

Было много и других интересных докладов (всего 46).

В прениях участвовало более 50 человек. Ряд выступающих, преимущественно хирургов старшего поколения, выступил в защиту хорошо освоенной операции по Бильрот II. Они указывали, что плохие результаты зависят от дефектов техники или от длительности заболевания, обуславливающего резкие нарушения в организме.

Отдельные хирурги предлагали вернуться к операции по Бильрот I, но большинство высказались за пластические операции с восстановлением дуоденального пассажа пищи.

Метод инверзии двенадцатиперстной кишки не получил одобрения.

Симпозиум принял следующее решение:

1. Еюногастропластика — принципиально новая методика резекции желудка, имеющая целью обеспечить включение двенадцатиперстной кишки и создать лучшие условия для органов пищеварения после удаления всего или части желудка.

2. Наиболее разработан метод Е. И. Захарова, который может быть рекомендован на современном этапе.

3. Еюногастропластика показана при гастрэктомиях и расширенных резекциях желудка по поводу рака, малигнизированных язв и полипоза. Пластика показана, если из-за локализации язвы нужно произвести высокую резекцию. Пластика противопоказана при пенетрирующих, кровоточащих и прободных язвах, а также при комбинированных резекциях по поводу рака.

4. Еюногастропластика показана при реконструктивных операциях по поводу болезней оперированного желудка, в частности при демпинг-синдроме.

5. Методика еюногастропластики требует дальнейшего развития и изучения с обсуждением результатов на аналогичном симпозиуме. Применение ее следует рекомендовать только высококвалифицированным хирургам, имеющим опыт в желудочной хирургии.

Доценты Д. В. Помосов и Н. С. Тимофеев  
(Ленинград)

## ВОПРОСЫ КЛИНИЧЕСКОЙ АЛЛЕРГОЛОГИИ НА КВЕДЛИНБУРГСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ

(19—20/X 1962 г., Кведлинбург, ГДР)

В работе конференции приняли участие ученые Польши, Венгрии, Чехословакии, Болгарии; советская делегация на этой конференции была представлена членом-корреспондентом АМН СССР проф. А. Д. Адо (Москва), ст. научн. сотр. А. А. Польшнер (Москва) и автором этих строк.

В докладах по проблеме гипосенсибилизации были подняты вопросы о показаниях для производства аллергических тестов, о технике определения состояния сенсибилизации при профессиональных аллергических заболеваниях, бронхиальной астме, аллергии к пищевым веществам и др.

Проф. Ходек (Чехословакия) подчеркнул значение анамнеза при аллергических заболеваниях и что для аллергологов, в отличие от врачей других специальностей, имеется особенно много трудностей — мало еще констатировать, что болезнь — аллергическая, но нужно еще определить аллерген, а это трудно, так как в каждом случае причины могут быть разные. Он сформулировал показания для постановки кожных аллергических проб. Аллергологическое исследование больного показано, когда аллерген подозревается на основании предварительного исследования. Когда аллерген установлен и при контакте с ним возникают бурные реакции, дальнейшие исследования следует проводить малыми дозами аллергена и только тогда, когда планируется проводить специфическое лечение. Способ постановки теста (инъекции, аэрозоли и т. д.) целесообразно выбирать в зависимости от вида аллергена и шокового органа (кожа, дыхательные пути, пищеварительный тракт и т. д.). Результаты аллергической пробы должны оцениваться с учетом клинической картины болезни, типа припадка и т. п.

В выступлениях было подчеркнуто, что аллергические тесты являются важнейшим вспомогательным методом для диагностики аллергических заболеваний.

Статистические данные об этиологии бронхиальной астмы у взрослых (182 больных) и детей (186 больных) сообщил проф. Горский (Польша). У взрослых наиболее частыми аллергенами являются домашняя пыль (31%), перо (29%), споры грибов (26%) и реже — пыльца растений (13%) и пищевые аллергены (1%), то есть преобладают ингаляционные аллергены. У детей на первом месте пищевая аллергия (34%), на втором — комнатная пыль (20%) и реже — другие аллергены.

