

у больных сахарным диабетом. Нормализующее влияние инсулина на величины моторной, оптической и вестибулярной хронаксии в случаях тяжелого течения сахарного диабета свидетельствует о центрально-нервном механизме действия инсулина на обмен веществ. Сотрудниками проф. Л. С. Шварца были представлены подробные доклады, иллюстрирующие вышеприведенные положения. Так, А. Н. Есипова пришла к выводу, что в ряде случаев сахарный диабет возникает вследствие атеросклеротических поражений сосудов брюшной полости, с последующим нарушением питания инсулярного аппарата.

По наблюдениям Н. И. Мешалкиной (Горький), у ряда больных сахарный диабет предшествовал появлению атеросклероза с поражением коронарных сосудов и сердца. Рациональное лечение приводило к улучшению не только течения сахарного диабета, но и состояния сердечно-сосудистой системы.

По наблюдениям В. Н. Саперова (Чебоксары), при сахарном диабете характерным оказались снижение альбумина и повышение α_2 , β , γ -глобулинов, а также повышение β -липопротеиновой фракции сыворотки крови.

А. И. Романовым (Куйбышев) в ряде случаев при введении инсулина больным сахарным диабетом отмечены электрокардиографические и клинические проявления коронарной недостаточности.

Я. М. Гринберг и М. В. Крайнова (Куйбышев) и А. И. Голиков и А. К. Сафиуллина (Казань) считают показанным лечение легких и средних форм сахарного диабета противодиабетическими сульфаниламидными препаратами. Дозировка их должна быть строго индивидуальной.

В секционном заседании О. С. Радбиль (Казань) доложил об отдаленных результатах операций на желчных путях с точки зрения терапевта.

Он дал классификацию клинических синдромов осложнений, развивающихся после операций на желчных путях, а также сформулировал некоторые основные принципы комплексного лечения этих осложнений.

О эффективности нового препарата — холелитина при холецистопатиях сообщили В. Ф. Войтик и Л. И. Гуревич (Саратов). Холелитин обладает выраженным спазмолитическим и антисептическим действием, оказывает положительный эффект при желчнокаменной болезни и при рецидивирующих хронических холециститах. Холелитин не заменяет оперативного лечения при соответствующих показаниях.

В. Ф. Войтик и Е. В. Тарабухина (Саратов) отметили, что поражения сердечно-сосудистой системы при гриппозной инфекции бывают чаще, чем диагностируются. Динамические электрокардиографические наблюдения способствуют выявлению диагноза и прогноза.

Подводя итоги конференции, проф. П. Е. Лукомский отметил чрезвычайно удачную и актуальную повестку конференции, так как проблемы атеросклероза и диабета плотно соприкасаются, а ревматизм остается по-прежнему в числе важных проблем здравоохранения.

**В. Е. Анисимов, Б. С. Березовский,
С. И. Шербатенко**
(Казань)

Поступила 28 июня 1959 г.

ПЛЕНУМ ВСЕСОЮЗНОГО КОМИТЕТА ПО ИЗУЧЕНИЮ РЕВМАТИЗМА И БОЛЕЗНЕЙ СУСТАВОВ ПРИ ПРЕЗИДИУМЕ АМН СССР

(10—11 апреля 1959 г., Москва)

В работе пленума приняли участие терапевты, педиатры, отоларингологи, патологоанатомы. На открытии пленума присутствовали министры здравоохранения С. В. Курашов и Н. А. Виноградов, президент АМН СССР А. Н. Бакулев.

Были представлены доклады, посвященные профилактике ревматизма, вопросам патогенеза, а также по организационным вопросам.

С докладом о профилактике ревматизма выступил действительный член АМН СССР проф. А. И. Нестеров (Москва).

Жизнь и практика показывают, что надо признать основную роль стрептококка в развитии ревматизма. Было особо подчеркнуто, что основным в профилактике ревматизма является подъем защитных сил организма.

Профилактику необходимо вести систематически как в плане государственном, так и в индивидуальном. Докладчик отметил 5 основных направлений в профилактике ревматизма: 1) воспитание здорового, физически хорошо развитого человека, прежде всего детей школьного возраста, подростков, юношей и девушек; 2) активная борьба со стрептококковой инфекцией; 3) меры индивидуального порядка по предупреждению

заболеваний ревматизмом и рецидивов болезни; 4) организация полноценного лечения ревматизма современными средствами; 5) широкая и действенная пропаганда знаний о мерах предупреждения ревматизма среди населения, в первую очередь среди родителей, педагогов, учащихся, а также среди рабочих и служащих с наиболее высокими показателями заболеваемости ревматизмом.

