

Из диагностических методов автор отводит основное место ректороманоскопии и ирригоскопии, не забывая и различные вспомогательные лабораторные тесты, позволяющие осуществить углубленную диагностику язвенного колита.

Достаточно полно освещен вопрос о дифференциальной диагностике заболеваний, сходных по клинике с язвенным колитом, что имеет большое практическое значение.

Являясь разумным сторонником хирургического лечения язвенного колита, автор четко дифференцирует абсолютные и относительные показания к операции. Он рекомендует прежде чем назначить операцию максимально исчерпать все возможности консервативного лечения.

По нашему мнению, совершенно справедливо указание автора, что на первом этапе производство илеостомии — единственно допустимая операция, которую могут вынести тяжелые больные. Однако радикальной операцией может быть только колэктомия, выполняемая на втором этапе с последующей илеоректостомией.

Написанная хорошим языком, отлично иллюстрированная и основанная на большом опыте автора, монография, безусловно, окажется полезной в практике всех врачей, занимающихся гастроэнтерологией.

Я. А. Макаревич (Астрахань)

СЪЕЗДЫ И КОНФЕРЕНЦИИ

III ВСЕРОССИЙСКИЙ СЪЕЗД ФТИЗИАТРОВ

(16—20/IX 1968 г., Рязань)

В настоящее время при туберкулезе отмечается скудность клинических симптомов, физикальных данных, гематологических сдвигов, олигобациллярность. Нередко даже при распаде легких БК выявляют лишь после повторных многократных исследований мокроты; в то же время у лиц, страдающих нетуберкулезными заболеваниями, обнаруживают микобактерии, морфологически похожие на туберкулезные, но не дающие роста на питательных средах и не вызывающие заболевания у животных. Широкое применение антибактериальной терапии привело к возникновению стертых и атипичных форм заболевания. Изменился микробный пейзаж и при неспецифических воспалительных поражениях легких.

Проф. Д. Д. Асеев (Москва) отметил, что из 2,5 тыс. больных, направленных за последние десять лет в диагностическое отделение с подозрением на туберкулез легких, интраторакальных лимфоузлов и плевры, у 40—60% в разные годы исключался туберкулез и диагностировались заболевания другой этиологии.

В. Л. Эйнис (Москва) пришел к выводу, что одним из существенных источников диагностических ошибок является отсутствие психологического контакта между врачом и больным, недостаточно тщательный сбор первичных фактов о больном, погрешности при оценке рентгенологических исследований. Последние должны рассматриваться обязательно на фоне всех анамнестических данных в сопоставлении с тщательным осмотром и физикальным обследованием. Собственно говоря, рентгеновского диагноза нет. Другой причиной диагностических ошибок является недооценка единства бронхо-легочной патологии и данных обследования всех верхних дыхательных путей. Докладчик особенно подчеркивает несовершенство бактериологической и цитологической диагностики. При первоначально отрицательном результате обязательно повторное исследование. При повторном цитологическом исследовании мокроты у больных, направленных с подозрением на рак легких, диагноз был подтвержден в 14%.

М. И. Ойфебах и В. Р. Левин (Москва) сообщили, что из числа лиц, направляемых поликлиниками для диагностики в противотуберкулезный диспансер, у 80% отвергается наличие легочного туберкулеза и у 25% признается неспецифическое заболевание легких.

Д. Д. Яблочков (Томск) обратил внимание на то, что в последние годы кроме больных с ограниченными и распространенными пневмо- и плевросклерозами различной этиологии и генеза, а также воспалительными заболеваниями хронического и подострого течения чаще стали встречаться больные с легочной формой саркоидоза, пневмомикотом и силикозом.

В настоящее время по мере снижения заболеваемости населения туберкулезом все большую долю в работе противотуберкулезных учреждений начинает занимать дифференциальная диагностика легочных заболеваний. По данным М. Л. Шулушко (Свердловск) из 1385 больных с нетуберкулезными заболеваниями легких, лечившихся в клинике, 81% был на приеме у фтизиатров.

Проф. А. Н. Вознесенский (Москва) считает, что важная роль при исследовании во фтизиатрии принадлежит бронхоскопии.

По организационным вопросам противотуберкулезного обслуживания населения выступили 57 ораторов. Большинство докладчиков сходится во мнении, что в настоящее время в крупных административных центрах Российской Федерации следует организовывать на базах противотуберкулезных учреждений пульмонологические центры, обеспечивающие профилактическую, диагностическую и лечебную помощь больным различной легочной патологией.

