

эффект, проявляющийся ослаблением симптомов болезни, нормализацией биохимических проб.

Проф. И. А. Кассирский сообщил о лечении болезней крови кортикостероидами, которые снижают проницаемость капилляров, стимулируют деятельность костного мозга, повышают свертываемость крови, снижают аллергическую активность организма. На фоне антибиотиков и цитостатических средств их применение при лейкозах приводит к временному гематологическому эффекту (большие дозы дексаметазона и триамсинолона — 1,7—2 мг на 1 кг веса при острых лейкозах). Эффект получен при тромбопенической пурпуре (воздействие на сосудистый фактор), гемолитической анемии и агранулоцитозе (подавление иммунных аутоантител, освобождение органов от аутоагрессии).

Проф. М. Я. Ратнер с соавторами сообщили о кортикостероидной терапии при нефритах. При остром нефрите полное исчезновение симптомов болезни отмечено почти у половины больных, при хронических — в 14%. При нефротическом синдроме остро и хронического нефрита выявлена меньшая частота ремиссий, чем при других формах болезни. Снижается она и при длительности болезни свыше 3 лет. При нефротическом синдроме с диастолической гипертензией частота ремиссий больше, чем без гипертензии. Частота ремиссий выше при мембранозных типах изменений, нежели при пролиферативно-фибропластических (характер морфологических изменений определялся методом пункционной биопсии).

А. В. Виноградов с соавторами поделились опытом применения антагонистов альдостерона (альдоктон) при сердечной недостаточности. Развитие отеков при сердечной декомпенсации, по их мнению, не зависит от активности альдостерона, небольшое увеличение экскреции которого отмечено у этих больных. А альдоктон при этом эффекта не оказывает (полное его отсутствие было в $\frac{1}{3}$ случаев), обладая слабо выраженным мочегонным действием.

Пленум избрал председателем ВНОТ действительного члена АМН СССР Героя Социалистического Труда профессора Е. М. Тареева.

Ю. А. Розенблит (Москва)

УДК 616.36—002—036. 92

ПРОБЛЕМЫ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ГЕПАТИТА

(XVIII научная сессия института вирусологии им. Д. И. Ивановского)

30/XI—3/XII 1965 г., Москва

Несмотря на обилие экспериментальных исследований, в последнее время изучение этиологии гепатита Боткина не дало существенно новых данных. Зато раздел эпидемиологии и профилактики гепатита Боткина был представлен весьма интересными сообщениями, в частности о путях передачи этой инфекции, а также о результатах и перспективах гамма-глобулиновой профилактики гепатита.

По вопросу о путях передачи инфекции единого мнения не было. В. А. Башенин (Ленинград) высказался за воздушно-капельный путь. Е. А. Пакторис (Москва) представил материалы, подтверждающие, что у детей преобладает воздушно-капельная форма передачи. У взрослых ведущей формой передачи гепатита Боткина является парентеральная. Водный путь заражения играет одинаковую роль и у детей, и у взрослых.

Кима сообщил о существовании осенних подъемов гепатита Боткина в ГДР и о связи этих подъемов с биоклиматическими условиями.

К. Шолт привела данные по снижению заболеваемости гепатитом Боткина в Венгрии, указала на энтеральный путь передачи и сходство с эпидемиологическим процессом при полиомиелите.

И. Караголев, приводя материал по гепатиту Боткина в Болгарии, подчеркнул, что у детей основным путем передачи является кишечный, а у взрослых — комбинированный: кишечный и инокуляционный. Последняя форма передачи у взрослых бывает в 5 раз чаще, чем у детей.

Э. Н. Кибиткина (Рига) на основании изучения гепатита в Латвийской ССР пришла к выводу, что сезонность гепатита Боткина у детей и взрослых одинакова. Она отметила большую поражаемость этой инфекцией медицинского персонала.

Е. Н. Тер-Григорова (Москва) высказала свои соображения о возможности трансплацентарного пути заражения при гепатите Боткина.

Установлено, что гамма-глобулиновая профилактика гепатита Боткина у детей эффективна. Она способствует уменьшению заболеваемости как желтушными, так

и безжелтушными формами гепатита Боткина. Однако вопрос о профилактике этого заболевания нельзя считать решенным.

