

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.).

Удельный вес хронической дизентерии по РСФСР в 1958 г., по сравнению с 1957 г., увеличился на 12,8%.

Причиной формирования хронической дизентерии является неправильное лечение острой дизентерии и больных с кишечными дисфункциями. Надо обратить особое внимание на подготовку врачей в области лечения дизентерии. Принцип циклически-курсового лечения считается самым верным, одновременно должна широко применяться стимулирующая и дезинтоксикационная терапия. Еще плохо внедряется в жизнь принцип этапного лечения дизентерийных больных (палаты и отделения для дизентерийных реконвалесцентов).

По проблеме ликвидации инфекционных болезней в 1959—1965 гг. выступил вице-президент АМН СССР проф. В. Д. Тимаков. Коллегия Министерства здравоохранения приняла решение в первом семилетии ликвидировать такие инфекционные заболевания, как малярия, брюшной и сыпной тифы, дифтерия, бешенство, сифилис, трахома и некоторые лептоспирозы. Докладчик отметил, что под ликвидацией инфекционного заболевания надо понимать ликвидацию данного инфекционного заболевания на определенной территории на определенный промежуток времени, независимо от того, ликвидирован возбудитель или нет (пример — чума и натуральная оспа).

Борьба с инфекционными заболеваниями — это не кампания, а одно из основных направлений медицины на данном этапе.

Проф. К. В. Бунин (Москва) считает, что в настоящее время клинической практикой настоятельно выдвигается необходимость четкого разграничения дизентерии и острых заболеваний желудочно-кишечного тракта салмонеллезной этиологии. Имеется значительное сходство клинической картины салмонеллез и острой дизентерии.

Отличия касаются лишь отдельных симптомов или их конкретного сочетания. В начале заболевания при салмонеллезе чаще, чем при острой дизентерии, наблюдаются ознобы, повторная рвота, боли в животе разлитого характера.

Проведение правильного дифференциального диагноза между этими заболеваниями возможно лишь на основании всего комплекса клинических, эпидемиологических и лабораторных данных, включая результаты посевов испражнений, рвотных масс и промывных вод желудка.

Лечение взрослых должно быть комплексным, индивидуализированным и преемственным. Из антибиотиков наилучшие результаты получены от биомицина, тетрациклина, тетрациклина, тетрациклина. Биомицин (хлортетрациклин) назначается внутрь по 0,3—0,4 г 4 раза в сутки, на протяжении 6—8 дней подряд. Подкожно вводится спиртовая дивакцина Флекснера — Зонне на 1, 3, 5 и 7 дни лечения соответственно в дозах: 0,5 мл, 1 мл, 1 мл и 1 мл. При этом методе лечения переход в хроническую рецидивирующую форму встречается реже.

Проф. Н. И. Нисевич (Москва) в своем докладе «Актуальные вопросы клиники, диагностики и лечения дизентерии у детей раннего возраста» сообщила, что, несмотря на значительное снижение летальности от дизентерии, для детей раннего возраста это заболевание еще остается одним из наиболее тяжелых.

В истории изучения клиники и диагностики желудочно-кишечных расстройств было несколько периодов: I период, когда все дисфункции клинически объединялись в одну группу летних детских поносов; II период (с 1939 г. — увлечение диагнозом дизентерии), когда каждый понос со слизью служил основанием для постановки диагноза дизентерии; III период дифференцированного подхода к диагностике желудочно-кишечных расстройств, в особенности тех, которые трактовались, как атипичная форма дизентерии, с учетом возможности колибациллярной и салмонеллезной инфекций.

По данным докладчика, в 85—87% случаев даже у самых маленьких детей (в возрасте до 1 года) дизентерия протекает в типичной форме. Атипичные формы встречаются главным образом у детей с нарушенным питанием, отягощенных рахитом, экссудативным диатезом, находящихся на искусственном или раннем смешанном вскармливании, то есть у детей с измененной реактивностью. Во всех остальных случаях к постановке диагноза атипичной дизентерии без бактериологического подтверждения необходимо подходить осторожно. Нередко под диагнозом «атипичная дизентерия» скрываются желудочно-кишечные заболевания колибациллярной (около 30%), салмонеллезной (4—6%) и др. этиологии, в частности заболевания, обусловленные инвазией некоторых гельминтов.

Высок процент осложнений (36%) при дизентерии у детей раннего возраста. Эти осложнения в большинстве своем обусловлены присоединившимися сопутствующими заболеваниями (катар верхних дыхательных путей, грипп и др.). В ряде случаев и вторичные токсикозы являются результатом наложения вторичных инфекций (колибациллярной и салмонеллезной).

Клиническая картина дизентерии у детей раннего возраста отличается большим разнообразием, в связи с чем дифференциальный диагноз ее представляет иногда большие трудности. Необходимо использовать данные лабораторного исследования.