Как отметили Ф. В. Шебанов (Москва) и И. Г. Урсов (Новосибирск), исследование ученых и опыт практических врачей показывают, что инфицированные лица заболевают туберкулезом во много раз чаще, чем неинфицированные. Поэтому основным направлением в борьбе с туберкулезом у взрослых в настоящее время должна стать его профилактика прежде всего у инфицированных людей. Среди последних нужно выделить лиц с гиперергическими реакциями на туберкулин, что диспансерами не везде выполняется. Необходимо также детально изучить эффективность внутрикожной вакцинации БЦЖ, в частности зависимость ее от применяемой дозы и качества отдельных серий вакцин, уточнить сроки ревакцинации. Опыт авторов показал, что этот метод эффективен, но временные инструктивные указания нуждаются в изменении.

С. М. Княжецкий и Г. Э. Аль (Ленинград) в профилактике туберкулеза придают большое значение завершению в ближайшие годы внутрикожной вакцинации БЦЖ всего неинфицированного населения и переходу к ревакцинации в оптимальные сроки с учетом возможных индивидуальных вариантов продолжительности сохранения иммунитета у отдельных лиц, а также осуществлению флюорографического осмотра населения старше 12 лет с охватом 95—98% и созданием индивидуального карточного учета. В области санитарной профилактики основные усилия должны быть направлены на предупреждение инфицирования детей, подростков и лиц молодого возраста. Целесообразно ставить вопрос о возможности изоляции неинфицированных детей из неблагополучных очагов инфекции в оздоровительные детские учреждения.

Н. Я. Батманов и сотр. (Москва), И. К. Швайгерт (Тюмень), Т. И. Мурашко и сотр. (Куйбышев) и З. Н. Марина (Чебоксары) представили данные о том, что в большинстве автономных республик, краев и областей РСФСР организованы легочно-хирургические отделения. Количество операций по сравнению с 1960 г. возросло на 10%. В результате этого в среднем по Российской Федерации подвергается хирургическому лечению 8% больных с деструктивными формами.

О дифференциальной диагностике легочной и внелегочной локализации туберкулеза и сопутствующих заболеваний заслушано 38 докладов.

На основе предложений доктора Фриделя из ГДР В. П. Филиппов, Е. Д. Тимашова, И. Р. Дорожкова (Москва) разработали в Центральном институте туберкулеза МЗ СССР метод катетеризационной биопсии легких, который позволяет получать материал непосредственно из очага поражения в легком. Исследование осуществляется эластичным контрастным катетером, используемым для зондирования сердца. Одномоментно с катетеризационной биопсией осуществляется оптическая эндоскопия вплоть до устьев сегментарных и субсегментарных бронхов.

А. Е. Рабухин и сотр. (Москва) указали, что в последние годы сочетание туберкулеза и рака легких встречается чаще. Авторы объясняют это изменением возрастного состава населения, увеличением продолжительности жизни больных туберкулезом и возможной патогенетической связью между этими заболеваниями.

А. Я. Цигельник и сотр. (Ленинград) в результате анализа секционного материала за последние 17 лет констатировали, что сочетание рака и туберкулеза легких участилось в 8 раз. Однако это учащение является относительным и прежде всего связано с резким уменьшением числа умерших от туберкулеза при довольно постоянном числе погибающих от рака легкого.

По патологоанатомическим данным (В. И. Брауде, Москва) рак легких возникает на фоне легочного туберкулеза реже, чем без туберкулеза (соответственно в 1,8 и 4,65%). Туберкулез легких у умерших от рака легких обнаруживается столь же редко (1,66%). Если у больных туберкулезом легких все же развивается легочный рак, то опухоль в подавляющем большинстве случаев возникает в отдалении от туберкулезных поражений.

И. А. Я. Цигельник, и В. И. Брауде пришли к заключению, что рак и туберкулез — это два параллельно текущих заболевания, и сочетание их носит случайный характер. Туберкулез легких отнюдь не способствует развитию легочного рака.

В настоящее время подавляющее большинство клиницистов отрицает существование антагонизма между пороками сердца и туберкулезом легких. Однако по ряду частных вопросов проблемы взаимоотношения этих заболеваний единого мнения пока нет.

А. И. Галибина (Томск) установила, что туберкулез легких у больных ревматическими пороками сердца может иметь различное течение. Прогрессирующий туберкулез легких оказывает отрицательное влияние на сердечную мышцу и на течение порока сердца, усиливаются или развиваются явления недостаточности кровообращения. Последние уменьшаются при купировании туберкулезного процесса под влиянием соответствующей комплексной терапии.

И. Е. Кочнова и сотр. (Москва) изучали туберкулезные изменения в легких у больных с митральным стенозом и нашли, что у них элементы обызвествленного первичного комплекса, единичные кальцинаты оставались стабильными на протяжении 3—10 лет наблюдения после комиссуротомии.

