

Из Клиники инфекционных болезней Института для усовершенствования врачей имени В. И. Ленина и Клиники инфекционных заболеваний детского возраста Каз. мединститута (заведующий проф. А. Ф. Агафонов).

К оперативному лечению дифтерийных крупов гортани.

Д-р В. А. Чудносоветов.

В специальной литературе о лечении хронических стенозов гортани, возникших на почве различных инфекционных заболеваний, дифтерия занимает сравнительно небольшое место. Правда, у некоторых авторов (Хартак, Пфафенродт) имеются указания на отдельные случаи стойких, длительно протекающих стенозов, но они сравнительно немногочисленны. Из работы д-ра Курьянковой Н. А. видно, что за 5-летний период времени через казанские ушные клиники прошло всего только двое больных с хроническим последифтерийным стенозом, потребовавшим для деканализации кровяное вмешательство. Проф. Бондаров же говорит, что „встречаются преимущественно тифозные сужения дыхательных путей, на долю же других инфекций приходится единичных случаев“.

Ряд таких же указаний о хронических дифтерийных стенозах имеется и у более старых авторов (O'Dwyer, Вокау, Кацин, Полиевктов, Глускин, Колли и др.).

На долю хронического стенотика-ребенка выпадает масса переживаний, но только физического, но и психического характера, связанных иногда с значительными болезненными ощущениями или испугом перед аффиксией при случайных непорядках с трахеотомической канюлей. Длительно протекающее лечение, различного рода манипуляции оперативного характера на гортани, постоянная боязнь наступления асфиксии и отсутствие дыхания per vias naturales превращают не только ребенка в первого, легко возбудимого субъекта, но и взрослого канюльера в человека неполноценного с пониженной и значительной степени трудоспособностью. Проф. Бондаров же указывает, что потеря трудоспособности у таких людей может достигать 70—90% и, если наши маленькие пациенты вообще не являются трудоспособными по возрасту, то это еще не значит, что они легко переносят ношение трубки без всякого ущерба для их здоровья. Следовательно, задача должна заключаться в создании таких условий, которые дали бы ребенку, выходящему из больницы, клиники, полное восстановление здоровья, жизнеспособности и полноценности, а не тяжкое бремя и помеху для близко стоящих к нему лиц и уже перед возможностью ежеминутного задушения.

Как уже сообщалось д-ром Егеревой, материал, взятый нами для разработки за последние четыре года, на 1778 человек больных детей, прошедших через инфекционную клинику, дает 41 трахеотомию, причем в указанное число входят как первичные, так и вторичные оперативные пособия.

Необходимо отметить, что под вторичной трахеотомией мы подразумеваем те случаи, которые потребовали и последующим кровяное вмешательство после деканализации, хотя бы и кратковременного, пребывания интубационной трубки в гортани. Общее количество больных, умерших после трахеотомии, достигает 21 человека, причем первичная операция дала 14, а вторичная 7 летальных исходов. Что касается полного выздоровления, то при первичной трахеотомии наблюдалось 4 случая, при вторичной также 4, остальные 12 человек были выписаны в различные сроки с трахеотомической трубкой для дальнейшего наблюдения и лечения в клинике болезни носа, горла и ушей. Следовательно, трахеотомия при

поражении дифтерией гортани дает 51,2% смертности, несмотря на то, что она кажется как бы наиболее легким оперативным вмешательством, которое в ларингологических клиниках и при других заболеваниях гортани не дает такого высокого процента летальных исходов.

