

Л. А. Митрохина на основании изучения иммунологических реакций (определения гиалуроновой кислоты, антигиалуронидазы) в межприступном периоде в поликлинических условиях указала на необходимость дифференциальных курсов противоревматической профилактики как летом, так и осенью и весной.

Г. И. Гласинова и Л. Н. Гончарова (Ново-Куйбышевск) доложили о результатах определения гиалуронидазы у больных с декомпенсацией сердца. У подавляющего большинства больных наблюдалось повышение гиалуронидазы, в то время как РОЭ, баночная проба были изменены только у некоторых больных.

На значение исследования белков крови при различных клинических проявлениях ревматизма указали в своих докладах И. Л. Пшетаковский (Одесса) и проф. В. Н. Дзак (Днепропетровск).

Клинической оценке изучения С-реактивного белка у больных ревматизмом посвятил свой доклад П. М. Пашинин (Ленинград). Он убедительно показал преимущество этого теста перед другими лабораторными исследованиями при диагностике степени активности ревматизма, особенно при декомпенсации сердца, при отсутствии температуры и ускоренной РОЭ. По его данным, при декомпенсации сердца С-реактивный белок является самым точным показателем активности ревматического процесса.

В докладе доц. С. И. Щербатенко (Казань) были представлены результаты изучения холинэргических процессов в диагностике ревматизма. У больных с болезнью Сокольского-Буйо имеются значительные нарушения холинэргических процессов, которые могут характеризовать течение патологического процесса. Применение кортикостероидных гормонов дает хороший терапевтический эффект, связанный с нормализацией холинэргических процессов.

Б. М. Маценко (Одесса), канд. мед. наук И. К. Следзевская (Киев) поделились своими наблюдениями над изменением БКГ при ревмокардитах и пороках сердца. В активной фазе ревматизма наблюдались патологические отклонения БКГ и нормализация ее при ремиссии. При ревматических пороках сердца характер БКГ изменялся по-разному. Изменения БКГ при ревматизме неспецифичны.

Было отмечено, что современные методики исследования БКГ, векторкардиография, фонокардиография дают нам более широкие возможности исследования больных с сердечно-сосудистой системой.

Анализ изменений ЭКГ при ревматических поражениях сердца и у больных паратонзиллитом были посвящены доклады А. В. Гольцман (Одесса), М. Б. Шкляра (Винница), А. А. Дашевской и В. Д. Драгомирецкой (Одесса).

Проф. И. Я. Дейнека (Одесса) сообщил об оперативном лечении слипчивых перикардитов ревматической этиологии. Наилучшие результаты получены при операции субтотальной перикардотомии через двухстороннюю плевральную резекцию с поперечным рассечением грудной клетки, что дает возможность освободить не только левую, но и правую часть сердца.

Проф. В. И. Зузанова (Одесса) сообщила об успешном внутримышечном применении 2% новокаина от 3 до 5 мл в количестве 12—15 инъекций на курс лечения детям с ревматизмом.

К. А. Миронова (Киев) отметила, что применение витамина Р и С при ревматизме сказывается на нормализации коагулятивных свойств крови.

В докладе К. П. Ефановой (Кишинев) были приведены данные о значении витамина Р (цетрина) в комплексном лечении ревматизма.

Н. К. Коско (Днепропетровск) остановилась на важности витаминов Р, С и В для профилактики ревматизма. Лечебно-профилактическое применение витамина Р в дозе 0,05—0,1, С — 0,2—0,3, В₂ — 0,01 × 2 благоприятно влияет на течение заболевания.

Л. П. Купраш (Киев) представила результаты изучения влияния тетрациклинов на некоторые факторы свертываемости крови и резистентности сосудистой стенки при ревматических заболеваниях сердечно-сосудистой системы. Тетрациклины не влияют на тромбообразование.

Доц. Е. А. Грузина (Одесса) отметила, что при активном ревматическом процессе лечение коргликоном, перепадином не дало эффекта. Лучший терапевтический эффект при декомпенсации сердца получен от применения строфантина и незначительный — от кендозида.

Доц. С. И. Щербатенко
(Казань)

СЕССИЯ ИНСТИТУТА ПЕДИАТРИИ АМН СССР ПО ВОПРОСАМ ОСТРЫХ И ХРОНИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ПИТАНИЯ У ДЕТЕЙ

Сессия проходила 28—30 ноября 1960 г. в Москве совместно с периферийными педиатрическими институтами и кафедрами педиатрии по вопросам острых и хронических расстройств питания у детей.

