

Ряд докладов из института эпидемиологии и микробиологии им. Н. Ф. Гамалея был посвящен профилактике стафилококковой инфекции у родильниц и новорожденных путем иммунизации беременных в консультации стафилококковым анатоксином, что приводит к снижению гнойничковых заболеваний у родильниц и новорожденных.

Я. С. Кленицкий предложил способ регистрации болевых ощущений в родах путем параллельной записи на кимографе сокращений матки (наружная гистерография) и кривой от сдавления роженицей груди соответственно силе боли.

Сообщен опыт применения вакуум-экстрактора для родоразрешения 103 рожениц с полным эффектом у 69. Этот способ родоразрешения требует дальнейшего изучения.

Было доложено об одной малоизвестной причине смерти новорожденных — гиа-линовых мембранах в легких. Среди 190 вскрытых новорожденных они найдены у 18. Полагают, что образованию этих мембран может способствовать кислородная терапия.

На секции гинекологии сообщено об обезболивании при гинекологических операциях, диагностике ранних стадий рака женских половых органов, организации детской гинекологии и проч.

Съезд закончился отчетом Правления Всероссийского научного общества акушеров и гинекологов и выбором Правления. Съезд обратился к американским акушерам и гинекологам с призывом в защиту мира.

Проф. П. В. Маненков
(Казань)

ПРОБЛЕМА ГОРМОНОТЕРАПИИ НА ВСЕРОССИЙСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ ТЕРАПЕВТОВ

(26—28 июня 1960 г., Ленинград)

Конференция была посвящена одной из актуальных проблем современной медицины — применению кортикостероидных гормонов в лечении некоторых заболеваний внутренних органов.

Проф. И. А. Юдаев (Москва) подчеркнул, что эти гормоны оказывают на организм человека разностороннее действие и отметил, что при применении их в организме накапливается аммиак. Введение глютаминовой кислоты приводит к ликвидации этого явления и позволяет тем самым продолжать лечение гормонами. Кортикостероиды обладают тканевой специфичностью.

Проф. А. Л. Мясников и Е. Н. Герасимова (Москва) впервые в СССР осуществили количественное определение альдостерона химическим методом и применили в клинике. Физиологическое действие альдостерона у здоровых людей проявляется в задержке выделения натрия и стимуляции выделения калия с мочой. У больных нефритами с отеками, а также с гипертонической болезнью II-Б и III-А стадий значительно увеличено выделение альдостерона с мочой. Нарушения гемодинамики после острого инфаркта миокарда также приводят к повышенному выделению альдостерона с мочой. В настоящее время получен ряд веществ, угнетающих действие альдостерона. Антагонисты альдостерона проявляют свое действие в снижении как реабсорбции натрия канальцами почек, так и АД.

Проф. А. А. Ковалевский и М. Е. Зверев (Томск) подчеркнули, что определение 17-кетостероидов в моче является ценным тестом для выяснения функционального состояния коры надпочечников. Из нагрузочных проб более доступной в клинике является проба Лабгарта, а не Торна.

Проф. Е. М. Тареев и В. А. Насонова (Москва) отметили, что стероидные гормоны в настоящее время занимают важное место в комплексном лечении больных *большими коллагенозами* (системная красная волчанка, узелковый периартериит, склеродермия, дерматомиозит). Однако гормональная их терапия является в основном симптоматической и заместительной, вызывая лишь увеличение ремиссии. При лечении коллагенозов стероидными гормонами необходимо многомесячное, а в ряде случаев многолетнее их применение. Для этого необходимо располагать набором стероидных гормонов и уметь варьировать ими в течение всего периода лечения. Была отмечена хорошая переносимость длительного применения поддерживающих доз кортикостероидов. Большие дозы в таких случаях докладки считают бесполезными. При осложнении инфекций лечение гормонами должно быть продолжено под защитой антибиотиков. В комплексном лечении сохраняют свое значение салицилаты, витамины, гемотрансфузии.

Проф. А. И. Нестеров (Москва) доложил о благоприятном действии *при ревматизме* преднизона и особенно триамсинолона и дексаметазона. Благодаря применению этих препаратов достигается более быстрый и полный терапевтический эффект. Лучшие лечебные результаты при меньшем побочном влиянии были достигнуты при сочетании применения триамсинолона или дексаметазона и салицилатов или пиразолоновых производных. Такое лечение позволило у ряда больных первичным ревмокардитом предупредить катастрофическое поражение сердца. Докладчик подчеркнул, что лечение ревматизма гормонами будет успешным при условии тщательной индивиду-

лизации показаний, рационального подбора дозировок и постоянного контроля, чтобы избежать побочного их действия.

