

токсическая функция печени. Выявлена благоприятная динамика белкового обмена, активности холинэстеразы, уровня пировиноградной кислоты.

Введением 0,5% водного раствора липоевой кислоты (В. Е. Анисимов, Москва) удавалось предотвратить развитие печеночной комы, а тогда, когда она уже наступила, в ряде случаев больных удавалось вывести из этого состояния. Липоевая кислота оказалась мощным средством в борьбе с печеночной комой, хроническими и острыми гепатитами и циррозами печени.

М. С. Бакуменко (Москва), С. А. Козлов (Казань), И. Н. Яковлева (Москва) представили клинические сообщения о действии препарата при I и III стадиях атеросклероза венечных артерий. Доза липоевой кислоты — 50—75 мг в сутки. Курс лечения — 20—30 дней. В результате лечения исчезали или уменьшались боли в области сердца, головные боли, головокружения. Появлялась бодрость, увеличивалась работоспособность, улучшался аппетит, сон.

Липоевая кислота обладает антиаритмическим действием в некоторых случаях экстрасистолической аритмии. При ЭКГ-исследовании почти у 40% больных отмечено улучшение. Это касается изменения зубца Т — его формы, вольтажа, направления, а также интервала ST.

В случаях нарушения кровообращения атеросклеротического или ревматического генеза применение липоевой кислоты приводило к уменьшению явлений декомпенсации: сокращались размеры печени, увеличивался диурез.

У страдающих атеросклерозом липоевая кислота и ее амид снижают уровень холестерина (при гиперхолестеринемии), нормализуют липидограмму. Наблюдалась положительная динамика содержания пировиноградной и молочной кислот, улучшалось фракционное содержание глутатиона.

Подтверждением положительного влияния липоевой кислоты на течение атеросклеротического процесса явилась экспериментальная работа И. Г. Салихова и Н. Ш. Шамсутдинова (Казань).

Было указано, что лицам пожилого и старческого возраста следует назначать малые дозы препарата (25—50 мг). М. П. Домбровская (Москва) с успехом применяла липоевую кислоту в терапии больных экземой. Была отмечена целесообразность назначения препарата и при диабетическом полиневрите.

Общее мнение конференции — липоевую кислоту и ее амид необходимо шире применять в клинической практике в комплексном лечении вышеуказанных заболеваний.

С. А. Козлов и И. Г. Салихов (Казань)

IX МЕЖДУНАРОДНЫЙ КОНГРЕСС ГЕРОНТОЛОГОВ И МЕЖДУНАРОДНАЯ ВЫСТАВКА «ГЕРОНТОЛОГИЯ-72»

В течение 6 дней (со 2/VII по 7/VII 1972 г.) в Киеве проходил IX Международный конгресс геронтологов, созданный Советским национальным оргкомитетом, МЗ СССР, АМН СССР и МЗ УССР. На конгрессе присутствовало 3000 делегатов из 43 стран; на 138 заседаниях (4 пленарных, 68 секционных, 33 симпозиумах и в 33 дискуссионных группах) было заслушано 672 доклада из 25 стран мира.

Участники конгресса подвергли обсуждению три основных аспекта: современные представления о сущности старения; социальные и гигиенические проблемы; поиск средств продления старости. Работой всего научного форума руководил директор Института геронтологии АМН СССР проф. Д. Ф. Чеботарев. При открытии работы конгресса он подчеркнул, что за период, прошедший со времени первой в мире широкой конференции по геронтологии, состоявшейся в Киеве в 1938 г. под руководством акад. А. А. Богомольца, одного из основателей отечественной геронтологии, в развитии этой новой науки намечился удивительный прогресс, связанный с глубоким внедрением ее в многочисленные разделы биологии, медицины, экономики, социологии, практического здравоохранения.