С обзорным докладом о состоянии заболеваемости желудочно-кишечными инфекциями у детей по Союзу выступила зам. министра здравоохранения СССР по детству Н. С. Егорова, которая отметила, что задача ликвидации кишечных инфекций

и снижения смертности от острых расстройств питания у детей у нас в Союзе еще полностью не разрешена. Уровень заболеваемости кишечными инфекциями не имеет тенденции к снижению, за 1960 год имеется даже повышение заболеваемости. Необходимо больше внимания уделять данной проблеме, добиться обязательной и возможно ранней госпитализации всех больных детей до 1 года, организовать повсюду отделения для реконвалесцентов, где держать больных до стойкого выздоровления, улучшить работу молочных кухонь, больше изготавливать сухих молочных смесей и снабжать ими районы, где нет молочных кухонь или недостаточно снабжение коровьим молоком.

Все выступавшие высказывали мысль, что старая классификация острых и хронических расстройств питания у детей, принятая на IV съезде детских врачей, устарела, что для практической работы педиатрам нужна новая классификация. На сессии был также поставлен вопрос о существовании колиэнтеритов как отдельного, самостоятельного заболевания.

Проф. Л. В. Вишневецкая (Москва) на основании исследования секционного материала пришла к выводу, что никаких специфических патологоанатомических изменений, характерных именно для колиэнтеритов, нет и поэтому нет оснований вводить термин «колиэнтериты». Большинство же выступавших (Е. Н. Хохол, С. Д. Носов, А. Т. Петряева и др.) считало, что данное заболевание нужно выделить из других желудочно-кишечных расстройств у детей, однако все были согласны с тем, что термин «колиэнтериты» неудачен, так как чаще встречаются энтероколиты, а не энтериты. Предлагалось ввести термин колибациллез или колибактериоз, по аналогии с сальмонеллезами.

Проблеме колиэнтеритов посвящено 19 докладов.

Проф. В. М. Берман (Ленинград) подчеркнул значение возрастной реактивности в эндогенном возникновении колиэнтеритов. Колиэнтериты — малюточная болезнь. С другой стороны, большое значение имеет и экзогенное инфицирование ребенка патогенными вариантами кишечной палочки. В практике может наблюдаться как первый, так и второй механизм развития заболевания. Выявление патогенных серотипов кишечной палочки — задача трудная, так как типовая антигенная структура их «созревает» медленно. Свежeweделенные культуры дают часто отрицательный результат, нужны многочисленные пересевы, чего обычно городские бактериологические лаборатории не делают. Этим объясняются нередко наблюдаемые расхождения между результатами бактериологических исследований и клиническими данными.

Проф. В. М. Берман так же, как и целый ряд других докладчиков [Е. Н. Хохол (Киев), В. П. Давыдов (Ростов-на-Дону), Р. Е. Вейсман, О. С. Белая, К. Л. Чернявская, Л. Е. Волина (Харьков) и др.], отмечал, что кишечная палочка обладает большой изменчивостью и что патогенные штаммы 0111 в 4, 055 теперь встречаются реже, но высеваются новые патогенные штаммы 0561, 0145, 025 K11:6 и целый ряд других.

Е. А. Олейникова и Р. Е. Вейсман (Харьков), исследуя микрофлору кишечника у новорожденных, находившихся на естественном вскармливании, обнаружили более частое превалирование у них кишечной палочки, а не *bac. bifidus*, как считалось раньше.

Проф. И. В. Цимблер (Москва) и А. Ф. Сабурова-Стефанская (Москва) в своих докладах подчеркнули значение подавляющего рост микробов фактора в дуоденальном содержимом для предупреждения бактериальной инвазии в тонкий кишечник.

При желудочно-кишечных заболеваниях у детей наблюдается резкое снижение активности этого фактора. Вырабатывается это вещество в тонком кишечнике и не связано с действием желудочного сока.

Вопросам патогенеза токсических состояний у детей раннего возраста было посвящено 6 докладов.

Патогенез токсикозов у детей сложен: здесь имеются и гиперэргическая — шоковая реакция, и бактериальная интоксикация, и нарушение всех видов обмена. Недостаточно еще изучено значение нарушения функции гипофизарно-надпочечниковой системы при токсикозах (И. В. Цимблер).

Попытка выяснить этот вопрос проведена В. М. Прокопивым (Львов), который определял содержание антигалауронидазы в крови у детей, больных токсической диспепсией, и, как правило, наблюдал ее увеличение.

Результаты исследований по изучению нарушений электролитного обмена при токсических состояниях сообщили Н. В. Воротынцева и Ю. Е. Вельтишев (Москва). На высоте заболевания при токсикозах они обычно наблюдали гипокалиемию.

Причинами гипокалиемии являются: ацидоз, жидкий стул и, главным образом, длительное голодание ребенка, введение большого количества жидкости без учета ее состава при голодно-водной диете.

