

аллергических заболеваний у детей в связи с бесконтрольным применением антибиотиков, ранним искусственным вскармливанием, загрязнением воздуха, а также значение отягощенной наследственности в развитии аллергозов. При лечении детей следует, наряду с устранением аллергена и специфической гипосенсибилизацией, обратить внимание на диету с заменой животных жиров растительными, сахара — сорбитом, уменьшением белков, яиц и др. Необходимо организация специализированных яслей для детей с аллергическими заболеваниями.

Н. А. Шорохова (Новосибирск) исследовала роль наследственных факторов в развитии аллергической предрасположенности близнецовым методом. При наследственной предрасположенности к аллергическим реакциям для их фенотипического проявления требуются определенные условия среды. Наличие аллергических проявлений в семье диктует необходимость пристального внимания педиатра в отношении вскармливания ребенка, проведения прививок, особенно в случаях, когда аллергические проявления отмечены у матерей. А. М. Потемкина, Т. Б. Толпегина (Казань) повывести свое сообщение вопросам возрастной эволюции аллергии у детей. На первом году жизни наибольшее значение имеет пищевая аллергия, с возрастом увеличивается сенсибилизация бытовыми аллергенами (домашняя пыль и др.), с первого года жизни появляется и бактериальная аллергия, усиливающаяся с возрастом. Очень рано выявляется поливалентная сенсибилизация. А. Х. Хамидулина (Казань), изучая клеточные и гуморальные факторы реактивности и иммунологические сдвиги при аллергиях у детей, установила тесную взаимосвязь между различными системами, выявляемую уже на ранних фазах развития сенсибилизации, что позволило разработать и внедрить в детских лечебных учреждениях рекомендации по ранней диагностике аллергозов и их лечению.

В ряде докладов была показана роль аллергии при заболеваниях верхних дыхательных путей (И. Л. Кручинина и соавт., Москва), легких (С. Ю. Каганов и соавт., Москва), кожи (Ю. К. Скрипкин и соавт., Москва; И. Б. Соколова и соавт., Ленинград) и изложены принципы терапии (Ж. Ж. Рапопорт и соавт., Красноярск; М. Н. Якушенко, Нальчик; Л. А. Савельева, Н. А. Тюрин, В. П. Волков, Москва).

Материалы V Всероссийского съезда детских врачей опубликованы в Казани.

Проф. Е. В. Белогорская (Казань)

## IX КАРЛСБУРГСКИЙ ДИАБЕТОЛОГИЧЕСКИЙ СИМПОЗИУМ

(8—11/VI 1977 г., Карлсбург, ГДР)

В симпозиуме приняло участие 162 диабетолога из 16 стран, в том числе эндокринологи Москвы и Казани.

Основными вопросами повестки дня являлись ранний сахарный диабет и искусственная поджелудочная железа.

В ряде экспериментальных работ были представлены новые данные о тонких механизмах регуляции специфической функции  $\beta$ -клеток. Доклады, посвященные результатам клинических исследований, касались главным образом профилактики и ранней диагностики сахарного диабета. Ирзингер (ФРГ) методом исследования крови через 1 час после приема 100 г глюкозы выявил признаки диабета у 19,3% обследованных. В докладе Лотца (Берлин, ГДР), Двораковой (ЧССР), Панцрама (ГДР), Скабало (ЧССР) нашли отражение вопросы организации диспансерного наблюдения за больными преддиабетом или диабетом в начальных стадиях, применения ЭВМ для диагностики, создания консультационных пунктов.

Михаэлису и сотр. (ГДР) удалось путем ступенчатой пробы (внутривенное введение 0,5; 1,0; 2,5 и 5,0 г глюкозы с интервалами в 30 мин.) у больных протодиабетом с нарушением толерантности к углеводам обнаружить сдвиг влево в кривой «глюкоза — иммунореактивный инсулин». Нарушение чувствительности  $\beta$ -клетки после оральной и внутривенного введения глюкозы при сахарном диабете является не количественной, а качественной проблемой, так как даже после больших доз глюкозы не наблюдается инсулиновая реакция, а после толбутамиды и глюкагона реакция сохраняется (Ломан и сотр., ГДР). Нарушения в секреции инсулина наблюдаются в ранних стадиях диабета взрослых (Андреев, Болгария) и при потенциальном диабете (Ферлорен, ГДР). В стадии протодиабета в зависимости от степени интолерантности к углеводам отмечены нарушения секреции гормона роста и глюкагона (Ратцман и сотр., Витт и сотр., ГДР).

У больных диабетом уже до декompенсации углеводного обмена выявляются аномалии не только в жировом, но и в белковом обмене (Гюнтер и сотр., ГДР). По данным Барта и Симов (Будапешт), у тех детей, у которых обнаружен антиген HLA-B8 и BW-15, риск диабета значительно выше.

В нескольких докладах отмечено учащение сердечно-сосудистых факторов риска у вновь выявленных больных диабетом и в начальных стадиях диабета (Шнейдер, ГДР; Шлиак и сотр., ГДР). Клинико-морфологически у больных диабетом, для которых обязательно введение инсулина, устанавливается взаимосвязь между утолщением

базальной мембраны капилляров скелетной мышцы и уровнем триглицеридов в крови (Кафьер и соавт., ГДР). При явном диабете диабетическая микроангиопатия во многих случаях сопровождается подобными нарушениями в лимфатической системе кожи (Мосора, Румыния).