1. *Современные представления о сущности старения.* Этот аспект геронтологии подвергся всестороннему обсуждению. Проф. В. Н. Никитин (Харьков) остановился на макромолекулярных вопросах онтогенеза. Он отметил, что пока еще трудно утверждать о выявлении «печати возраста», лежащей на первичной, вторичной и третичной структуре ДНК, РНК и белках хроматина. Однако в структуре самого хроматина обнаружены «черты возраста», проявляющиеся при старении в условиях целостного организма высших позвоночных. Проф. Х. П. фон Хан (Швейцария) указал, что старение является суммарным эффектом многих причин, поэтому геронтологи необходимо регулировать множество факторов внешней и внутренней среды (метаболизма), включая «генетическое управление», прежде чем можно будет значительно изменить продолжительность жизни.

Процесс старения на клеточном уровне изучались рядом ученых. Так, проф. Ч. Роулатт (Англия) обратил внимание слушателей на неодинаковость ослабления взаимодействия между клетками организма. По его мнению, способность клеток к репарации определяет их очередность в наступлении очаговых признаков старения,

которые предшествуют общему увяданию организма. Т. Маккинодан (США) исследовал прогрессирование «иммунологических событий» в дифференцирующейся ткани и отметил, что аутоиммунные заболевания значительно сокращают длительность жизни.

Р. А. Локшин (США), Ф. А. Линто (Бельгия), М. М. Виленчук (СССР), М. Дж. ван Ноорд (Голландия) разобрали вопросы программирования клеточной смерти. Они считают, что программа старения и гибели клеток может быть эффективно изменена путем ингибирования в них процессов повреждения ДНК и увеличения способности клеток репарировать эти повреждения.

С общебиологических позиций были рассмотрены филогенетические аспекты старения, возможности регулирования генетического аппарата, состояние активности ферментов в стареющем организме и регулирование некоторых ферментативных процессов, энергетический обмен клетки, старение клеток в организме и культуре тканей. Большой интерес вызвал симпозиум о роли соединительной ткани в старении.

Проф. Р. Е. Кавецкий (Киев) в развитие афоризма А. А. Богомольца «организм имеет возраст своей соединительной ткани» привел новые данные о роли системы соединительной ткани в формировании реактивности организма, в его сопротивляемости инфекции и опухолевому росту, в газообмене и развитии гипоксии. Обнаружено, что понижение парциального давления кислорода усиливает синтез коллагеновых белков. По мнению З. Дейла (ЧССР), накопление коллагена в межклеточном пространстве изменяет его транспортные свойства и тем самым нарушает клеточный метаболизм. Наступающая при этом гипоксия создает значительный стресс для паренхиматозных клеток и стимулирует образование коллагена в фибробластах.

Одно из пленарных заседаний конгресса было посвящено роли регуляции и адаптации в механизме старения. Ведущий геронтолог Ф. Верцар (Швейцария) представил доклад «Регуляция процессов адаптации в механизме старения». Он оптимистически рассматривает механизмы «первичного» (генетически обусловленного) и «вторичного» старения. Уже на современном этапе геронтологии, подчеркивает Ф. Верцар, старение можно отдалить диетическими, гормональными и лекарственными методами лечения. Эту точку зрения поддержал проф. В. В. Фролькис (Киев). Адаптационно-регуляторная теория рассматривает старение как внутренне противоречивый процесс, в котором сочетаются угасание, нарушение обмена и функций с развитием важных приспособительных механизмов. Благодаря этому сочетанию при старении может длительно сохраняться гомеостазис организма в условиях сокращения механизмов саморегуляции. Важную сторону старения, не только физиологического, но и психологического, осветил проф. Дж. Э. Биррен (США) в докладе «Поведение, адаптация и контрольные механизмы при старении». Автор выдвинул интересную аксиому — «человек ограничен в жизни целостностью своей нервной системы». Н. Б. Маньковский (Киев) сообщил о своеобразии изменений вегетативной регуляции в пожилом и старческом возрасте, нарушении адаптационных механизмов вегетативной нервной системы и организма в целом. По его мнению, эти факты определяются уязвимостью при старении корково-подкорковых функциональных взаимоотношений, прежде всего на дисцефально-ретикулярном уровне. О закономерностях инволюции эндокринной системы при старении доложил С. Милку (Румыния).

