

матической отягощенности. По их данным, у 30% лиц, находившихся 4—6 месяцев в психиатрических стационарах Казахской республики, был хороший эффект в течение 8—12 месяцев. Это были лица с небольшой давностью алкоголизма и положительными установками на труд; больные же, длительно злоупотреблявшие алкоголем и с выраженной деградацией личности, по окончании такого же курса лечения поступали с рецидивом алкоголизма в 2,5 раза чаще. Поскольку такие больные в условиях обычного стационара не выдерживали лечебный режим и вносили дезорганизацию в работу отделения, встал вопрос о специальной лечебно-трудоустройственной колонии в системе Министерства охраны общественного порядка.

С. В. Курашов в своем докладе указал, что социальный аспект проблемы алкоголизма требует привлечения значительно большего внимания к борьбе с алкоголизмом со стороны внебольничной психиатрической сети. Областные и городские диспансеры должны организовать в городах и областях всю работу, связанную с амбулаторным лечением страдающих хроническим алкоголизмом. Назрел вопрос о создании в крупных городах специальных стационаров для страдающих алкоголизмом с тем, чтобы в дальнейшем освободить психиатрические больницы от этого контингента больных. Работу по созданию на местах специальных закрытых учреждений для принудительного содержания и трудового перевоспитания лиц, страдающих хроническим алкоголизмом, в системе органов общественного порядка можно вести только при активной помощи местных советских, партийных и профсоюзных организаций.

Е. С. Станкевич
(Казань)

НАУЧНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ САРАТОВСКОГО МЕДИЦИНСКОГО ИНСТИТУТА ПО ПРОБЛЕМЕ «РЕВМАТИЗМ»

(14—15/X 1963 г.)

В конференции участвовали интернисты, педиатры, невропатологи, оториноларингологи, психиатры и патологоанатомы.

Проф. П. И. Шамарин в докладе «К вопросу о распознавании ревматических кардитов» заострил внимание на диагностике первичного или возвратного ревмокардита без клапанного порока, а также выявлении латентных форм ревмокардита. Он указал на ошибку клиницистов, которые к латентному ревмокардиту относят вялотекущие, с клинически маловыраженными симптомами. Это не мобилизует врачей к стремлению распознавать действительно скрыто протекающие формы его. Ранее выявление латентного ревмокардита на данном этапе возможно. Путь к этому — тесный контакт педиатров и терапевтов, диспансерный метод обслуживания и наблюдение лиц с предполагаемым ревматизмом, а также профилактическое обследование некоторых групп населения, в первую очередь детей и подростков, поиски специфических для ревматизма антигенов и особенностей нарушений в обмене веществ больных ревматизмом.

Г. К. Бутковский с помощью реакции непрямой агглютинации изучал соотношение между антигенами и антителами в различные периоды течения ревматизма и пришел к выводу, что наряду с антигенами стрептококка в крови больных, очевидно, присутствуют антигены иного происхождения (вирус или аутоантигены) и соответствующие антитела.

Л. И. Фишер изучал функциональное состояние центральной нервной системы у больных ревматизмом. В острой фазе заболевания, как и в межприступном периоде, наблюдается высокая реактивность по отношению к электрическим, световым и механическим раздражителям, что объясняется стойкой сенсбилизацией организма больного ревматизмом по отношению к этим раздражителям.

А. Г. Левина и проф. М. С. Образцова представили итоги диспансеризации и противорецидивного лечения больных ревматизмом. Из 441 больного, которым систематически проводилось противорецидивное лечение, активация ревматического процесса наблюдалась у 23, а из 80, не получавших его, обострение было у 14.

С. Б. Давидсон с соавторами сообщила о результатах наблюдения, о течении и отдаленных последствиях ревматического процесса у детей дошкольного возраста. Авторы нашли увеличение удельного веса дошкольного возраста среди детей, больных ревматизмом. По их данным, они составили 23,9%. Авторы не наблюдали тяжелых, катастрофических форм заболевания, не было и летальных исходов. После выписки дети находились на диспансерном учете и получали противорецидивное лечение. Рецидивы заболевания в течение 2—3 лет отмечены лишь у 5 больных из 103, порок сердца развился у одного ребенка, перенесшего одну атаку, и у трех после рецидива заболевания.