По наблюдениям проф. А. Г. Терегулова и Д. А. Валимухаметовой (Казань) стероидные гормоны при изолированном применении не обеспечивают полноценного эффекта при ревматизме, но при сочетании с пенициллином и салицилатами более действенны. Еще более отчетливый эффект наблюдается при присоединении витаминотерапии. В динамике излечения лечебного эффекта была констатирована нормализация основного обмена, восстановление до нормы газов крови и вентиляционной функции легких у больных ревмокардитом в стадии компенсации и декомпенсации I ст.

Проф. А. И. Гефтер и К. В. Зверева (Горький) не могли отметить закономерного терапевтического эффекта гормонотерапии по данным ЭКГ, БКГ, фонографии на боли в области сердца и на некоторые функции миокарда, хотя наблюдалось положительное действие на течение ревматического процесса.

Проф. Л. М. Рахлин и М. К. Дрягина (Казань) сопоставили протеино- и глюкоидограммы артериальной и венозной крови и нашли, что глюкоидограмма сыворотки крови в большей степени отражает сдвиги в состоянии тканевого обмена у ревматиков при лечении кортизоном, чем протеинограмма. Медленная или недостаточная динамика глюкоидограммы в сторону нормализации, высокое содержание редуцирующих веществ, особенно в венозной крови, наблюдаются у больных с неполноценным эффектом гормональной терапии и склонностью к рецидивам. Докладчики подчеркивали важность определения в крови сиаловой кислоты в качестве показателя нарушения структуры мукопротеинов при ревматизме.

Доктор мед. наук М. Г. Астапенко (Москва) у большинства больных ревматоидным полиартритом в период применения высоких доз стероидных гормонов получила выраженный, но недостаточно стойкий терапевтический эффект. Применение гормонов в виде отдельных курсов не предотвращает прогрессирование процесса. Показания к применению гормональной терапии должны быть еще более дифференцированными, чем это имеет место в настоящее время.

Проф. Р. Г. Межебовский (Оренбург) отметил, что кортизон и преднизон, вызывая нарушения электролитного баланса при сердечной недостаточности, снимают рефрактерность к сердечным глюкозидам и ругным мочегонным. Механизм парадоксального действия кортикальных стероидов при рефрактерных формах сердечной недостаточности еще не уточнен.

Ю. Д. Романов (Казань) показал благоприятное действие дезоксикортикостеронацетата при комплексной терапии гипотонических состояний.

По мнению проф. Н. А. Шмелева (Москва), главная роль стероидных гормонов при *туберкулезе* заключается в том, что они изменяют тканевый обмен и тем влияют на очаги туберкулеза. Под их воздействием быстрее рассасываются инфильтративно-пневмонические фокусы и происходит более совершенное рубцевание казеозно-некротических центров. Кортикостероидные гормоны в сочетании с антибактериальными препаратами в первую очередь показаны при казеозной пневмонии и менингите. Под их влиянием заметно быстрее происходит рассасывание острого воспалительного экссудата при плеврите и перитоните.

И. Т. Мальцев (Омск) применял АКГТ и кортизон в комбинации со стрептомицином или фтивазолом для лечения экссудативных плевритов туберкулезной этиологии. У большинства больных получен хороший эффект. Отдаленные наблюдения на протяжении более 4 лет показали, что ни в одном случае не было рецидива плеврита или вспышки туберкулезного процесса.

Проф. Б. Б. Коган (Москва) указал, что в лечении *бронхиальной астмы* особое место должно быть отведено новейшим кортикостероидам (метикортен, преднизон, преднизолон, метикортелон и др.), которые лишены отрицательного влияния АКГТ и кортизона.

В представленном **М. С. Вовси** и М. Я. Ратнер (Москва) докладе сообщалось о применении стероидных гормонов у 62 больных *острым нефритом* с затянувшимся течением и разными формами хронического нефрита, не осложненного нарушением азотовыделительной функции. Применение кортизона, преднизона и преднизолона (курс лечения 38—42 дня) давало хороший клинический эффект. Эффект удерживался в течение месяцев и даже лет, но данная терапия все же не может гарантировать от обострения процесса.

Проф. В. А. Бейер и Д. Я. Шурыгин (Ленинград) сообщили, что при *хроническом миелобластозе* гормональную терапию в сочетании с пуринетолом необходимо проводить при миелобластической фазе заболевания. Абсолютным показанием для гормональной терапии при лейкозах и лимфогрануломатозе является присоединение аутоиммунной гемолитической анемии. Терапия гормонами показана при всех симптоматических и идиопатических цитопениях (болезнь Верльгофа, гипопластическая анемия, агранулоцитоз и др.).

Проф. З. А. Бондарь, В. Л. Узякова и И. М. Кахновский (Москва) подчеркивали, что гормонотерапия при *хронических заболеваниях печени* в комплексном их лечении является целесообразной.