2. *Социальные и гигиенические успехи геронтологии.* 29 заседаний конгресса было посвящено социальным наукам. Были обсуждены демографические аспекты старения населения, критерии здоровья пожилых людей, проблемы «третьего возраста», «пенсионной болезни» или «пенсионного банкротства», роль пожилых людей в семье и обществе, экономические последствия постарения населения, познавательные процессы и старение, гигиена жилищ и проблема расселения пожилых и старых людей.

В докладе С. Я. Чикина (Москва) «Продолжительность жизни человека и социальные условия» было убедительно показано значение коренных социальных преобразований, вызванных в СССР Великой Октябрьской социалистической революцией, в резком увеличении средней продолжительности жизни населения Советского Союза с 32 лет в дореволюционном периоде до 70 лет в настоящее время.

По данным А. Делашо (Швейцария), в западных странах $\frac{1}{3}$ всех больничных коек и $\frac{4}{5}$ коек для хроников заняты людьми старше 65 лет. Не хватает среднего и младшего медицинского персонала. М. Вацек (ЧССР) среди наиболее неблагоприятных факторов среды, приближающих преждевременную старость в перенаселенных промышленных районах, назвал загрязненный воздух, постоянный шум, перенапряжения хронического характера в сфере экономической, общественной и семейной жизни, сидячий образ жизни, обильную пищу, злоупотребления табаком, алкоголем, лекарствами и т. д. Автор считает, что детство, особенно раннее, является наиболее подходящим периодом для вмешательства профилактической геронтологии.

Биохимические аспекты геродиететики подробно разобраны в докладе проф. А. А. Покровского (Москва) и в лекции А. Н. Экстон-Смита (Англия). Проф. А. А. Покровский сформулировал ряд принципов в построении питания лиц пожилого возраста, способствующих нормализации нарушенных процессов обмена. К их числу относятся: энергетическая сбалансированность пищевых рационов с энерготратами организма; антиатеросклеротическая направленность рационов, ограничение продуктов, содержащих высокие концентрации пуриновых оснований, холестерина, быстровсасывающихся сахаров и др. Проф. А. Н. Экстон-Смит предупреждает об опасности чрезмерного ограничения рационов питания в старческом возрасте, так как

снижение калорийности диеты, уменьшение потребления витаминов С и D коррелируют с ухудшением здоровья пожилых людей.

Организационно-методические вопросы социальной реабилитации больных и инвалидов пенсионного возраста проанализированы в докладе П. Маккавейского (Ленинград).

В. Ф. Андерсен (Англия) считает, что вследствие увеличения числа старых людей в развитых странах возникает необходимость в преподавании гериатрии студентам-медикам, медицинским сестрам, работникам общественной помощи, физиотерапевтам, специалистам по лечебной физкультуре, ортопедам, логопедам и другим специалистам. Автор рекомендует проводить циклы усовершенствования врачей по гериатрии.

О тяжелом положении престарелых в капиталистических странах сообщалось во многих докладах (В. Кохен, США; К. Колло, Франция; Р. Беннет, США и др.).

Доклад Ю. И. Алабовского (Ставрополь) был посвящен показателям оценки здоровья населения старших возрастных групп. Характерной особенностью структуры населения старших возрастных групп, указывает автор, является «женский перевес». Для характеристики здоровья людей третьего периода жизни представляют интерес половые различия здоровья и динамика их изменений, ибо в настоящее время проблемы гериатрии «в значительной степени феминизированы» (К. Гаргов, 1969).

3. *Поиск средств продления старости.* На 20 заседаниях конгресса обсуждались вопросы клинической медицины и попытки лекарственной коррекции процессов старения. Большинство ученых признало «спекулятивными» попытки «омоложения» организма. По образному выражению проф. Б. Д. Петрова, речь должна идти о «продвижении в возрасте», «продвижении в годах».

Ведущее место в патологии старости занимает сердечно-сосудистая система. В докладе А. А. Кноопа (Нидерланды) дискутировался вопрос определения возраста сердечно-сосудистой системы. С возрастом развивается феномен «старческого сердца». Возникающая коронарная болезнь может вызвать дальнейшее ослабление сердца. В качестве тестов динамики старения сердечно-сосудистой системы автор предлагает сфигмографические и баллистокардиографические показатели. «Старческому сердцу», по Ф. С. Феруглио (Италия), постоянно сопутствует редукция капиллярного русла и замедление циркуляции в нем.