В самом деле, ведь только 8 случаев, из которых 4 дала первичная и 4 вторичная трахеотомия, закончились вполне благополучно, остальные же 12 человек выписаны из клиники надолго калеками, требующими за собой постоянный посторонний уход и тщательное наблюдение. Казалось бы можно было предполагать, что первичная трахеотомия должна дать наиболее благоприятные результаты, так как оперированные дети при этом не подвергались никаким предварительным травмам. На самом деле положение группы детей с первичной трахеотомией дало несколько иную картину. Из 19 произведенных первичных трахеотомий — 14 детей умерло, 4 человека выздоровело и 1 выписался с хроническим стойким стенозом гортани. Необходимо отметить, что в группе 14 человек с летальным исходом 8 больных умерло в первые же сутки и даже ближайшие часы после оперативного вмешательства. Это были дети в крайне тяжелом состоянии с запущенным процессом, длительным кислородным голоданием, в некоторых случаях — с тяжелыми пневмониями или явлениями нисходящего крупа. Попытка интубировать их обычно заканчивалась неудачей, вследствие наступившего резко выраженного спазма голосовой щели или разрывшегося при этом отека ее. Подобное состояние ребенка вставляло переходить к немедленной трахеотомии, как к последнему крайнему средству. Двое детей этой же группы погибли на третий-четвертый день, так как к основному страданию у одного присоединилась скарлатина, у другого же при поступлении в клинику уже была констатирована пневмония. Наконец, остальные больные погибли в более поздние сроки после операции, причем еще до оперативного вмешательства у них наблюдались явления вполне выраженного воспаления легких. Что касается возрастного состава всей разбираемой группы, то наибольшую смертность, главным образом, дали дети от 1 до 2-х лет, между тем как в группе выздоровевших были больные более старшего возраста (от 6 до 15 лет). Группа вторичных трахеотомий насчитывает 22 случая, из которых только 4 окончились полным выздоровлением, 11 человек выписаны с трубкой Луега, как хронические канюляры, и 7 дала летальный исход. Из последних — 3 детей умерло во время операции трахеотомии; один прожил несколько часов после нее; двое умерли на 4 день, причем один из них погиб от сильнейшего кровотечения из операционной раны, другой от нисходящего крупа; наконец, один экзантировал на девятый день после оперативного вмешательства, так как страдал воспалением легких, развившимся у него еще до операции. Если первичная трахеотомия дала нам в высокой степени неутешительные результаты, то при производстве вторичной — наблюдается как бы сдвиг в сторону значительного улучшения прогноза и течения болезни. Действительно, из % отношений видно, что первичная трахеотомия дает 73,6%, между тем, как вторичная только 31,8% умерших, т. е. смертность при последней в два раза меньше первой. Дети с вторичной трахеотомией неоднократно подвергались предварительной интубации, и кровяное вмешательство им было произведено в различные сроки от момента первой интубации в зависимости от окончательного решения вопроса: отдаст ли ребенок трубочку, или нет. Преимущественно это происходило на 10—12 день от начального интубирования, и только в одном случае кровяное оперативное вмешательство было произведено на 35 день. Что касается возрастного состава разбираемой группы, то вторичная трахеотомия по нашим материалам падает на 2—4-летний возраст, причем больные поступали на 2—4 день заболевания с выраженными явлениями распространенной дифтерии. Самому маленькому нашему пациенту было 11 месяцев, когда он подвергся вторичной трахеотомии на 15 день после предварительной интубации и выписан из клиники с трубкой Луега со стойким хроническим стенозом. Как уже ранее указывалось, в 11 случаях, несмотря на длительное пребывание интубационной трубочки в гортани, в конечном итоге лечение больных закончилось все же трахеотомией, и дети были выписаны, как хронические канюляры, не могущие дышать свободно per vias naturales. Большинство их подверглось неоднократным интубациям, число которых колеблется от 3 до 10 с незначительными промежутками времени, особенно в тех случаях, когда дети начинали выхаркивать трубочку и появлялись симптомы пролежней. Какой-либо избирательности в отношении пола на развитие стойких стенозов констатировать не удастся, так как распределение больных детей на оба пола падает почти одинаково

(6 девочек и 5 мальчиков). Также влиянием дня поступления в клинику с момента заболевания объяснить указанное осложнение не представляется возможным, потому что последнее и в более запущенных случаях не всегда наступало. Приводимая ниже таблица дает картину общего течения болезни у хронических стенотиков - кавюларов. (См таб. на стр. 434—435).