Е. А. Пакторис (Москва), Д. Червенка (Чехословакия), Г. П. Трухан (Киев), Д. Е. Зибицкер (Минск), З. В. Беляева (Одесса), Н. Н. Лапин (Донецк), Г. П. Степанов (Москва) и другие в своих докладах подчеркнули свойства гамма-глобулина после однократного введения сохранять активность по отношению к желтушным формам гепатита Боткина на протяжении 6 месяцев и более. При этом они не установили существенной разницы между профилактической активностью доз 3 мл; 1,5 мл; 1 мл. Рекомендовано организовать введение гамма-глобулина в предэпидемическом сезоне (сентябрь) в коллективах, наиболее подверженных опасности заражения гепатитом Боткина (детские, дошкольные учреждения и младшие классы школ).

Особый интерес вызвал доклад А. Д. Блюгера (Рига) о сущности экскреторно-билиарного синдрома как одного из патогенетических факторов, обуславливающих клиническую вариабельность гепатита Боткина. Автор указал на некоторую стереотипность реакции печени на повреждение, выражающуюся, например, в ферментемии, холестазае, и дал дифференциацию понятия «холестаз» в морфологическом и клиническом смысле.

Б. К. Беспрозванный (Москва) представил патогенез гепатита Боткина в виде нескольких этапов: 1-й этап — первичная массивная репродукция вируса в брыжеечных лимфатических узлах; 2-й этап — первичная генерализующаяся вирусемия с поражением главным образом РЭС печени и печеночных клеток; 3-й этап — вторичная вирусемия, обусловленная поступлением вируса из клеток РЭС и печеночных в кровь.

Д. М. Брагинская (Москва) установила снижение активности некоторых ферментов в пунктатах печени в первые 10 дней болезни и повышение лишь к 11—20 дню желтушного периода, а также отсутствие полной обратной корреляции между ферментативными показателями в ткани печени и сыворотке крови.

М. Х. Исмаилова (Москва) считает, что при решении вопроса о целесообразности гормонотерапии у больных гепатитом Боткина необходимо учитывать показатели суммарных и свободных 17-оксикортикостероидов в динамике болезни, а также выделение уропепсина.

И. С. Присс (Москва) указал на большое значение изучения патологических белков (парапротеинемии) в крови больных гепатитом Боткина.

По данным В. Г. Шугайло (Тернополь), чем тяжелее протекает гепатит Боткина, тем более выражено снижение количества натрия в суточной моче и количество хлоридов в крови.

На заседании, посвященном диагностике гепатита Боткина, был поставлен вопрос о необходимости и возможностях совершенствования лабораторной диагностики этой инфекции.

Ц. Вагенкнехт, Г. А. Андерс, К. Шпис (ГДР) предложили экспресс-метод количественного энзиматического определения (трансаминаз и альдолазы) в сыворотке больных гепатитом Боткина. Метод отличается простотой, высокой чувствительностью, требует небольшого количества сыворотки (0,1 мл) для исследования.

Д. М. Брагинская (Москва) рекомендует для диагностики безжелтушных форм гепатита Боткина использовать определение активности ферментов, специфичных для печени: сорбитдегидрогеназы и фруктоза-1-фосфата альдолазы.

А. П. Куперштейн (Караганда) отметил, что для диагностики гепатита Боткина в дожелтушном периоде большое значение имеет определение активности трансаминаз, а на поздних сроках болезни — осадочные реакции (тимоловая проба), тесты жирового обмена; в стадии поздней реконвалесценции необходимо определять белковый спектр сыворотки крови.

С большим вниманием было заслушано сообщение Т. Я. Вайнштейн (Москва) о диагностической ценности определения в сыворотке крови активности органоспецифического фермента уруканиназы.

Н. И. Кривая-Ушеренко (Одесса) привела данные о внутрикожной реакции при диагностике гепатита Боткина.

А. М. Вильдерман (Караганда) полагает, что диагноз гепатита Боткина у больных туберкулезом может быть поставлен лишь на основании стойкой симптоматики, динамики проб на активность трансаминаз.

Д. Ренгер (ГДР) сообщил о возможности использования ультразвуковой гепатограммы при дифференциальной диагностике заболеваний печени.

Доклад Е. М. Тареева (Москва) был зачитан Е. Л. Назаретян. В докладе подчеркивалась важность диагностики субклинических, стертых, безжелтушных форм гепатита Боткина. По данным автора, уточнению диагноза помогает определение в моче фруктозы и трансаминазы. Важны также микроскопические методы изучения ткани печени. Высказано предположение, что хронический гепатит и цирроз печени чаще развиваются при сочетании двух или нескольких гепатотропных факторов: эпидемического гепатита и герпетической инфекции, реовирусной инфекции.