Осуществление государственного плана профилактики ревматизма требует, чтобы органы здравоохранения каждой республики, области, края и города имели свой перспективный и годовой план противоревматических мероприятий, разработанный с участием специалистов и одобренный соответствующими высшими административными органами [Совет Министров республики, обл. (край) Исполком и т. д.].

С. Е. Лапина и К. М. Коган (Москва) поделились опытом работы кардиоревматологического кабинета по профилактике ревматизма при 1-й городской клинической больнице имени Н. И. Пирогова. Для снижения первичной заболеваемости ревматизмом и его рецидивов ими проводилась антибактериальная терапия очаговой инфекции. В осенне-весенние месяцы лицам, страдающим хроническим тонзиллитом, хроническим воспалением придаточных полостей носа, проводилось лечение бициллином. Курс лечения состоял из 6 внутримышечных инъекций бициллина по 600 000 ед. 1 раз в 5 дней. Такие курсы проводились 2 раза в год, а при надобности и чаще. Выявилась тенденция к снижению рецидивов у получавших бициллин.

Л. Ю. Болотина, О. П. Гальчянц и Н. Л. Бородийюк (Москва) сообщили, что в ближайшие 6 месяцев после профилактического курса частота рецидивов ревматизма была наименьшей в группе больных, которым было проведено по 5—6 инъекций бициллина. Иммунологические данные у этих больных свидетельствуют, что бициллин подавляет стрептококковую инфекцию.

Доклад Г. Г. Горелик (Москва) был посвящен опыту работы ревматологического кабинета и профилактике ревматизма у детей.

Бициллинопрофилактика проводилась только тем детям, которые хорошо переносят инъекции. Курс состоял из 4 инъекций в месяц осенью и весной. В большом проценте случаев бициллин оказался эффективным, и докладчик рекомендует широко им пользоваться, хотя вопросы о дозировке препарата, длительности курса и повторности требуют дальнейшей разработки.

Докладчик предлагает комбинировать инъекции бициллина с введением гамма-глобулина, витаминотерапией.

Большинство докладов было посвящено вопросам патогенеза и определения активности ревматизма.

Представленные А. Н. Нестеровым данные показали, что новые диагностические методы являются более тонкими и чувствительными, а также дают возможность судить об эффективности терапии.

Применению иммунологических методов в диагностике ревматизма и инфектаррита посвятили свой доклад В. И. Сачков, Н. И. Кузнецова, В. Н. Анохин и Ю. К. Токмачев (Москва).

Наиболее ценным при ревматизме, по их мнению, является определение С-реактивного протеина. Среди реакций с антителами более динамично определение антистрептокиназы. В иммунологии ревматизма необходимо уделить внимание изменению антигенных свойств тканей, для выявления которых они применяли диэлектрический метод, позволяющий установить близость антигенных свойств сыворотки больных ревматизмом и инфектарритом, а также обнаружить стрептококковый антиген в крови при ревматизме.

И. М. Лямперт (Москва) сообщила, что в институте модифицированы реакции определения антигалактонидазы, стрептокиназы, анти-О-стрептолизина.

При постановке этих реакций у больных ревматизмом и здоровых людей, а также у лиц со стрептококковой инфекцией (хроническим тонзиллитом, скарлатиной, стрептококковой ангиной, острым и хроническим нефритом, полиартритом) оказалось, что эти антитела достигают высокого уровня и обнаруживаются чаще при остром ревматизме, по сравнению с перечисленными заболеваниями.

У больных ревматизмом стрептококковые антигены в крови обнаруживаются чаще и в больших концентрациях, чем при стрептококковых ангинах.

Э. Р. Агабабова, Н. Т. Ярешка, Е. Е. Нечаева (Москва) считают, что стрептококковая инфекция не только предшествует ревматизму, но имеется как в остром, так и в межприступном периоде заболевания.

Проф. П. П. Сахаров и Е. И. Гудкова доложили о методах определения состояния аллергии и остроты инфекционного процесса у больных ревматизмом.

Ими разработан стрептококковый аллерген, названный «фибриаллергеном» для выявления бактериальной аллергии и степени ее выраженности у больных хроническим тонзиллитом и ревматизмом. Аллерген вводится внутривенно по 2, 4 и 10 кожных доз. У больных ревматизмом положительная реакция на 10 кожных доз развивалась у 92,1%, а у здоровых в 18,4%. Аллерген может быть использован для учета эффективности десенсибилизирующей терапии. Аллерген применялся и с целью специфической десенсибилизации при введении его в ткань миндалин.