Интересным является то обстоятельство, что половину всех хронических стенозов, наблюдавшихся в течение разбираемого периода времени, дал 1932 год, между тем, как смертность этого года была не выше, чем в остальные, а у трахеотомированных — даже наименьшей. Далее следует отметить социальное положение детей - стенотиков, отцы которых главным образом оказались служащими, занимающимися умственным трудом, или лицами, близко стоящими к указанной категории. Наконец, обращает внимание в то обстоятельство, что дети этой группы, были в большей или меньшей степени невропаты с повышенной возбудимостью нервной системы и более слабой общей конституцией. В двух случаях хронических стенозов, из которых один дал первичную трахеотомию, мы могли вполне определенно констатировать только что перенесенную корь. Из осложнений, которые наблюдались у стенотиков, в трех случаях развились пневмонии, причем две были еще до поступления в клинику и одна после трахеотомии. Таким образом из 41 трахеотомии, произведенных нами, 21 случай окончился летально, 12 случаев дали хронические стенозы и только 8 человек выписались из клиники совершенно здоровыми. К общему количеству детей, больных дифтерией, прошедших через клинику за последние 4 года, % трахеотомированных выражается цифрой 2,33, по отношению же ко всем интубированным это составляет 12,9%. Что смертность после трахеотомии при дифтерийных крупах велика, говорят многочисленные наблюдения различных авторов. Отсюда вытекает положение: что же лучше применять — интубацию или трахеотомию? На этот вопрос у отдельных авторов как в нашей отечественной, так и заграничной литературе мы видим различные взгляды.

Появляемо, кроме одного Siegel'a, считающего, что интубация принципиально должна быть оставлена, все остальные признают этот метод наиболее рациональным и имеющим во многих отношениях преимущества перед трахеотомией. Так, д-р Вокау исчисляет смертность при трахеотомии в 88,3%, при интубации же только в 42,3%, причем первая у детей до года дает „ужасное предсказание". Сборная статистика зарубежных авторов определяет смертность при первичной трахеотомии в 47,3%, вторичной — 51,9%, между тем как при интубации она достигает только 31,5%. Даже такой принципиальный противник интубации, каким является Siegel, и тот признает, что смертность при обеих операциях почти одинакова. Однако, статистику Siegel'a нельзя считать правильной и точной, так как Вокау и Soltman доказали, что статистические данные его не объективны и составлены автором тенденциозно. Не останавливаясь подробно на статистическом материале других авторов, имеющемся в литературе в громадном количестве по этому вопросу (Вокау, Ранске, Меуер, Колин, Блуменау, Ковальский, Георгиевский, Кацин и мн. других), мы только укажем, что смертность при трахеотомии всеми исчисляется в значительной степени выше, чем при интубации (трахеотомия от 40 до 80%, интубация от 30—40%). Помимо основного положения — меньшей смертности при интубации, Меуер приводит целый ряд соображений, в силу которых она дает большему значительные преимущества перед трахеотомией. Таких условий он насчитывает четыре: 1) бескровие, 2) отсутствие послеоперационного рубца, 3) редкость пневмоний и 4) легкость последующего ухода. С высказанными Меуером положениями нельзя не согласиться, но нам кажется, что к указанному необходимо добавить еще некоторые не менее важные соображения: 1) сохранение при интубации носового дыхания, 2) благотворное влияние его на течение пневмоний и 3) меньшая

психическая и физическая травма ребенка. Особенно мы придаем значение сохранению носового дыхания, так как этот фактор играет колоссальную роль в организме. Профессор М. Ф. Цытович придает ему настолько большое значение, что для выяснения себе последующих положений о благотворном влиянии интубации на пневмонию и сравнительную редкость развития ее у интубированных (в сравнении с трахеотомированными) мы считаем необходимым более подробно остановиться на этом вопросе.

