

К текущему моменту им выполнено более 80 работ (клинических и экспериментальных) по самым различным вопросам ЛОР-специальности, из них более 60 опубликованы.

Наряду с экспериментально-физиологическими работами, большую группу составляют работы, посвященные клинике различных ЛОР-болезней, а также изучению распространения ЛОР-заболеваний и их профилактике. Ряд работ Виталия Викториневича касается проблемы глухонемой. Большую и весьма важную часть его научных трудов составляют работы по изучению боевых травм.

Проработав почти 20 лет в качестве преподавателя ВУЗа, Виталий Викториневич приобрел большой педагогический опыт, неизменно получающий высокую оценку со стороны врачей-курсантов.

Виталий Викториневич пользуется большим авторитетом у больных как внимательный и тактичный врач, добрый, с мягким характером.

Виталий Викториневич ведет и общественную работу. В течение последних 10 лет является заместителем председателя Казанского ЛОР-общества, в 1952—1959 гг. был ученым секретарем ГИДУВа, членом мед. совета Казанского Горздрава и активным членом Всесоюзного общества по распространению политических и научных знаний.

За многогранную деятельность Виталий Викториневич неоднократно отмечался правительственными наградами: орденом «Красная Звезда», четырьмя медалями, почетным званием «Заслуженный врач ТАССР».

По поручению коллектива ЛОР-кафедры
Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина
Ф. Касторский

СЪЕЗДЫ И КОНФЕРЕНЦИИ

ПЕРВЫЙ ВСЕРОССИЙСКИЙ СЪЕЗД ВРАЧЕЙ- ЭПИДЕМИОЛОГОВ, МИКРОБИОЛОГОВ И ИНФЕКЦИОНИСТОВ

(23—29 мая 1961 г., Казань)

Съезд был посвящен проблеме кишечных инфекций. Было заслушано более 70 докладов, обобщающих как научные исследования, так и опыт работы органов здравоохранения. В работе съезда приняли участие представители Министерств коммунального хозяйства и торговли РСФСР.

Кратким вступительным словом съезд открыл первый заместитель Министра здравоохранения РСФСР, главный гос. сан. инспектор РСФСР А. Ф. Серенко.

В докладе начальника главного сан. эпидуправления Минздрава РСФСР Н. С. Титкова «О состоянии заболеваемости кишечными инфекциями в РСФСР и мероприятиях по их снижению», а также в выступлениях ряда участников съезда подчеркнуто, что, несмотря на проводимый комплекс мероприятий, снижение заболеваемости кишечной группой инфекций в последние годы было незначительным. Заболевания острыми кишечными инфекциями до сих пор занимают второе место после гриппа и катара верхних дыхательных путей. Отмечено, что наиболее высокая заболеваемость острыми кишечными инфекциями имеется в северных областях РСФСР, районах Восточной Сибири, Дальнего Востока и Урала.

1960 год характеризуется некоторым снижением числа заболеваний острыми кишечными инфекциями, исключая колиэнтериты. Овладев методами бактериологической диагностики, практические органы здравоохранения стали больше выявлять колиэнтериты и подтвердили их широкую распространенность среди детей первого года жизни.

Болезнь Боткина в последние годы продолжает давать рост заболеваемости как среди городского, так и среди сельского населения. Мероприятия, проводимые против болезни Боткина, оказываются малоэффективными.

Съезд отметил, что одной из основных причин высокого уровня заболеваемости кишечными инфекциями и возникновения эпидемических вспышек в РСФСР является неудовлетворительное состояние в ряде населенных пунктов водоснабжения, канализации и других видов благоустройства. Отмечено все усиливающееся влияние на рост заболеваемости кишечными инфекциями пищевого фактора, так как увеличение сети общественного питания не сопровождается одномоментным оснащением их холодильным и механическим оборудованием. Министерство торговли РСФСР подверглось критике за непринятие исчерпывающих мер по профилактике пищевых отравлений и неустранение грубых нарушений санитарных правил режима объектов, сроков хранения продуктов, нарушение технологических процессов их приготовления и т. д.

Необходимо активизировать деятельность санитарных органов на местах по наведению санитарного благоустройства населенных мест и улучшению санитарного состояния объектов общественного питания и торговли.

Проблема брюшного тифа и паратифов было посвящено 14 докладов.