Принципы сердечной реабилитации применимы к старым пациентам с сердечно-сосудистыми заболеваниями, по мнению Реймонда Харриса (США), так же, как и к молодым. Соответствующие упражнения наряду с лекарствами поддерживают силу и тонус мышц, стимулируют кровообращение, уменьшают частоту тромбофлебита и эмболии и способствуют улучшению субъективного и объективного состояния. В докладе Н. И. Ариначина (Минск) отражен общепринятый взгляд ведущей роли экономичности и надежности сердечно-сосудистой системы в продлении жизни. В сравнительно-геронтологическом плане наиболее надежным является сердце с более редкими сокращениями, высокой сократительной способностью и более эффективной величиной выброса крови. Полезно также обладать относительно меньшей васкуляризацией тканей с менее расточительным обменом веществ, что повышает экономичность и надежность периферического кровообращения.

На конгрессе клиницисты четко провели грань между «физиосклерозом» по Бюргеру, развивающимся физиологически по мере старения аорты и артерий, и «атеросклерозом» («артериосклерозом» по Эмбриху). Интересный доклад о взаимосвязи развития артериосклероза со старостью представил известный кардиолог Р. Эмбрих (ГДР). Он предложил различать четыре стадии артериосклероза: 0 — липоидоз артериальных сосудов; 1 — общий артериосклероз средней тяжести или изолированный артериосклероз либо коронарных, либо церебральных, либо легочных, либо почечных артерий; 2 — артериосклероз аорты в сочетании с артериосклерозом артерий одного из органов; 3 — артериосклероз аорты и ее ветвей, сочетающийся с артериосклерозом артерий нескольких органов («генерализованный артериосклероз»). В отличие от «физиосклероза», артериосклероз формируется под влиянием воздействия на организм «факторов риска». Для геронтолога важно знать, что развитие артериосклероза происходит главным образом до 50—55 лет у мужчин и между 50—60 годами у женщин.

Экспериментальные исследования Н. Н. Горева (Киев) подтвердили точку зрения Н. Н. Аничкова, Г. Ф. Лага, А. Л. Мясникова и их школы, согласно которой атеросклероз не следует отождествлять с изменениями в организме, постепенно развивающимися в процессе старения. Подобные же воззрения излагаются в докладе К. Давида (Румыния) «Атеросклероз и возрастные факторы, способствующие его возникновению и развитию».

Интересные сведения представил Х. Т. Блюменталь (США) в сообщении «Аутоиммунная теория старения и атеро-артериосклероз». Однако его трактовка многого отсутствия границ между физиологическим старением и развитием атеросклероза вызвала дискуссию. Методологические в докладе было неверно проведено обсуждение полученных данных. С одной стороны, автор констатировал глубокие атеросклеротические изменения в сосудах при диабете, гипо- и тиреотоксикозе, с другой стороны, у относительно здоровых пожилых людей атеросклеротический процесс был в начальном состоянии. Суммируя оба факта, автор подходит к ним с количественных, а не качественных позиций, и на этом основании отождествляет их.

Комплекс исследований изложен в докладе Г. Вердонка, Р. Мортельманса и Д. Вандевивера (Бельгия) «Возрастные особенности содержания липидов крови при атеросклерозе, диабете и ожирении». Для практических врачей оптимистически звучит вывод о достаточно высокой эффективности лечения атеросклероза, сочетанного с ожирением, комплексом диеты и лекарственных средств.

Особенности течения инфаркта миокарда у лиц пожилого и старческого возраста разобраны Е. И. Чазовым (Москва). Тяжесть клиники требует специфики лечения — более широкого использования антикоагулянтных и фибринолитических средств, сердечных гликозидов, антиаритмических препаратов с профилактической целью (тромкардин, панангин, лидокаин), средств, улучшающих обмен миокарда (коргормон, инозин, поляризующая смесь и т. д.).

