

майло — Киев), возникшую в результате атрофических процессов в альвеолярной ткани, которая приводит к расширению альвеол и уменьшению капиллярной сети легких. Кроме того, у пожилых лиц часто наблюдается атрофия дыхательных мышц, нарушение подвижности грудной клетки (М. Б. Коломская, М. С. Осиновская — Днепропетровск — Москва). Установлено, что бронхоспазм встречается даже при отсутствии патологического процесса в легких. Он обусловлен изменениями в эпителии, дистрофическими процессами, грубыми нарушениями стромы бронхов (В. А. Добрынин — Краснодар); характерны различные проявления кислородной недостаточности. Увеличивается частота дыхания. Оно становится поверхностным и у большинства приближается к смешанному типу (В. И. Джемайло — Киев).

Были подчеркнуты отличительные черты течения хронических неспецифических пневмоний в пожилом и старческом возрасте. Отмечалось подострое начало заболевания, более тяжелое и длительное течение пневмоний; температурная реакция и изменения периферической крови выражены нерезко. Часто хронические и неспецифические пневмонии протекают с выраженным астмоидным синдромом. В патологический процесс быстро вовлекается сердечно-сосудистая система, особенно правое сердце (С. С. Байзанова — Фрунзе). А. М. Елисеева, В. С. Полтырев и др. (Иваново) отмечают, что бронхопневмония у пожилых и стариков развивается часто на фоне патологически измененной легочной ткани, поэтому протекает атипично, принимает затяжное течение, рентгенологические очаговые изменения выявляются с трудом (лишь в 42,5%), со стороны крови наблюдается не лейкоцитоз и нейтрофилез, а лимфопения и эозинофилия. Часто развивается бластоматозный процесс на фоне хронической неспецифической пневмонии.

Для декомпенсации хронического легочного сердца характерен ярко выраженный геморрагический синдром, не наблюдаемый обычно при других формах декомпенсации; на этом основании выделяется особый тип декомпенсации, названный И. П. Лернером (Киев) «геморрагическим типом сердечной декомпенсации», где на первый план выступают острые желудочно-кишечные кровотечения (кровотечение из язвы желудка, дуоденум, при геморрагическом гастрите), крововзлияния в толстый кишечник, геморрагии в кожу и слизистые оболочки. Для декомпенсированного хронического легочного сердца характерна также «гипоксическая энцефалопатия», проявляющаяся целым рядом нервно-психических расстройств и приводящая к коматозному состоянию («аноксемическая кома», «гиперкапническая кома»).

Лечение больных пожилого и старческого возраста, страдающих заболеваниями легких, проводится обычными средствами с обязательным включением сердечно-сосудистых препаратов, ингаляций кислорода и приема витаминов (А. Н. Вапра — Тарту и др.).

И. И. Волощенко (Киев), исследуя лиц, которые по состоянию здоровья приближались к естественно стареющим, отметил, что с возрастом у людей атрофия складок слизистой желудка увеличивается. Выявлено заметное снижение тонуса желудка, опущение его, увеличение гипоацидных состояний. Если в пожилом возрасте анацидное состояние обусловлено функциональным нарушением со стороны желудка (почти наполовину оно уменьшается после введения гистамина), то у стариков это явление можно связать с органическими изменениями в желудке — анатерией. В первую очередь с возрастом изменяется секреторная функция, затем кислотообразующая при сохранении моторной и экскреторной.

Особенностями течения язвенной болезни у лиц пожилого и старческого возраста является следующее: болевой синдром выражен нерезко и у большинства больных не имеет строгой периодичности в связи с приемом пищи; преобладание отрыжки (82,8%) среди диспептических расстройств; изжога бывает значительно реже (33,1%), рвота менее характерна для пожилых; при пальпации живота — болезненность в эпигастрии; снижение аппетита, похудание, умеренная анемизация; осложнения язвенной болезни с возрастом учащаются, это относится в большей степени к кровотечениям, стенозированию, относительно в меньшей степени встречаются пенетрации, перфорации (А. Г. Гукасян, А. Ю. Иванова-Незнамова — Москва; А. И. Горбашко — Ленинград; и др.).

И. Г. Салихов (Казань)

## ПЯТОЕ СОВЕЩАНИЕ ПО ФИТОНЦИДАМ

УДК 615.7—615.32

25—28/IX 1965 г., г. Киев

Б. П. Токин (Ленинград) считает, что фитонциды не случайные продукты растений, а закономерно возникающие при обмене веществ. Фитонциды — фактор иммунитета растений в борьбе с микроорганизмами. При травмах растений резко возрастает выделение фитонцидов.