А. А. Ахметзянов (Казань) остановился на патогенетических сторонах развития атеросклероза у туберкулезных больных. При развитии атеросклероза в первую очередь поражаются устья мелких артерий, отходящих от грудной аорты, что часто приводит к сужению или полному закрытию их просвета. Это ухудшает питание легких и других органов грудной клетки, подготавливая условия для развития туберкулеза в неблагоприятном направлении, особенно у людей пожилого возраста.

А. А. Ахметзянов (Казань)

IV ВСЕСОЮЗНАЯ НАУЧНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ ПО ГИГИЕНЕ И ТОКСИКОЛОГИИ ПЕСТИЦИДОВ

(11—14/VI 1968 г., Киев)

В работе конференции приняли участие 700 делегатов. Конференцию открыл начальник ГСЭУ МЗ СССР А. В. Павлов. На 5 пленарных и 4 секционных заседаниях было заслушано более 120 докладов.

Главный специалист по контролю за ядохимикатами Минздрава СССР К. З. Саломатина сообщила, что в стране создано 600 токсикологических лабораторий, в 38 тыс. колхозов работает 236 тыс. бригад, в совхозах и объединениях «Сельхозтехника» 3 тыс. механизированных отрядов. Число острых отравлений каждый год снижается и в 1967 г. (по РСФСР) составляло 54% всех отравлений. Большая часть (30%) падает на острые отравления гранозаном. Докладчик отметила, что врачи скорой медицинской помощи не знакомы с токсикологией ядохимикатов и не имеют антидотов.

Проф. Л. И. Медведь (Киев) отметил, что ядохимикаты в СССР изучаются уже 40 лет. За последние годы увеличился объем исследований, расширился круг изучаемых вопросов. В 1967 г. изучены свойства 149 препаратов, т. е. в 4 раза больше, чем в 1958 г.

В целях повышения знаний врачей по токсикологии пестицидов коллегия Министерства здравоохранения СССР в 1967 г. организовала при Киевском ГИДУБ на базе ВНИИ гигиены и токсикологии пестицидов, полимерных и пластических масс кафедру гигиены, токсикологии и клиники пестицидов.

За период между III и IV конференциями Всесоюзный НИИ гигиены и токсикологии пестицидов, полимерных и пластических масс изучал циркуляцию пестицидов в природе, механизм их токсического действия, метаболизм в организме и кумуляцию, закономерности, лежащие в основе зависимости действия ядов от их химической структуры. Организовано изучение бластоогенных, мутагенных, эмбриотоксических, гонадотоксических и других отрицательных свойств пестицидов. Осуществляется одновременно комплексное гигиеническое нормирование пестицидов в различных объектах внешней среды.

При ВНИИГИНТОКСе создана проблемная комиссия «Научные основы гигиены и токсикологии пестицидов, полимерных и пластических масс».

Изучена токсичность более 400 препаратов, предложенных химиками и специалистами сельского хозяйства в качестве химических средств защиты растений. Более 150 препаратов получили всестороннюю токсиколого-гигиеническую оценку. Установлены бластоогенные, эмбриотоксические, гонадотоксические свойства некоторых производных дитиокарбаминовой кислоты.

Проф. Н. Н. Мельников (Москва) подчеркнул, что в 1968 г. урон, причиненный вредителями, составил 74,9 млрд. долларов, 54% от сбора урожая. Потери всех зерновых исчисляются в 500 млн. т в год, картофеля — 129, сахарной свеклы — 636, овошей — 78, фруктов — 56.

В США ежегодно производится 450 тыс. т новых ядохимикатов, в том числе фосфорорганических — 40 тыс. т (1966), производных карбоминовой кислоты — 28 препаратов. Докладчик сообщил, что в пингвинах было найдено 0,39 ППМ хлорорганических ядохимикатов, в чайке, бакланах — 26 ППМ. Масло из Австралии содержало в 1965 г. 0,25 ППМ ДДТ, в 1966 г. — 0,54 ППМ, масло из Дании — 0,08 ППМ; гексахлорциклогексана в бараньем жире было в 1965 г. 0,39 ППМ, в 1966 — 1,1 ППМ. Кальцинированная сода в сочетании с солями цинка дает соль, которая оказывает смертельное действие на рыб, в результате в озере Балатон (Венгрия) погибло много рыбы.

Докладчик отметил необходимость применения для борьбы с насекомыми атарантантов, которые привлекают к себе насекомых и убивают их.

В. И. Польченко привел данные об отравлении людей пестицидами. Из 66 стран, применяющих ядохимикаты, первое место по отравлениям занимают США, второе — Япония, третье — Турция и СССР. В Европе первое место занимает Дания, второе —