Клинически гипокалиемия проявляется общей адинамией с угнетением сознания, резким метеоризмом, явлениями сердечно-сосудистой недостаточности (расширение сердца, электрокардиографические изменения), частым поверхностным дыханием.

Дача кортизона еще больше снижает уровень калия в крови.

В первые часы заболевания, при анурии и нарушении функции надпочечников вводить соли калия с лечебной целью не следует, в дальнейшем рекомендуется обязательное введение растворов калия.

Ю. Е. Вельтищев (Москва) и Е. Н. Хохол (Киев) рекомендуют избегать длительных голодовок при токсических состояниях у детей, раньше вводить овощные соки (морковную смесь и др.), быстрее переходить к полноценному питанию.

Для профилактики и лечения желудочно-кишечных заболеваний у детей Е. Н. Хохол предлагает шире использовать в диете ионитное молоко. Ему разработана методика изготовления этого молока. Большие перспективы в улучшении питания детей Е. Н. Хохол видит в применении малобродильных углеводов — декстриномальтозы и, особенно, лакто-лактuloзы, добавляемых к ионитному молоку из расчета 3% к общему объему смеси. Эти углеводы изменяют микрофлору кишечника, обладают бифидогенными свойствами.

Из антибиотиков при лечении острых желудочно-кишечных заболеваний, по данным Е. Н. Хохол, Р. Е. Вейсман и К. Л. Чернявской (Харьков), наилучший эффект дают колимицин, мицерин и мономицин. Последний особенно эффективен при стафилококковых инфекциях.

В. Н. Берман (Ленинград) показал, что антибиотики угнетают энзимные системы в лейкоцитах, особенно у детей, у которых и так низок фагоцитарный индекс.

Длительное введение антибиотиков создает условия для формирования фагоцитоза антибиотикорезистентных форм микробов. Для стимуляции внутриклеточных ферментов В. Н. Берман предлагает шире применять γ -глобулин, серотерапию и гемотрансфузии.

Проф. В. П. Давыдов (Ростов-на-Дону) при лечении колиэнтеритов хороший эффект получил от применения колибактериофага на фоне общего комплексного лечения.

В. И. Зузанова (Одесса) установила, что при токсических состояниях детей раннего возраста нередко наблюдаются дискинетические расстройства желудочно-кишечного тракта, выражающиеся вначале, в I фазу, состоянием возбуждения — спастическими явлениями кишечника и переходящими в дальнейшем во вторую фазу — парез кишечника. Докладчик отметил, что первая фаза дискинетических расстройств кишечника, когда ребенок резко возбужден, беспокоен, живот втянут, стул задержан, редко диагностируется практическими врачами.

При сравнении эффективности лечения этих состояний различными средствами наилучшие результаты получены от парентерального введения метиленовой соли (1% раствор на 25% растворе глюкозы 3—5 мл) и новокаина (2% свежеприготовленный раствор 3 мл).

В качестве стимулирующей терапии при лечении хронических расстройств питания у детей Е. М. Фатеева (Москва) с успехом применяла препарат пчелиного маточного молочка.

Доцент **В. Н. Печникова**
(Казань)

НЕКРОЛОГИ

ПРОФЕССОР ВАЛЕРИАН ВЛАДИМИРОВИЧ МИЛОСЛАВСКИЙ

16 января 1961 г. скончался один из виднейших гигиенистов страны, заслуженный деятель науки РСФСР и ТАССР, заведующий кафедрой общей гигиены Казанского медицинского института, профессор Валериан Владимирович Милославский.

Валериан Владимирович родился 19 января 1880 г. в трудовой семье (отец — делопроизводитель, мать — народная учительница) в городе Зубцове, Тверской губернии, ныне — Калининской области.

В 1900 г. поступил на медицинский факультет Томского университета. В 1901 и 1905 гг. принимал участие в студенческих забастовках, в связи с чем ему удалось окончить университет лишь в 1907 г. По окончании университета Валериан Владимирович работал врачом Нижнеудинского врачебного участка Сибирской железной дороги, а затем — участковым врачом в селе Кагальник, Донской области.

В 1909 г. он переехал в Петербург, где был слушателем в Еланинском клиническом институте, ныне — Ленинградском ГИДУВе. Здесь он работал в гигиенической лаборатории под руководством Г. В. Хлопина и выполнил свою первую научную работу «К методике определения азотистой кислоты в сточной воде», опубликованную в 1911 г.

В 1910 г., по рекомендации проф. Г. В. Хлопина, В. В. Милославский приглашен в Казань для работы в должности лаборанта кафедры гигиены медицинского факультета Казанского университета.

В 1920 г., защитив докторскую диссертацию «Исследование р. Казанки (материалы к вопросу о загрязнении рек)», В. В. Милославский занял должность прозек-