Заболеемость брюшным тифом имеет тенденцию к снижению в большинстве областей РСФСР. Так, в 1960 г. 34 области РСФСР имели показатель не выше 1,0 на 10 000 населения, то есть имела место спорадическая заболеваемость брюшным тифом. Из эпидемических вспышек брюшного тифа около половины относится к вспышкам водного происхождения. С точки зрения докладчиков (проф. М. М. Кадэн, доц. М. Н. Хазанов и др., Москва), наиболее характерными чертами эпидемиологии современного брюшного тифа являются:

а) неравномерное распределение заболеваемости по разным административным территориям республики;

б) высокая заболеваемость детей (преимущественно до 15 лет), что особенно резко выражено в случаях водного пути передачи инфекции;

в) уменьшение индекса сезонности и удельного веса сезонного подъема в общей заболеваемости;

г) преобладающая роль бактерионосителей и больных легкими, «стертыми» формами болезни как источников инфекции в районах с низким интенсивным показателем заболеваемости при спорадическом ее характере.

По В. А. Барташевой и С. Н. Безновой (Ленинград), источниками инфекции являются преимущественно носители брюшно-тифозной и паратифозных возбудителей. До 7% лиц, переболевших брюшным тифом и паратифом, остаются хроническими бактерионосителями.

А. Г. Полякова, Е. Н. Стерлин (Москва) показали, что высота заболеваемости брюшным тифом обуславливается за счет водных вспышек в тех случаях, когда население вынуждено пользоваться водой из открытых водоемов.

Группа авторов (Московская городская СЭС) указывает на возможность появления в условиях крупного благоустроенного города рассеянных случаев инфекции, связанных с купанием в санитарно неблагополучном водоеме.

П. А. Загатина (Магнитогорск) дала анализ 3 случаев брюшного тифа, возникших в результате пользования загрязненной водой из колонок типа Черкунова. Автор обращает внимание на ряд санитарных дефектов колонок и необходимость их модернизации.

В ряде докладов по дизентерии подчеркивалось увеличение удельного веса дизентерии Зонне, как правило, связанное со вспышками пищевого и водного происхождения. Уровень заболеваемости сельского населения в 3—3,5 раза ниже, чем городского.

Анализ поквартальной динамики колиэнтерита, проведенный проф. Э. М. Новгородской (Ленинград) за 3 года, показал, что интенсивность развития эпидемического процесса, вызываемого разными этиологическими формами колиэнтерита, находится в прямом соответствии с их клинико-этиологической характеристикой. Введенная с 1958 г. в Ленинграде система мер профилактики, основанная на признании экзогенной природы колиэнтерита, оказалась, по мнению автора, эффективной. Последнее подтверждается снижением в 1960 г., по сравнению с 1958 г., в 14,5 раза летальности от колиэнтеритов, а также отчетливым снижением ясельной очаговости и сокращением частоты внутрибольничной инфекции.

Действительный член АМН СССР проф. А. Ф. Билибин (Москва) отметил, наряду с успехами, недостатки и трудности в деле лечения кишечных заболеваний. К недостаткам он относит: 1) полное отсутствие в определенном проценте случаев эффекта от антибактериальной терапии; 2) появление на фоне специфической терапии обострений, рецидивов и формирование затяжных форм болезни; 3) недостаточную эффективность терапии бактерионосительства; 4) недостаточную организацию лечебных мероприятий и отсутствие со стороны специалистов контроля за их проведением.

Он предложил разрабатываемый им укороченный курс лечения острой формы дизентерии, состоящий в приеме внутрь так называемой «тройчатки» из тетрациклина, левомицитина, сульфгина (или фталазола) в течение 1—2 суток с последующим десенсибилизирующим лечением и витаминотерапией.

На съезде всеми выступавшими признана необходимость дальнейшего изучения метода иммуноантибиотикотерапии, основанной на использовании комплекса лечебных воздействий на организм больного: антибиотиков, вакцины и препаратов неспецифического стимулирующего действия.

Относительно лечения антибиотиками брюшного тифа признано наиболее рациональным лечение средними терапевтическими дозами левомицитина, вплоть до 10—12 дней нормальной температуры.

Наибольший интерес и признание получили в докладах участников съезда новые методы, улучшающие и ускоряющие лабораторную диагностику кишечных инфекций и индикацию патогенных микробов во внешней среде [реакция нарастания титра фага (РНФ), микроагглютинация в фазовоконтрастном микроскопе, кератоконъюнктивальная проба при дизентерии, иммуно-люминесцентный метод и др.].

Проф. В. А. Башенин, наряду с признанием безусловной роли фекально-ораль-

ного пути заражения при болезни Боткина, продолжал отстаивать свою точку зрения о возможности воздушно-капельного заражения (через выделения носоглотки). Последняя точка зрения поддержана также Е. А. Пакторис (Москва).