О печеночном синдроме и желтухе при герпетической инфекции доложила Е. Л. Назаретян (Москва). Зачастую это заболевание ошибочно трактуется как эпидемический гепатит.

А. Л. Струцовская (Москва) представила материал о вспышке реовирусной инфекции, протекавшей с печеночным синдромом и желтухой, среди детей одного детского учреждения. Высокая контагиозность, равная степени тяжести, обратимость симптомов к 3—5 дню болезни, отсутствие в моче уробилина и желчных пигментов, нормальный уровень трансаминаз позволили исключить гепатит Боткина. Из фекалий больных был выделен реовирус 11 серотипа.

Н. И. Нисевич (Москва) указала на необходимость создания диагностических отделений и организации специальных отделений санаторного типа для долечивания детей с остаточными явлениями.

Сообщение И. В. Шахгильдяна (Москва) было посвящено значению пункционной биопсии печени у детей для определения сущности патологического процесса при различных формах гепатита Боткина. Принципиальная разница морфологических изменений печени по данным пункционной биопсии печени при желтушных, безжелтушных и субклинических формах наступает лишь в поздние сроки болезни.

Н. А. Фарбер (Москва) подчеркнул, что существует прямая связь между тяжестью гепатита беременной женщины, степенью доношенности и весом плода.

Формирование уродств зависит от того, на каком сроке беременности женщина заболела. Чаще уродства развиваются при заболевании, возникшем в первой трети беременности. При инфекционном гепатите нередко наступают преждевременные роды. При заболевании женщины на ранних сроках беременности показан аборт.

О влиянии вторичной бактериальной инфекции желчных путей на течение эпидемического гепатита сообщил В. С. Минервин (Одесса). В ряде случаев «боткинский» холангит протекает стерто, вяло, без увеличения количества лейкоцитов и ускорения РОЭ. Поэтому автор рекомендует шире применять дуоденальное зондирование.

Л. С. Киржнер (Москва) на основании реогепаатографии, производимой реографической приставкой РГ-1-01, подключенной к двухканальному электрокардиографу, установил различной степени нарушения кровотока в печени у больных гепатитом Боткина.

Б. Л. Угрюмов, А. Д. Вовк (Киев) объясняют тяжелое течение сывороточного гепатита с частым исходом в хронический гепатит и цирроз печени прежде всего наличием тяжелого сопутствующего заболевания (сахарный диабет, туберкулез и др.) и в меньшей степени свойством самого вируса.

Большой интерес вызвало сообщение Ю. М. Роголь (Москва) об опыте работы лаборатории централизованной стерилизации медицинского инструментария. Этот метод высвобождает персонал для ухода за больными и дает определенную экономию в электроэнергии, а главное — исключает возможности парентерального пути заражения гепатитом Боткина.

Д. К. Баширова, Н. П. Васильева, О. И. Гаркави (Казань)

УДК 613. 6—614. 6—616—057—612. 014. 46

ВОПРОСЫ ГИГИЕНЫ ТРУДА И ПРОФПАТОЛОГИИ В ХИМИЧЕСКОЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ

23—24/III 1966 г., Саратов

Доклады были посвящены вопросам гигиены труда и профессиональной патологии в химической промышленности, а также санитарной охране атмосферного воздуха, реки Волги и почвы от загрязнений промышленными выбросами и производственными сточными водами.

Зав. горздравотделом Б. Д. Резников изложил очередные задачи по медицинскому обслуживанию рабочих химической промышленности г. Саратова.

Проф. Л. И. Лось сообщил об итогах и перспективах работ Саратовского медицинского института по изучению вопросов гигиены и профзаболеваний в химической промышленности.

Ведущими факторами в гигиенической характеристике условий труда в производстве нитрила акриловой кислоты (НАК) является загрязнение воздушной среды, производственного оборудования, одежды, кожных покровов рабочих акрилонитрилом, ацетиленом и его гомологами. Поступление токсических веществ в воздушную среду обусловлено несовершенством оборудования, нарушением его герметичности. Существующая вентиляция не обеспечивала необходимой чистоты воздуха.

Проф. А. В. Ульянова, Т. С. Агеева (клиника нервных болезней) выявили у большинства рабочих, занятых в производстве НАК, неврастенический синдром и вегетативные расстройства с колебаниями АД и сосудистого тонуса.

Г. Я. Цаур (кафедра общей гигиены) пришла к выводу, что установленный одинаковый с рабочими режим для учащихся профтехучилища, осваивающих профессию аппаратчика в цехе НАК, оказывает такое влияние на их физиологические