Грис (ФРГ) и Минку (Румыния) посвятили свои доклады патофизиологии взаимосвязей гиперинсулинизма, резистентности к инсулину и толерантности к углеводам при ожирении. Следует обратить больше внимания на выяснение локализации и механизма резистентности к инсулину. У больных протодиабетом с нормальным весом обнаружено *in vivo* уменьшение чувствительности жировой ткани к инсулину (Шульц и сотр., ГДР). Данные Дорнера (ГДР) свидетельствуют о значении перинатального усиленного питания как фактора риска для патогенеза ожирения и сахарного диабета. Профилактические мероприятия необходимы уже в эту фазу развития.

Сообщения по профилактике диабета охватывают в основном три темы: уменьшение массы тела и диетолечение, физическая активность и использование антидиабетических препаратов, назначаемых внутрь. В принципе любая тучность является фактором риска и подлежит лечению. Острое и хроническое уменьшение массы тела сопровождается улучшением толерантности к углеводам (Шнейер и сотр., ГДР; Фовени и сотр., Венгрия). Применение фенфлурамина при ожирении ведет, наряду с уменьшением массы тела, к улучшению толерантности к углеводам и нормализации показателей липидного обмена. Однако через 2 года этот благоприятный эффект не проявлялся, хотя масса тела была меньше исходной на 10% (Рязановский и сотр., ГДР).

Мышечная деятельность имеет значение для профилактики как самого диабета, так и осложнений его коронарной патологией и нарушениями липидного обмена (Либгольд и сотр., ГДР; Цандер и сотр., ГДР). При гиперлиппротеинемии с нарушением толерантности к углеводам даже умеренная физическая деятельность дает отчетливый и положительный биохимический эффект (Ганефельд и сотр., ГДР). Мышечная работа, борьба с гиподинамией в значительной степени способствуют профилактике диабета. Эти меры нужно использовать своевременно (Михаэлис, ГДР). Так как тренировка не дает длительного, накапливающегося эффекта, ее нужно повторять постоянно. Возможным противопоказанием считается только декомпенсированный сахарный диабет с абсолютной недостаточностью инсулина. На значение систематической физической нагрузки для профилактики диабета обратил внимание президент Международной федерации диабетологов проф Люфт (Швеция).

В том же аспекте профилактики обсуждался вопрос о том, можно ли рекомендовать производные сульфанилмочевины 1 и 2 поколения и буформин для всеобщей практики. Результаты 5-летних исследований (Адолф и сотр., ГДР) не выявили профилактического действия сульфанилмочевинных соединений 1 поколения и бигуанидов. Благоприятное длительное влияние буформина на снижение массы тела и уровня холестерина у тучных больных протодиабетом установлен Рязановским и сотр. (ГДР).

В докладе В. В. Талантова (СССР) представлено клинко-экспериментальное обоснование нейрогенно-дистрофической концепции постинъекционных липодистрофий и результаты апробации метода профилактики и лечения их. Кролл (Бостон, США) охарактеризовал тенденции в диагностике и терапии сахарного диабета в будущем.

Сеид-Гусейнов и др. (Москва) представили первые итоги исследований над имплантируемыми микронасосными системами (искусственная «β-клетка») с возможностью телеметрического управления по программе времени или произвольно. Подобная искусственная «β-клетка» функционировала *in vitro* 18 месяцев, а *in vivo* — до 4 месяцев. Эти имплантируемые системы применялись с положительным результатом при осложненном сахарном диабете (почечная недостаточность, нарушения сердечного ритма). Зальцзидер (ГДР) представил материалы исследования возможности пульсообразного введения инсулина. Единого мнения о клинических показаниях пока нет. Остается неразрешенной проблема имплантируемых сенсоров. Экстракорпоральная регистрация уровня глюкозы удовлетворительно обеспечивается аппаратом с колориметрическим измерением (Томас, Венгрия; Метелко, Югославия).

Альбиссер и соавт. (Торонто, Канада) подытожили исследования на пациентах и подопытных собаках с применением экстракорпоральной стационарной искусственной «β-клетки». При выборе подходящих алгоритмов у пациента и подопытной собаки можно с помощью «машины» получить не только нормальные кривые глюкозо-толерантного теста, но и сохранить во время приемов пищи или эргометрических проб кривые нормальной концентрации лактата, пирувата, жирных кислот и глюкагона в крови и нормализовать при этом скорость обмена глюкозы.

Кернер (ФРГ) сообщил технические данные и детали энзимного электрода для непрерывной регистрации глюкозы в крови. По его мнению, экстракорпоральная «β-клетка» дала хорошие результаты при хирургических вмешательствах у больных диабетом.

В будущем главным будет, пожалуй, определение рациональной дозы инсулина и суточное ее распределение. Что касается миниатюрных интра- или паракорпоральных аппаратов (пока еще нельзя ответить на вопрос, когда они технически станут реальностью), то здесь надо стремиться к их длительному применению на пациентах юношеского возраста, лабильных и подверженных опасности ангиопатии (Бибергайл, ГДР).

Е. Фрейзе, Г. Йар, К. Ратцман, Г. Цюльке (ГДР), В. В. Талантов (Казань).