Б. Е. Айзенман (Киев) сообщила, что из 700 исследованных растений получено больше всего антибиотиков, действующих на грамположительные и меньше на грамотрицательные бактерии.

По биохимической структуре фитонциды неодинаковы. Наиболее активными фитонцидами растений являются эфирные масла, но могут быть и глюкозиды и др.

Многие фитонцидные вещества внедрены в медицинскую практику. Иманин (из зверобоя) и новоиманин успешно применяются в офтальмологии, хирургии; они действуют на вирус мозаичной болезни табака. Препараты из подсолнечника действуют на грамположительные бактерии и применяются при стафилококковом энтерите. Сальвин (из шалфея) действует на гемолитические стрептококки при ангинах; изучаются препараты из чистотела, череды, из хвойных растений, лука, чеснока, свеклы.

Растительные антибиотики отличаются от грибковых тем, что к ним не отмечается привыкания (иманин); растительные препараты стимулируют защитные силы организма.

А. П. Дегтярова с соавторами (Ялта) сообщила о результатах изучения антимикробного действия миртового масла (из листьев) на грамположительных микробах; в разведении 1:80000 оно действовало бактериостатически. Положительное действие его отмечено при лечении туберкулеза у морских свинок. Получены удовлетворительные результаты при лечении тонзиллитов; улучшение отмечено при лечении кандидозов, сопутствующих туберкулезу. Миртовые препараты (масло, настойки) обладают антимикробным действием, отхаркивающим, противовоспалительным и стимулирующим защитные силы макроорганизма.

Ряд докладов был посвящен изучению антимикробных свойств растений в разных зонах СССР.

В. П. Тульчинская с соавторами (Одесса) изучала антимикробные свойства некоторых представителей морской флоры и фауны. Антимикробная активность выявлена у морских водорослей, устриц, губок и крабов.

П. К. Булатов с соавторами доложил о лечении больных с различными воспалительными заболеваниями органов дыхания фитонцидами чеснока и абиенолом. Получен положительный эффект, но, конечно, не во всех случаях.

И. Е. Новиков (Саратов) изучал роль фитонцидсодержащих пищевых растений (лук, чеснок, хрен и др.) в рационе питания и профилактики желудочно-кишечных заболеваний. Автор нашел, что фитонциды пищевых растений не только действуют бактерицидно, но способствуют устойчивости макроорганизма.

А. Т. Слабоспицкая (Киев) сообщила об успешном лечении иманином и новоиманином детей, больных хроническим тонзиллитом.

Стрептококки и стафилококки, резистентные к антибиотикам грибкового происхождения, оказались чувствительны к иманину и новоиманину; бактерицидное действие этих препаратов проявлялось соответственно в разведении 1:25 000 и 1:1 000 000.

П. С. Волосовец (Киев) сообщил, что новоиманин оказывает губительное действие на микрофлору рук (стафилококк, сарцина, сенная палочка) в разведении 1:20 000 000. Препарат хорошо подсушивает кожу и операционное поле.

Л. З. Гейхман (Киев) сообщила о благоприятном влиянии летучих фитонцидов дуба на больных гипертонической болезнью.

Ряд докладов был посвящен прополису (клей медоносной пчелы).

Е. К. Наумова (Казань)

УДК 616-006-617.52-089-616-716-1-616-716.4

## ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОПУХОЛЕЙ В СТОМАТОЛОГИИ

VII пленум правления Всесоюзного общества стоматологов и III выездная сессия Центрального института стоматологии (23—25/IX 1965 г., Таллин) обсуждали необходимость создания в системе онкологической службы стоматологического центра для изучения опухолевых заболеваний челюстно-лицевой области, их статистической обработки, а также выработки рекомендаций по диагностике и лечению больных с новообразованиями полости рта и челюстей.

Расширение профилактической направленности в деятельности стоматологических учреждений, увеличение числа посещений в связи с ростом сети и кадров дают возможность стоматологам больше чем другим специалистам сталкиваться с большими и выявлять особенно начальные стадии онкологических заболеваний челюстно-лицевой области как доброкачественные, так и злокачественные.

Особое внимание следует обращать на группу больных среднего и преклонного возраста, чаще других обращающихся к врачам-ортопедам для протезирования зубов и челюстей. Стоматологи должны быть знакомы со структурой организации онкологической помощи.

Больные с предраковыми заболеваниями (дискератозы, лейкоплакии, папилломатоз кожи лица и слизистой полости рта, длительно незаживающие рубцы после ожогов, хронические язвы) должны находиться на учете как в онкологических кабинетах, так и в стоматологических.

Одновременно надо устранить все предрасполагающие факторы для развития опу-