И. К. Шхвацабая (Москва) рекомендует ряд методов контроля реабилитации больных ишемической болезнью сердца: телеэлектрокардиографию, поликардиографию и спироэргометрию. Выявленные автором динамические сдвиги позволили обосновать целесообразность сокращения в разумных пределах сроков активизации больных в пожилом и старческом возрасте.

На клинических секциях обсуждались практически все стороны патологии у стариков: изменения психики при старении (Дж. Вайнберг, США), роль цереброваскулярных заболеваний в проблеме нейрогерии (Е. Шмидт, Москва), болезни органов пищеварения (Т. Гейл, К. Петри, Дания; К. Боянович, Польша), возраст и рак (Н. Н. Блохин, Москва), геронтологические аспекты в травматологии (В. Д. Арнольд, США) и нейрохирургии (А. Ромоданов, Киев), туберкулез у пожилых (А. Е. Рабухин, Москва) и т. д. Большие успехи отмечены в достижениях сосудистой хирургии (А. Сенн, Швейцария; В. И. Бураковский и А. В. Покровский, Москва; М. Е. Де Бекий, США).

Электрокинетические процессы в сосудистом русле и система гемокоагуляции на разных этапах онтогенетического развития были подробно освещены в лекции проф. А. А. Маркосяна (Москва). Автор констатировал, что нарушение ионного баланса в крови значительно изменяет свертываемость крови и ускоряет процессы агрегации тромбоцитов.

В интересной лекции П. де Никола (Италия) приводились оптимистические патофизиологические и терапевтические прогнозы гемокоагуляции в пожилом возрасте. Для полной оценки тромбофилических состояний достаточно тромбоэластографии, теста толерантности к гепарину и фотометрического определения адгезивности тромбоцитов. Лекция сопровождалась демонстрацией серии вазограмм, которые документировали высокую эффективность лечения тромбофилии и развившихся тромбозов гепарином и стрептокиназой.

В гериатрической практике большое место отводится специфике терапевтической тактики. По Н. Н. Сиротинину (Киев), важно применять комплекс мероприятий, устраняющих гипоксию (кислородные палатки, комнаты, оранжереи, энтеральная оксигенотерапия, двигательный режим).

Проф. Е. М. Тареев и Е. Я. Северова (Москва) указали на учащение лекарственной болезни у пожилых лиц. Патоморфологически она заключается в поражении стенок мелких сосудов (артериол и капилляров) с повышенной сосудистой и тканевой проницаемостью для жидких и форменных элементов крови и с последующими изменениями типа васкулита и интерстициального воспаления, с фибриноидными изменениями ткани стенок мелких сосудов. Из клинических проявлений лекарственной болезни у пожилых наиболее характерно сочетание поражения кожи, ретикуло-эндотелиальной и сердечно-сосудистой системы. Болезнь принимает рецидивирующий хронический характер.

Терапевтическое использование лекарств в общепринятых дозировках небезопасно. В. Модель (США) считает, что лицам старше 60—65 лет лекарственные средства следует назначать в дозах, на $\frac{1}{3}$ — $\frac{1}{2}$ меньших, чем среднетерапевтические. Большое значение приобретает механотерапия (Э. Дж. Лоренц, США). По данным О. В. Коркушко (Киев), снижение адаптационных возможностей организма, сокращение его функционирования, уменьшение возможного диапазона регулирования обмена и функций приводят к тому, что стареющий организм становится более уязвимым при действии химиотерапевтических и других препаратов. В частности, опасно применять быстродействующие диуретики, активные гипотензивные средства. Сердечные гликозиды следует назначать небольшими дозами, сочетая их с препаратами, улучшающими различные стороны обмена веществ — поливитаминами, предшественниками и кофакторами синтеза нуклеиновых кислот (пентоксил, витамин В₁₂, фолиевой и оровой кислотами, АТФ, МАП), кокарбоксилазой (тиаминдифосфатом).

Ученица акад. Пархона А. Аслан (Румыния) на основании 20-летнего опыта изложила принципы лекарственной терапии (медико-профилактики) лиц пожилого и старческого возраста. Автор рекомендует применять экстракты шишковидной железы, эмбриональные экстракты, дрожжевые и пшеничные низкомолекулярные экстракты с высоким содержанием в них витаминов Е и Ф, проканин, геровиталь Н₃. В геропсихиатрической практике М. Бергнер (ФРГ) советует шире использовать психотропные средства.