М. В. Сорин (Ленинград) выявил, что заболеваемость болезнью Боткина на 1000 населения неравномерно распределяется по населенным пунктам: на первом месте города, на втором — города районного подчинения и рабочие поселки, на третьем — сельские населенные пункты. Им установлены различные пути распространения: фекально-оральный, пищевой, водный, при этом подчеркивается большая роль последнего фактора, чем она признается на практике, а также воздушно-капельный и парентеральные пути заражения.

Съезд отметил важность применения кортикостероидов при тяжелых прекома-тозных и коматозных формах болезни Боткина с осуществлением контроля за функцией надпочечников.

Большой интерес у участников съезда вызвал доклад группы московских авторов о методах аэрозольной иммунизации против брюшного тифа и дизентерии, о незначительной реактогенности такой вакцинации. Возможность одномоментного проведения массовой и экспрессной вакцинации позволяет считать целесообразным более широкое изучение данного метода иммунизации.

Положительным в работе съезда следует отметить большое и активное участие с докладами и в прениях, наряду с учеными, практических врачей санитарно-эпидемиологических станций и больнично-поликлинических учреждений.

Всероссийский съезд избрал правление научного общества врачей-эпидемиологов, микробиологов и инфекционистов. Председателем правления избран проф. И. И. Елкин.

Принята подробная резолюция, обобщающая итоги проделанной работы и стоящие перед медицинской наукой и практикой задачи по борьбе с кишечными инфекциями.

И. З. Мухутдинов
(Казань)

КОНФЕРЕНЦИЯ ПО ПРОБЛЕМЕ МЕДИЦИНСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ ПИРИМИДИНОВЫХ ПРОИЗВОДНЫХ

(20—22 января 1961 г., Ростов-на-Дону)

Систематическое исследование вопроса о ценности пиримидиновых производных как лекарственных средств, впервые начатое в 1946 г. коллективом, руководимым Н. В. Лазаревым, увенчалось созданием целого ряда легко синтезируемых и безопасных средств, с помощью которых можно вмешиваться в течение многих процессов. Синтез всех этих производных пиримидина осуществлялся Р. С. Карлинской при консультации Н. В. Хромова-Борисова. На данной же конференции наибольшее количество докладов было посвящено характеристике пиримидиновых стимуляторов регенерации, как-то: метацила (4-метилурацила), пентоксила (5-оксиметил-4-метилурацила), цитозина, урацила, тимина. В основе этого их эффекта лежит, по-видимому, усиление процессов белкового синтеза в результате повышения интенсивности нуклеопротеидного анаболизма (Е. А. Диковенко, Л. А. Тиунов).

Те же пиримидины оказались ценными и своеобразными средствами для регуляции течения воспалительных процессов различной этиологии (И. Ф. Грех, П. П. Голиков, Н. П. Щемелев, В. И. Русаков, Ю. Е. Стрельников, А. В. Бузина, Б. А. Чирков). Особенности их влияния — ослабление ими циркуляторных расстройств в очаге повреждения, воспалительного отека, альтеративных явлений и стимуляция репаративной регенерации и тесно связанной с ней фагоцитарной реакции.

Доказано наличие у многих препаратов этой группы свойства усиливать выработку антител при иммунизации (С. А. Филиппов, Б. Ю. Калинин, И. Ф. Грех) и восстановление белков крови после массивных кровопусканий (Р. И. Лифшиц).

Отсюда понятна мысль о комбинированной терапии инфекционных заболеваний путем одновременного применения антибактериальных средств (антибиотиков, сульфаниламидных препаратов) и производных пиримидинов для повышения самозащиты от инфекции организма больного животного или человека. Наибольшее значение такая комбинированная терапия может иметь в тех случаях, когда сопротивляемость организма понижена, в частности, под влиянием ионизирующих излучений (И. Ф. Грех, Л. Я. Эберт и С. Н. Теплова) или у новорожденных (В. П. Давыдов и Г. Г. Назаренко).

Многие докладчики показали эффективность производных пиримидина в клинике (А. Л. Ланда, «Казанский мед. журнал», 1961, 4) в терапии язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, а В. П. Давыдов и Г. Г. Назаренко — при заболеваниях детского возраста, особенно при сопровождающейся лейкопенией двусторонней мелкогнездной пневмонии (пентоксил). Л. Ф. Лалеко наблюдал более раннее исчезновение интерстициальной пневмонии у леченных антибиотиками и сульфаниламидными препаратами в сочетании с пентоксилом.