Вне программы выступил проф. В. И. Иоффе (Ленинград) с докладом «Общие принципы изучения иммунологических процессов при ревматизме». Он отметил, что изучение иммунологии ревматизма должно происходить по пути выяснения ревмати-

ческой иммунологии стрептококка, а также общей иммунологии инфекционного процесса (аутосенсбилизация) и общей иммунологии реактивности, связанной с аллергизацией.

Клинической оценке ряда неспецифических реакций при ревматизме и их значения для диагностики и лечения ревматизма посвятили свой доклад З. И. Малкин и С. И. Щербатенко (Казань).

Значительный интерес представляют наблюдения за состоянием фагоцитарной активности лейкоцитов, холинэстеразой и ацетилхолином, выделением 17-кетостероидов, а также за угольной ангидразой в крови и интенсивностью процессов фосфорилирования. При обследовании обменных процессов наиболее важным является состояние белкового обмена.

Ценные данные для установления активности ревматического процесса дают одновременное определение активности холинэстеразы и ацетилхолина. Активная фаза ревматизма характеризуется повышением содержания ацетилхолина и понижением холинэстеразы. Исчезновение ацетилхолина и резкое угнетение холинэстеразы характерны для ревмо-септических и септических эндокардитов. Подобные нарушения при лечении ревматизма имеют плохое прогностическое значение. При эффективной терапии нормализуются отношения холинэстеразы и ацетилхолина.

Доц. П. Н. Юрнев сопоставлял антигиалуридазную активность сыворотки (у 84 подвергшихся митральной комиссуротомии) с клиническими, патологическими (биопсированных ушек левого предсердия) и иммунологическими показателями, причем выяснилось, что нарастание титра антител зависит от стадии и формы заболевания, отражая в целом состояние аллергизации и общей реактивности организма.

Педиатр проф. П. А. Пономарева (Москва), основываясь на наблюдениях, проведенных в поликлинике и стационаре, пришла к выводу, что ревматизм может длительное время протекать под видом общих расстройств с явлениями интоксикации без острых клинических симптомов.

В выявлении ревматизма на ранних этапах у детей имеют большое значение такие методы, как определение фракционного оседания эритроцитов, фонокардиография, определение уровня антигиалуридазы в крови, запись электроэнцефалограммы.

По мнению Е. В. Ковалевой и Т. В. Дратвиной (Москва), наиболее чувствительными тестами, определяющими активность ревматического процесса у детей, являются динамика содержания антигиалуридазы в крови и соотношение белковых фракций крови, определяемых методом электрофореза на бумаге.

Проф. Б. С. Преображенский и Т. Н. Попова (Москва) нашли, что ангина, предшествующая атаке ревматизма, имеет характерные клинические и морфологические признаки. Клинически она характеризуется разлитой гиперемией и инфильтрацией передних и задних дужек, при относительной интактности самой ткани миндалин. Морфологически в капсуле миндалин обнаруживается ашоф-талалаевская гранулема, причем лишь у тех больных, у которых атаке ревматизма предшествовала ангина. На этом основании авторы высказали предположение, что такая ангина является специфической — ревматической.

Первичным аффектом ревматизма являются не обязательно миндалины, им может быть любой другой участок верхних дыхательных путей. Поэтому удаление миндалин создает лучшие перспективы дальнейшего течения ревматизма, но обычно не предупреждает возникновения общей гиперэргической реакции в связи с поступлением экзогенных и эндогенных токсинов из других участков верхних дыхательных путей.

С. И. Щербатенко
(Казань)

Поступила 21 мая 1959 г.,

МЕЖОБЛАСТНОЕ СОВЕЩАНИЕ ПО ОСТРЫМ КИШЕЧНЫМ ИНФЕКЦИЯМ В г. ИВАНОВЕ

(26—28 мая 1959 г.)

Зам. министра здравоохранения РСФСР А. Ф. Серенко выступил с докладом «Состояние заболеваемости кишечными инфекциями в РСФСР и очередные задачи в борьбе с ними». Он отметил, что вопросы борьбы с кишечными инфекциями играют огромную роль. В 1958 г., по сравнению с 1957 г., дизентерия снизилась на 24,6%, а общие кишечные заболевания на 16,1%. Установлено, что этиологическим моментом при кишечных дисфункциях является не только дизентерийная палочка, но и патогенные штаммы кишечной палочки. В I квартале 1959 г. идет снижение основных инфекционных заболеваний, в то же время в ряде мест отмечается рост дизентерии (Иркутская, Челябинская области, Коми АССР, Архангельская область, Карело-Финская АССР и т. д.).