Н. А. Экспериандова с соавторами на основании своих наблюдений отметила тесную патогенетическую связь между ревматизмом и хроническими очагами гнойной инфекции полости рта и глотки.

Проф. М. С. Образцова сообщила, что после тонзиллэктомии за 3 года диспансерного наблюдения из 129 больных у 88 (68%) не было активации ревматического процесса, а из 90 больных ревматизмом и хроническим тонзиллитом, не подвергавшихся оперативному вмешательству, отмечены рецидивы ревматизма у 70 (78%).

Подобные же результаты получила К. И. Емелина.

М. Г. Шуб, Э. Л. Скопина также сообщили о положительном эффекте тонзиллэктомии.

Г. Н. Воронковская и В. Л. Фурсикова при изучении морфологических изменений небных миндалин при ревматизме и хроническом тонзиллите нашли, что развивающиеся процессы в ткани миндалин при названных заболеваниях, принципиально ничем не отличаясь друг от друга, представляют собой выражение местной воспалительной реакции при аутоинфекции.

По упомянутым и другим докладам развернулись оживленные прения.

Доцент К. И. Емелина

(Саратов)

НАУЧНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ ПО ПРОБЛЕМЕ АЭРОИОНИЗАЦИИ

(11—15/XI 1963 г., Ленинград)

Ранее считалось, что основным путем проникновения аэроионов в организм является дыхательный аппарат. Л. Л. Васильев (Ленинград) и А. Л. Чижевский (Москва) полагали, что между воздухом альвеол и кровью происходит обмен электрическими зарядами, которые затем разносятся по кровеносным сосудам к органам и тканям. Помимо электрогуморального воздействия, предполагался и нервнорефлекторный механизм действия ионов через центrostремительные легочные нервные волокна.

Относительно современного представления о механизмах действия ионизированного воздуха А. М. Скоробогатова (Ленинград) отметила, что согласно проведенным ею опытам ионы полностью задерживаются в верхних дыхательных путях (нос, глотка) и к альвеолам не доходят. Таким образом было установлено первичное «пусковое звено», воздействующее по рефлекторному пути через тройничный и обонятельный нервы. Вторичным путем воздействия ионов признано включение гуморального звена путем электрообмена между слизистыми оболочками и кровью, а также через кожные покровы и кровь.

В другом докладе (А. М. Скоробогатова, А. Б. Бочина, А. А. Юшкин — Ленинград) рассматривался вопрос о возможности ионного голодания в условиях деионизированного воздуха. Поднятый авторами вопрос очень важен с точки зрения значимости всей проблемы аэроионизации. На основании ранее проведенных опытов (И. Я. Кияницин, А. Л. Чижевский — Москва) сложилось мнение, что в профильтрованном через слой ваты воздухе животные погибают. Этот воздух считали полностью деионизированным и неспособным поддерживать жизнь мелких животных. Вновь проведенные опыты показали, что ионного голодания вообще нет, так как в камерах с профильтрованным воздухом животные жили 8 месяцев, а внутри камер определялось 300—700 ионов в 1 см^3 воздуха. Авторы пришли к выводу о необходимости исходить не из предпосылок с влиянии деионизированного воздуха, а из условий минимальной и максимальной ионизации воздушной среды. Однако в другом сообщении о влиянии легких отрицательных аэроионов на организм человека и животных в условиях замкнутых помещений (А. О. Зун — Ленинград) сделаны противоположные выводы. На основании опытов в герметической камере автор утверждает, что ионизация воздуха увеличивает сроки жизни находящихся в ней животных и оказывает благоприятное действие на сердечно-сосудистую и нервную системы человека, выполняющего мышечную работу в условиях кислородной недостаточности.

Б. Б. Койранский, Л. Я. Уквольберг, М. В. Дмитриев (Ленинград) не обнаружили существенного влияния на работающий организм от вдыхания больших концентраций аэроионов отрицательного и положительного знаков.

В других сообщениях о физиологических особенностях действия аэроионов отмечались восстановление сна после непрерывного воздействия звуковых и световых раздражителей (А. М. Скоробогатова, Г. П. Ануфриев), повышение интенсивности окислительно-восстановительных процессов (А. М. Лакшин — Москва), фагоцитарной (Д. Эмишян — Харьков) и общегемолитической (П. Д. Ксенофонта — Томск) актив-