Для полного и стойкого выздоровления ребенка необходима организация пра-

вильного этапного лечения больных дизентерией, включая долечивание грудных детей в санаторных отделениях, раннее применение стимулирующей терапии и др.

Применяя антибиотики для лечения детей раннего возраста, надо иметь в виду частоту побочных явлений, связанных с неправильным их применением.

Доктор мед. наук Е. П. Ужинова (Иваново) в докладе «Расстройства желудочно-кишечного тракта у детей, обусловленные глистной инвазией и простейшими», сообщила, что под диагнозом дизентерии нередко проходят заболевания, вызванные гельминтами, в особенности аскаридозом и гименолепидозом. Поэтому необходимо тщательно исследовать на наличие гельминтов детей, имеющих «неустойчивый стул».

Проблеме колиэнтеритов были посвящены доклады проф. Б. Г. Ширвиндта, канд. мед. наук И. З. Голубевой (Москва), Л. Б. Хазенсон (Ленинград), Д. Б. Розенфельд (Подольск), Н. А. Немшиловой, Р. Б. Донской (Казань) и др.

Все докладчики акцентировали внимание на колиэнтеритах, как на самом актуальном вопросе настоящего времени, требующем комплексного клинического, микробиологического и эпидемиологического изучения. Как отметил проф. Б. Г. Ширвиндт, среди ряда подлежащих внимательному изучению вопросов этой проблемы весьма важными являются вопросы клиники и диагностики легких и средне-тяжелых колиэнтеритов, составляющих преобладающую массу этих заболеваний. По данным комплексной работы, проводившейся в 1958 г. в инфекционной клинике Педиатрического института Минздрава РСФСР совместно с отделением кишечных инфекций им. Мечникова, у  $\frac{1}{5}$  больных диагностического стационара, поступивших в клинику с различными диагнозами, был установлен бактериологически подтвержденный диагноз «колиэнтерит». Окончательный диагноз колиэнтерита возможен лишь после обнаружения в посевах из испражнений одного из энтеропатогенных штаммов кишечной палочки.

Из антибиотиков наиболее эффективно применение препаратов тетрациклиновой группы, а особенно — аналогов неомицина: лицетина и колимицина.

Проф. С. Д. Носов сообщил о широком спектре действия на кишечную палочку гриземина.

Э. И. Варшавский, М. П. Иванова (Москва), О. Д. Шарова (Иваново), Р. Б. Донская и Е. И. Вайман (Казань) и др. отметили огромную роль кишечных кабинетов в общей системе профилактических и противоэпидемических мероприятий.

М. И. Хазанов (Москва) сообщил, что на большей части территории РСФСР брюшной тиф регистрировался в 1958 г. в виде спорадических случаев. Резкое сокращение плана профилактических прививок против брюшного тифа, начиная с 1951 г., себя не оправдало, оно способствовало замедлению темпов снижения заболеваемости. Докладчик считает, что прививки должны быть распространены на детей младших возрастов, начиная с 7 лет, и на население сельских местностей, в зависимости от эпидемиологических показаний. Для более полного и своевременного выявления больных, особенно с атипичной формой, он считает целесообразным внедрение в практику метода гемокультуры в поликлинических условиях.

Проф. Г. П. Руднев дал анализ патогенеза брюшного тифа. Брюшной тиф — не сепсис, а бактериемия, отсюда необходимость изыскания лекарственных средств, которые бы предотвратили занос микробов в печень. Именно бактериемия лежит в основе бактерионосительства, и колыбель бактерионосительства закладывается в клинике. Течение современного брюшного тифа такое, что он перестал оправдывать свое историческое название. Современный брюшной тиф клинически стал более укороченным и облегченным, в этом главенствующая роль принадлежит антибиотикам. Одновременно увеличивается количество рецидивов и бактерионосителей, отсюда необходимость циклического лечения (но не у всех больных). Лечение антибиотиками надо сочетать с витаминотерапией.

Проф. К. В. Бунин отметил отсутствие влияния антибиотиков на иммуногенез у больных брюшным тифом в тех случаях, когда для лечения применялись средние дозировки препаратов.

Проблема эпидемического гепатита была представлена докладами действительного члена АМН СССР проф. Е. М. Тареева (Москва), доц. В. М. Сухарева, Н. А. Хрущевой (Иваново) и др.

За последние годы привлекает внимание широкое распространение болезни Боткина, особенно среди детей, посещающих детские учреждения.

До настоящего времени отсутствуют методы специфической диагностики этого заболевания, поэтому особое значение приобретает метод тщательного клинического изучения всех особенностей начального периода болезни, а также эпидемиологические данные.