Большая роль пищевых аллергенов в этиологии бронхиальной астмы у детей объясняется слабостью ферментных систем и повышенной проницаемостью барьеров,

в результате чего легче происходит контакт тканей с нерасщепленными макромолекулярными раздражителями, проявляющими антигенный эффект.

Приводились материалы о пищевой аллергии у взрослых (Малота — ЧССР и др.). Десенсибилизация при подозрении на пищевую аллергию производится следующим образом: больного выдерживают 2 дня на жесткой диете (хлеб и чай), а затем постепенно добавляют по одному другие пищевые продукты и изучают реакцию. Если аллерген найден, его нужно исключить из пищи.

Болгарские исследователи сообщили о проводимой ими гипосенсибилизации при фотодерматозах путем длительного облучения больных малыми, постепенно возрастающими дозами ультрафиолетовых лучей.

Чунке (ГДР) подчеркнул значение концентраций химических веществ при постановке кожных аллергических реакций и необходимость дифференциации токсической и аллергической реакций на химическое вещество. Аллергические реакции вызываются, в частности, рядом химических соединений, входящих в состав косметических средств.

Обсуждались вопросы о методике специфической терапии аллергических заболеваний путем применения малых доз соответствующего аллергена (специфическая гипосенсибилизация). Процесс гипосенсибилизации специфическими антигенами очень длительный (от нескольких месяцев до года), курсы проводятся повторно несколько раз. В связи с этим весьма актуален вопрос о методах депонирования аллергенов в организме, что позволило бы значительно сократить число десенсибилизирующих инъекций. Участники конференции (Линка — ЧССР и др.) положительно высказались о применении таких депонирующих средств. Для этого необходимо найти такой коллоид, который имел бы определенную величину частиц и малыми порциями (вместе с аллергеном) длительно поступал в кровь из депо, поддерживая гипосенсибилизацию. Требуется большие поиски в этом направлении.

Большое значение придается прекращению контакта организма с аллергенами в том случае, если установлено состояние сенсibilизации к данной группе аллергенов: удаление очага сенсibilизации из организма (например, путем тонзиллэктомии), удаление предмета из бытовой обстановки больного или прекращение контакта с соответствующим аллергеном на производстве. Специфическая терапия проводится в тех случаях, когда невозможно устранить контакт с аллергеном, а также когда после методов неспецифического воздействия (физиотерапии и др.) нет терапевтического эффекта. Специфическая терапия проводится в сочетании с неспецифической терапией. Для лечения аллергических заболеваний большое значение имеют различные способы неспецифического воздействия, направленные на нормализацию функции нервной системы и укрепление общего состояния организма (водолечение, массаж, дыхательная гимнастика, лечение искусственным климатом и т. п.).

На симпозиуме «О патофизиологии аллергических реакций» А. Д. Адо поднял ряд вопросов по механизму аллергических реакций: о непосредственном воздействии реакции антиген — антитело на клеточные элементы, на различные отделы нервной системы, о значении биохимических механизмов при аллергических реакциях. В обсуждении приняли участие Зилла, Кляйнзорге (ГДР) и др. Выступавшие высоко оценили выступление А. Д. Адо и его фактические материалы, подчеркнув, что патофизиологический аспект проблемы аллергии, развиваемый в СССР, является важным и оригинальным направлением в аллергологии. Большой интерес представляет изучение механизмов возбуждающего и повреждающего действия антигенов на ткани сенсibilизированного организма. Было вынесено решение — следующую аллергологическую конференцию посвятить этой проблеме.

Для участников конференции был продемонстрирован научный фильм «Аллергия», созданный на кафедре патофизиологии 2-го Московского медицинского института. Фильм получил единодушное одобрение присутствующих.

Доцент Т. Б. Толпегина  
(Казань)

## ПАМЯТИ Н. А. НЕМШИЛОВОЙ

13 июня 1963 г. исполнилось 2 года со дня кончины директора Казанского научно-исследовательского института эпидемиологии, микробиологии и гигиены, кандидата медицинских наук, заслуженного врача РСФСР Нины Александровны Немшиловой.

Трудовая деятельность Нины Александровны началась в стенах Казанского института эпидемиологии и микробиологии в 1931 г. после окончания Казанского медицинского института.