В течение 10 дней на территории Выставки передового опыта в народном хозяйстве Украинской ССР в павильоне «Строительство» функционировала международная

выставка «Геронтология-72». Крупнейшие производственные объединения и фирмы СССР, Англии, Франции, ФРГ, США и других стран экспонировали новейшие образцы аппаратов. Советский раздел (руководитель — О. В. Коркушко) был представлен приборами для кардио- и пульмо-диагностики. Демонстрировались отечественные радиотелеметрические системы, электромиографы, электроэнцефалографы и другие аппараты. Конструкции Казанского СКТБ «Медфизприбор» получили высокую оценку со стороны делегатов конгресса. С большим интересом была выслушана лекция М. И. Абдрахманова, В. Ф. Богоявленского и Р. Ш. Абдрахмановой (Казань) «Современные методы приборных исследований функции внешнего дыхания».

Как отметили на заключительном заседании Гюэ (Франция), Мартин (США), Рис (Англия), С. Е. Северин (СССР), Шуберт (ФРГ), Б. Д. Петров (СССР), Пенито (Бразилия), Брюшке (ГДР), Хаймович (Чили) и многие другие, IX международный конгресс геронтологов прошел на высоком научном и организационном уровне. Следующие конгрессы (X и XI) будут созданы в 1975 г. (в Израиле) и в 1978 г. (в Японии).

Проф. В. Ф. Богоявленский, Ю. Ф. Богоявленская (Казань)

ЮБИЛЕЙНЫЕ ДАТЫ

УДК 617.7(092 Ерошевский)

ПРОФЕССОР ТИХОН ИВАНОВИЧ ЕРОШЕВСКИЙ

(К 70-летию со дня рождения и 45-летию врачебной, научной, педагогической и общественной деятельности)

Видный деятель советской офтальмологии заведующий кафедрой глазных болезней Куйбышевского медицинского института им. Д. И. Ульянова, заслуженный деятель науки РСФСР, член-корреспондент АМН СССР профессор Т. И. Ерошевский родился 26/VI 1902 г. в селе Кашпирские хутора Самарского уезда Самарской губернии.

По окончании в 1927 г. медицинского факультета Саратовского университета Т. И. Ерошевский остается работать на кафедре глазных болезней. Здесь он получает превосходное клиническое образование под руководством одного из лучших русских офтальмологов проф. К. А. Юдина.

В 1937 г. Т. И. Ерошевский защитил кандидатскую диссертацию, а в 1943 — докторскую, посвященную актуальным проблемам кератопластики. В 1944 г. он получил звание профессора.

С 1938 по 1949 г. Т. И. Ерошевский заведовал кафедрой глазных болезней Сталинградского медицинского института, одновременно был заместителем директора по научной части. В период Великой Отечественной войны он работал постоянным консультантом Управления эвакуационных госпиталей Сталинградского фронта, заведовал глазным отделением госпиталя.

В 1949 г. Т. И. Ерошевский избран заведующим кафедрой глазных болезней Куйбышевского медицинского института.

Имя профессора Т. И. Ерошевского чрезвычайно популярно среди советских офтальмологов и хорошо известно не только в нашей стране, но и за рубежом, где он неоднократно представлял советскую офтальмологию на международных конгрессах и симпозиумах (Канада, США, Египет, Мексика, Афганистан, Ирак и др.).

Проф. Т. И. Ерошевским создана большая школа, имеющая свое оригинальное направление в науке. Под его руководством подготовлено 28 кандидатов и 12 докторов наук. Его ученики возглавляют ныне кафедры и курсы глазных болезней в Москве, Казани, Донецке, Ростове-на-Дону, Воронеже, Иванове, Курске, Оренбурге, Архангельске, Астрахани, Ставрополе, Чите, Саранске.

Диапазон научных интересов Т. И. Ерошевского чрезвычайно широк — ему лично принадлежат 163 научные работы, 3 монографии и глава в учебнике «Основы офталь-