Н. А. Хрущева подчеркнула, что клиника эпидемического гепатита у детей, по сравнению со взрослыми, отличается следующими особенностями: 1) преобладанием легкой формы болезни, 2) относительно большей частотой безжелтушных и стертых форм, 3) более частым выпадением преджелтушного периода, 4) значительно меньшей частотой таких симптомов, как анорексия, зуд, боли в суставах.

В деле борьбы с инфекционными заболеваниями значительное место должно быть отведено профилактическим прививкам, в том числе и против кишечных инфек-

ций,— отметили в прениях проф. С. Д. Носов (Иваново) и проф. В. Д. Тимаков (Москва). Однако, нельзя допустить перегрузки детей прививками, а для этого необходимо добиваться изготовления комбинированных вакцин. С вакцинацией, вероятно, связано появление стертых, атипичных форм. Последние требуют тщательного изучения.

Н. А. Романова, А. Р. Шагидуллина  
(Казань)

Поступила 27 июня 1959 г.

## КОНФЕРЕНЦИЯ КАЗАНСКОГО НИИЭГ

(23—24 июня 1959 г.)

Конференция была посвящена итогам научной работы за 1958 год. Кроме сотрудников КНИИЭГ, присутствовали сотрудники медицинского и ветеринарного институтов, университета, практические врачи из города и соседних автономных республик и научные работники из однопрофильных институтов Ленинграда, Горького и др.

Были обсуждены доклады по пяти разделам: инфекции с природной очаговостью, грипп, дифтерия, кишечные инфекции и научные основы производства вакцин и сывороток.

Научные сотрудники вирусологической лаборатории КНИИЭГ представили вниманию участников конференции 5 докладов по изучению клещевого энцефалита.

Г. Х. Гильманова и Ю. Ш. Губайдуллин установили выделение вируса через молочные железы коз, которые паслись в природных очагах инфекции. Из потомства клещей, напитавшихся на козах, так же выделен вирус клещевого энцефалита.

В. А. Бойко выявлена значимость паразитических гамазид в циркуляции возбудителя в неэпидемический сезон клещевого энцефалита.

Г. Х. Гильманова, В. А. Бойко и Г. Н. Лапшина из крови мышевидных грызунов-хозяев гамазид при заражении белых мышей выделили 17 штаммов вируса клещевого энцефалита в неэпидемический период — период практически полного отсутствия активности клещей иксодес персультатус (октябрь, март).

О заболеваемости клещевым энцефалитом в ТАССР за 10 лет и об эффективности мероприятий по борьбе с основным переносчиком вируса клещевого энцефалита — клещом иксодес персультатус — доложили практические работники Республиканской санитарно-эпидемиологической станции М. А. Сметанина и С. В. Чуева.

Вопросы этиологии, эпидемиологии, клиники и профилактики геморрагической лихорадки с почечным синдромом нашли отражение в докладе Т. А. Башкирева с сотрудниками. Ими приведены материалы о наличии новых природных очагов геморрагической лихорадки как в Татарии, так и по соседству расположенных автономных республиках.

КНИИЭГ в 1957 году впервые приступил к изучению гриппа. В 1958 году была организована лаборатория по производству противогриппозной сыворотки, как лошадиной, так и от доноров-реконвалесцентов. Научные сотрудники Н. А. Немшилова, А. А. Колчурина и др. поделились опытом повышения титров донорских сывороток к вирусу гриппа типа А, путем проведения интраназальной иммунизации доноров живыми гриппозными моновакцинами.

А. А. Колчурина высказала мнение, что высокая сенсибилизирующая активность противогриппозной лошадиной сыворотки при интраназальном применении ставит вопрос об ограничении применения ее для лечения и профилактики гриппа у детей. Необходима разработка метода получения противогриппозных сывороток не от лошадей, а от другого вида животных.

Из доклада сотрудников кафедры инфекционных болезней медицинского института (А. Е. Резник, Н. А. Байтерякова и др.) следует, что основные характерные симптомы клиники гриппа при сравнительном изучении пандемии 1957 года и вспышки 1959 года почти полностью совпадают. В период вспышки 1959 года в Казани больные в большем проценте случаев отмечали ощущение разбитости, ломоты во всем теле и имели более выраженную лейкопению.

Всестороннему обсуждению подверглись доклады по дифтерии. Одним из наиболее рациональных методов борьбы с коклюшем и дифтерией следует считать активную иммунизацию детского населения. Результаты исследований Н. А. Немшиловой, И. Е. Алатырцевой и др. по изучению реактогенности неадсорбированной и адсорбированной коклюшно-дифтерийных вакцин указывают на необходимость дальнейшей разработки методов усовершенствования препаратов, что, однако, не может явиться существенным препятствием к применению коклюшно-дифтерийной вакцины в широкой противоэпидемической практике.

Исследованиям по изучению этиологии остро-кишечных заболеваний детей ран-