждают данные ленинградских исследований. Доклад проф. Карлика также дал много ценного. В работе проф. Лейтес об ауторегуляции в организме отвечает на один из самых важных вопросов—как эта регуляция происходит.

Из клинических докладов, председатель останавливается на докладе проф. Коган-Ясного, отмечая, как и проф. Плетьев, всю важность заострения внимания на преморбидных состояниях и также особенную ценность систематического и последовательного изучения всего обмена. Все, что было сказано в области вегетативной нервной системы, приводит к прежнему неопределенному состоянию наших знаний в этой области в большую ясность.

Проф. Левит—„Проблема зоба“. Автор дает определение и характеристику эндемического зоба и патолого-анатомические изменения щитовидной железы, причем демонстрирует карту топографического распространения эндемического зоба. Автор указывает на особенность климатического лечения зоба и чрезвычайную важность профилактики.

Проф. Кучеренко „Эндемическая зобность на Украинском Полесье“. Украинское Полесье, разделяемое Днепром на Восточное (Черниговщина) и Западное (Волинь), является местностью, пораженной эндемической зобностью; выраженность эндемии на западе и на востоке различна; пораженными зобностью являются, главным образом, молодые и средние возрастные группы населения и по преимуществу—женщины. Максимум эндемии, по видимому, находится на западе Полесья.

Зоб наблюдается, главным образом, в виде так наз. диффузных форм, однако патолого-анатомическая проверка показывает, что весьма нередко имеют место и так наз. узловые формы; та же проверка показывает, что наряду с изменениями в паренхиме щитовидной железы, как правило, наблюдаются дистрофические изменения и в строме ее.

„Полесский“ зоб представляется не „нейтральным“, как правило, эта зобность сопровождается, более или менее, выраженными явлениями „дистиреооза“; та же зобность часто является причиной понижения тру-

доспособности местного населения; кретинизм на Полесье наблюдается в виде спорадических случаев и не часто.

Асланишвили — „Эндемический зоб, его профилактика и лечение“. Установлено, что, во-первых, зоб распространен в тех местах, где пьют воду прямо из источников, выходящих из-под земли и среди водорослей, а также из текущих по ложинам ручейков; во-вторых, зоб не менее распространен в тех местах, где пьют воду из реки Ингура и из скалистых источников; в-третьих, зоба почти нет в тех местах, где встречаются „минеральные источники“.

За последние десятилетия установлено, что зобатые женщины, выходящие замуж в незобатые районы, в районы минеральных источников, за 2—3 года совершенно излечиваются от зоба. И наоборот, женщины, выходящие замуж в районы распространения зоба, в первые же годы, главным образом, в период беременности, приобретают зоб.

Применение вод минеральных источников в качестве профилактического и лечебного средства против зоба, начатое с лета 1933 г., дало свои положительные результаты уже через один год.

Впервые в 1934 г. была получена в естественном виде иодированная соль из минеральных источников Верхней Сванетии. Полученную на месте же иодированную соль, которая в будущем будет там же обрабатываться заводским путем, рационально было бы использовать в эндемических зобных районах, где не имеется минеральных источников.

Доклад проф. Акухита — „Материалы к изучению зоба на Амуре“.

Амурский зоб представляет ряд особенностей, свойственных зобу низменностей и легко уступает иодному лечению и иодной профилактике. Иодная профилактика в короткий срок дала полную ликвидацию острых форм на материале около 2 тыс. случаев. Успех иодной профилактики и лечения и анализы химиков указывают на некоторую недостаточность иода в воде и почве Приамурья, как на основную причину эндемии.

Председательствующий проф. Коган-Ясный в своем резюме отметил, что вопросы об эндемическом зобе занимают исключительно важное место, что эндемический зоб — это социальное бедствие. Нехорошо то, что каждая область, каждый институт и отдельные врачи работают на свой риск и страх. Необходимо эти усилия объединить под единым руководством для организованной борьбы с эндемическим зобом.

Проф. Шипачев — „Современное состояние учения об Уровской болезни“. В настоящее время установлены два принципиально важных в этиологическом отношении момента: 1) Питьевая вода является одним из главнейших факторов в развитии болезни и 2) У. б. развивается в отягощенном витаминнозом организме.

Попытки установить взаимосвязь между напряженностью уровской болезни и содержанием в питьевой воде свинца, золота, кадмия и проч. не дали положительных результатов. Радиоактивность питьевых вод является фактором, смягчающим эндемию.

Изучались показатели загрязнения питьевых вод; при этом установлено, что высокие показатели загрязнения вод не всегда совпадают с высокой заболеваемостью. Установлено, что вода в Уровском районе в наиболее пораженных селах имеет более низкие показатели биологической активности, а кипяченая вода этих источников обладает депрессивным действием.

Хворов и Николаев—„Клиника Уровской болезни“. Уровская болезнь является эндемическим общим заболеванием всего организма, сопровождающимся остеокаррозом. Последовательность поражения суставов, выступающая при анализе анамнестических данных, есть лишь результат разновременного выявления симптомов при общем системном поражении тила остеоартроза специфического характера, имеющего массовый характер только в В. Забайкалье.

