

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, напивавшихся 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 моноакционными.

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. Необходимо 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-

него возраста был посвящен доклад Н. А. Немшиловой, Р. Б. Донской, Д. А. Якобсон, Е. Н. Куликовой, М. И. Кавалерчик и П. К. Шалафеевой «О разнообразии этиологических форм при остро-кишечных заболеваниях детей раннего возраста».

В. М. Ковалев

(Казань)

Поступила 10 июля 1959 г.

ВТОРАЯ НАУЧНАЯ СЕССИЯ Г. Н. И. ИНСТИТУТА

ВИТАМИНОЛОГИИ МЗ СССР

(9—12 февраля 1959 г.)

(Тезисы докладов, Москва, 1959 г.)

С. В. Андреев, А. А. Значкова, Ю. С. Чечулин (Москва), изучая влияние кобаламина (B_{12}) на регенерацию перерезанных нервов руки и на восстановление ее функций у 50 больных, получили более раннее и более совершенное восстановление функций травмированного нерва, чем при других средствах стимулирующей терапии.

В. М. Васюточкин (Ленинград) в наблюдениях над людьми нашел, что работа, сопровождающаяся физиологическим напряжением, повышает потребность организма в витаминах С, B_1 , B_2 , B_6 ; РР. В связи с этим, в период физиологического напряжения для нормализации нарушенных процессов нервной трофики показано введение витаминов, в первую очередь группы В.

С. Н. Мацко, В. И. Горбунова, А. А. Анисимова, А. Т. Жмейдо (Москва) считают, что потребность детей 8—14 лет, находящихся на обычном рационе детских домов, приближается к 50 мг аскорбиновой кислоты в день (не превышая 80 мг).

А. В. Титаев (Москва) рекомендует больным ревматизмом детям давать аскорбиновую кислоту в больших дозах (внутрь, обязательно после еды), так как она в значительной мере исправляет нарушенный у них обмен тирозина.

З. В. Зуева и М. М. Великовская (Москва) нашли, что введение больным язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки витамина B_{12} вызывает активацию белкового обмена и одновременно повышает потребность организма в витамине B_6 . Они высказывают предположение о целесообразности применения при язвенной болезни комбинации витаминов (B_{12} , B_6 , РР и др.).

Н. В. Ланина и З. В. Зуева (Москва) наблюдали влияние витаминов B_{12} и B_6 на больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки на фоне комплексного лечения (режим, диета № 1 по Певзнеру, поливитамины (А, B_1 , B_2 , С) в физиологической дозе, щелочи и атропин по показаниям). Витамин B_{12} больные получали парентерально по 30—50 гамм ежедневно, в течение 25 дней, витамин B_6 (другая группа больных) парентерально по 50—100 мг ежедневно, в течение того же периода времени.

У всех отмечалось улучшение общего состояния, почти полностью исчезали диспептические явления, проходили или уменьшались боли и болезненность в подложечной области, улучшался аппетит, нарастал вес больных. Особенно благоприятное течение болезни при лечении витамином B_{12} наблюдалось при трофическом типе язвенной болезни.

И. Б. Лихциер (Сталинабад) отметил положительное влияние введения витамина B_6 на функциональное состояние печени при болезни Боткина и циррозах. По его наблюдениям, применение витаминов B_{12} и B_6 в ранней фазе асцитического периода атрофического цирроза печени может повести к прекращению накопления асцитической жидкости.

С. А. Судакова (Москва) отметила положительное терапевтическое действие витамина B_6 на клиническое течение хронического гепатита после болезни Боткина, причем клиническое улучшение наступало значительно раньше восстановления функциональной способности печени.

Е. Д. Пономарева (Москва) полагает, что при лейкозах нарушение обмена витамина B_{12} связано со значительными изменениями белкового обмена. Возможно, нарушается способность усвоения витамина B_{12} не только печенью, но и другими органами.

Докладчик считает, что применение витамина B_{12} как при острых, так и при хронических лейкозах, в основе которых лежит гиперпластический процесс, не показано.

Э. С. Степанов (Москва) нашел, что пиридоксин снимает побочные реакции от фтивазида и не оказывает никакого действия при непереносимости стрептомицина или ПАСК. Лучшие результаты получены при внутримышечном введении пиридоксина в суточной дозе 200 мг, причем фтивазид не отменяется.

Достаточно 15—30 дней совместного применения пиридоксина и фтивазида, а затем можно длительно вести лечение одним фтивазидом.