Проф. С. М. Рысс (Ленинград) установил снижение функции коры надпочечни-

ков при язвенной болезни, отметил благоприятное влияние на выделение 17-кетостероидов ганглиоблокирующих средств.

Выступавшие в прениях отмечали благоприятное действие кортикостероидных гормонов при многих заболеваниях внутренних органов, рекомендовали шире использовать их в повседневной врачебной практике, одновременно подчеркивая, что применять их нужно осторожно, индивидуализируя показания, дозы, проводя систематический контроль показателей крови, чтобы своевременно предупредить побочные действия.

Доц. В. Е. Анисимов
(Казань)

НАУЧНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ КАЗАНСКОГО ГИДУВа им. В. И. ЛЕНИНА

Конференция состоялась 23 и 25 апреля 1960 г. в ознаменование 90-летия со дня рождения В. И. Ленина, 40-летия ТАСССР и 40-летия со дня основания Института. Первые доклады и были посвящены этим знаменательным датам.

Специальная часть конференции была представлена 27 докладами. В 6 из них был дан итог многолетней работы ряда основных кафедр (педиатрии, хирургии и онкологии, акушерства и гинекологии, рентгенологии и радиологии и др.).

Проф. И. И. Русецкий в докладе «Неврологическое понимание неврозов внутренних органов» дал определение этих заболеваний как комплексных вегетативных синдромов с преобладанием нарушения деятельности того или другого органа. Он выделил дополнительно две новые формы неврозов в зависимости от преобладания сенестопатий или трофических расстройств. Поставлен вопрос о механизме возникновения и фиксирования развившегося вегетативного нервного синдрома, намечены пути лечения: психотерапевтический, физиотерапевтический и медикаментозный.

В работах 1-й кафедры терапии, ведущихся под руководством проф. Л. М. Рахлина, за последние 5 лет собрано много новых фактов о состоянии функции эндокринного аппарата при атеросклерозе. Это ряд так называемых «внутренних факторов», характеризующих состояние нейрогуморальной регуляции и глубинных сторон обмена при атеросклерозе. Работы имеют клинко-экспериментальный характер. На первом их этапе были установлены закономерные периодические изменения функции щитовидной железы как при экспериментальном атеросклерозе, так и у человека — в последнем случае в более сложной форме. На втором этапе этих исследований был поставлен вопрос об участии гипофиза в цепи «внутренних факторов» при атеросклерозе. Исследованиями установлено как при экспериментальной гиперхолестеринемии (Б. С. Максудов), так и у многих больных атеросклерозом в клинике (Л. А. Лушикова) усиление тиреотропной стимуляции щитовидной железы. В конечном итоге изучение «внутренних факторов» выявляет явное изменение адаптационной и компенсаторной функций нейрогуморальной регулирующей системы при атеросклерозе.

Из других докладов терапевтической группы привлекло внимание слушателей сообщение доц. К. Ф. Фирсовой «О биохимических основах сердечной недостаточности при экспериментальной дифтерийной интоксикации».

Было доложено о лечении иглоукалыванием некоторых кожных и гинекологических заболеваний (Г. З. Мухамедьяров и Л. Ш. Залаяева), об изменении экскреторной функции желудка при некоторых пероральных отравлениях (И. А. Келин) и о неврологическом синдроме в клинике туберкулеза и опухолей легких (А. Н. Кревер, Е. И. Чижова и У. Ш. Ахмеров).

Проф. М. Х. Файзуллин и И. Х. Галимов сообщили о рентгенотерапии аденом гипофиза и диэнцефальных синдромов под контролем динамики обмена брома в крови. Было показано, что изучение динамики обмена брома в крови может служить тестом для дифференцированного применения глубокой рентгенотерапии при указанных заболеваниях, что увеличивает возможность эффективного использования рентгенотерапии этих больных.

Проф. П. В. Кравченко и С. И. Рудова поделились опытом предоперационной подготовки больных тиреотоксикозом.

О механизмах адаптации и компенсации после резекции желудка доложил доц. О. С. Радбиль. Он установил, что у 70—80% оперированных наступила полная компенсация нарушений функций органов пищеварения. Для восстановления нормальной функции желудочно-кишечного тракта после оперативных вмешательств необходимо комплексное лечение нарушений функции кишечника, печени и желчного пузыря, поджелудочной железы, гипер- и гипогликемии и различных нарушений белкового, витаминного и минерального обменов (лечебное питание, медикаментозная терапия и пр.).

Доц. М. З. Сигал поделился 10-летним опытом электрохирургических операций на пищеводно-желудочно-кишечном тракте. Доказана возможность проведения этим методом операций на пищеводе. Сконструированы новый зажим для электрохирургических гастрэктомий и резекций пищевода и совместно с инж. К. В. Кабановым —