Поражение мышечной системы выявляется значительно ранее грубых нарушений функций суставов и усиливается с последними. Ряд симптомов (вазомоторные нарушения, изменения мышц голени и предплечья и др.) позволяет определять ранние признаки У. б. и уточнить ее классификацию, дать новые представления о патогенезе. Патогенетическая сущность У. б. хондродистрофии и зоба совершенно различны, как и их этиологии. Инфекционное происхождение У. б. следует отвергнуть.

Представление о патогенезе У. б., как о заболевании всего организма, при котором вазомоторные нарушения в ранних стадиях обуславливают ишемические явления в различных тканях (мышцы, энцефалы, хрящи и т. д.), нарушение питания и отставание в развитии, подтверждается патогистологическими, рентгенологическими и другими исследованиями.

Проф. Попов—„Клиника Уровской болезни у детей“.

Доминирующими симптомами У. б. у детей являются поражения костно-суставного и мышечного аппарата, эндокринной и вегетативной систем, а также лимфатического аппарата.

Начальные синдромы У. б. должны быть отнесены к периоду раннего детского возраста; видимое начало проявления У. б. отмечается на втором году жизни. Максимум поражений У. б. детей падает на возраст 13—17 лет, когда клиника У. б. детей почти подобна клинике взрослых. Определенному Уровскому симптомокомплексу предшествует „предуровский стадий“, первыми симптомами которого служит общее расстройство организма, слабое развитие детей, явление гипотрофии и проч. Изменения со стороны костно-суставного аппарата неодинаково выражены в различные возрасты детской жизни, усиливаясь в своих проявлениях в более старшем возрасте (с 14 лет). Нежный хруст в суставах в виде крепитации является характерным показателем начальных проявлений болезни, тогда как болевой признак возникает позже. Лимфатическая система в первые годы болезни дает массовое поражение периферических желез и миндалин. Расстройства пищеварительной системы у детей, а равно и у взрослых занимают видное место в симптомокомплексе У. б. Кровяное давление у детей—уровнев в большинстве случаев характеризуется состоянием гипотензии. У. б. не является отрицательным фактором, резко тормозящим психическое развитие детей, а равно не сказывается на половом созревании.

Сочетание полиартритов с изменениями в щитовидной железе в эндемических очагах болезни говорит о близости этих страданий в смысле эндемической дистрофии. Отсутствие увеличения щитовидной железы у детей до 3-летнего возраста говорит против мнения о зобе, как о предшествующем стадий У. б.

Д-р Замков—„Применение гравидана в медицине“. Гравидан представляет собой биологический комплекс, и действие его на организм—комплексное. Метод выражения активности гравидана в М. Е. является

неполноценным и не отвечает практическим задачам овладения дозированной. Индивидуализация методики применения гравидана основана на индивидуальной реактивной способности организма. Применение гравидана в клинике человека и патологии животных показало действительность гравидана, как специфического и неспецифического средства. Степень и стойкость эффекта весьма колеблется и зависят от целого ряда причин, лежащих как вне, так и внутри организма.

Применение гравиданотерапии связано с многочисленными проблемами и многосторонними исканиями. Для полного овладения методом уро-гравиданотерапии и его теоретического обоснования требуется дружное усилие всех работников советской медицины.

Д-р Стрельчук.—Гравиданотерапия наркоманий*.

Влияние гравиданотерапии при алкоголизме и морфинизме сказывалось, прежде всего, быстрым повышением общего жизненного тонуса и восстановлением трудоспособности. Со стороны психической сферы оно выражалось: в смягчении явлений алкогольной и морфинной абстиненции, в повышении настроения и исчезновении суицидальных мыслей, в исчезновении влечения к алкоголю и морфию, в улучшении сна и памяти.

Соматические сдвиги выражались: улучшением аппетита, нарастанием веса, увеличением мышечной силы, улучшением состояния сердечно-сосудистой системы, уменьшением дистонии желудочно-кишечного аппарата в мочеотделительной системе.

Длительность наблюдений убеждает в стойкости полученного эффекта.

Проф. Шерешевский в своих отзывах отмечает, что моча беременных является ценным терапевтическим средством, но для применения этого препарата надо руководствоваться ведущим терапевтическим агентом, содержащимся в этой моче—проланом и фолликулином.

Председательствующий, заслуж. деятель науки, проф. Илетнев, предостерегает от той точки зрения, что противопоказаний к применению гравидана нет, ибо он сам наблюдал неоднократно резкое ухудшение и при эпилепсии, и при туберкулезе, и при ряде других заболеваний. Не все еще противопоказания выработаны, но они имеются, и, безусловно, гравидан не безопасен, как некоторыми утверждается. Нужно разобратся, что из себя представляют биохимически и терапевтически отдельные ингредиенты мочи, постараться выделить полезное и устранить токсичность, которая, конечно, имеется.

Проф. Хавия—„Тонизация организма органо-препаратами*.—Органо-препараты, в частности гормонопрепараты, являются активными средствами для повышения тонуса организма. Показателями пониженного тонуса являются субъективно-быстрая утомляемость, общая слабость, головные боли, расстройство сна и т. п.; объективное понижение производительности труда, потеря веса и др.

Тонизирующее действие органо-препаратов изучалось на лицах с пониженным тонусом при отсутствии у них органических заболеваний в стадии нарушенной компенсации. Применение тонизации организма органо-препаратами в производственной обстановке дало в большинстве случаев положительные результаты как субъективные, так и объективные, подтвержденные психофизическими обследованиями.