По мнению проф. Цытовича при отсутствии носового дыхания в лимфо- и кровообращении полости носа и черепа наступают застойные явления, чрезвычайно невыгодные для организма. Проф. В. К. Трутнев нашел, что при затрудненном носовом дыхании или его полном отсутствии у 40% больных наступает раздражение мозговых оболочек и наблюдается симптом Кернига. Дальнейшие наблюдения в этом направлении были проведены в физиологической лаборатории проф. К. Р. Викторова и клинике проф. В. К. Трутнева, при чем работа Е. Н. Павловского и Н. Н. Лопатиной вполне определенно устанавливает понижение вентиляции легких при трахеальном дыхании в сравнении с носовым на 25—30%. Исследуя у животных кровяное давление, д-р Е. С. Викторова констатировала понижение его в значительной степени при трахеальном и повышение при исключительно носовом дыхании. Д-р А. Н. Круглов и В. А. Чудносоватов при субаракноидальном введении туши у животных с трахеальным дыханием получили инъекцию субвалинальных пространств глаза резче выраженную, чем при носовом дыхании. Это наблюдение они объясняют развитием застойных явлений в полости черепа, безусловно связанных с трахеальным дыханием. Подобная же картина наблюдается и в слизистой носа при дыхании животного через трахеотубус (Чудносоватов). Какой практический вывод можно было бы сделать из всех клинических наблюдений и приведенных выше экспериментальных данных? Ответ на этот вопрос мы находим в нашей повседневной практической работе и указаниях ряда авторов. Мы знаем, что производство трахеотомии при воспалительных явлениях в легких многими из них не рекомендуется, так как этим ухудшается течение процесса (Вокану, Ранке, Wackerle, Войнов, Блуменау, Коэли и др.). Вот почему некоторые клиницисты, как Baginsky, Schweiger и Ganghoffner, в подобных случаях совершенно отказались от производства трахеотомии. Гиндес и Палков считают ее при воспалении легких бесполезной и даже вредной. В нашем материале из 2 летального исхода в 2 случаях была констатирована пневмония, что составляет 57,1%. Восстанавливая носовое дыхание путем устранения стеноза интубацией, мы тем самым включаем в работу организма могучий физиологический фактор, вполне определенно действующий на общее состояние больного и в частности — на улучшение вентиляции легких, устранения застойных явлений и усиление лимфо- и кровообращения. Вне всякого сомнения, вместе с последними увеличивается как местная, так и общая сопротивляемость организма, благотворно действующая на дальнейшее развитие и течение пневмонии. Все эти преимущества и выгода интубации у трахеотомированного больного отсутствуют, благодаря чему течение воспалительных процессов в легких принимает крайне тяжелую форму, дающую громадный процент смертности. Интересно также отметить наблюдения Troossea, который заметил значительное уменьшение пневмоний после того,

№ п/п	П о л		Возраст	Температура	Состояние сердечно-сосудистого аппарата	Бактериол. исследование	Явления со стороны зева и гортани	Количество сыровотки
	мал.	дев.						
1	2 г.	—	2 д.	37,3	Глуховатые тоны сердца. Пульс удовлетв.	Позитив	Стенотическое дыхание. Резкая гиперемия зева	40,000
2	11 м.	—	4 д.	37,0	Глуховатые тоны сердца. Пульс мягковат	Позитив	Стенотическое дыхание. Гиперемия зева	40,000
3	2 г. 6 м.	—	3 д.	37,7	Глухие тоны сердца. Пульс слабый	—	Стеноз выраженный. Пленчатые налеты на миндалинах	42,000
4	3 г.	—	5 д.	37,8	Глуховатые тоны сердца. Пульс мягковатый	Позитив	Стенотическое дыхание. Гиперемия зева	55,000
5	4 г.	—	3 д.	38,6	Чистые тоны сердца. Пульс мягковатый	Позитив	Резкий стеноз. Пленчатые налеты на правом миндалике	60,000
6	—	1 г. 1 м.	4 д.	38,5	Глухие тоны сердца. Пульс мягковатый	—	Резкое стенотическое дыхание	48,000
7	—	1 г. 10 м.	2 д.	38,4	Глухие тоны сердца. Пульс почти не прощупывается	Позитив	Стадия асфиксии. Легкая гиперемия зева	48,000
8	—	3 г.	4 д.	37,0	Глухие тоны сердца. Пульс слабый	Позитив	Стенотическое дыхание. Налеты на миндалинах	47,000
9	—	4 г.	2 д.	38,8	Глухие тоны сердца. Одышка. Пульс мягковатый	Позитив	Резкий стеноз. Налеты на миндалинах	50,000
10	—	7 л. 6 м.	7 д.	38,6	Глуховатые тоны сердца. Пульс мягковат.	Позитив	Резкое стенотическое дыхание. Гиперемия зева.	60,000
11	—	8 л.	4 д.	39,4	Глуховатые тоны сердца. Пульс учащенный, мягкий	Позитив	Резкий стеноз. Гиперемия зева	50,000
12	—	3 г.	5 д.	36,3	Расширение границ сердца. Пульс неровный	Позитив	Стенотическое дыхание. Гиперемия зева	30,000

Число интубаций и экстубаций	Явления после интубации непосредственно	День удаления трубки	Метод введения, сыворотки и сроки	Осложнения	Продолжит. пребывания в клинике	Исход
1 раз заинтубиров. 1 раз экстубиров.	Дыхание не улучшилось	Экстубиров. на 3 день. Трахеотом.	2 срока вн. мышечно	Отек голо- совой щели	17 дн.	Хрон. стеноз
10 раз заинтубиров. 9 раз выхарк. 1 раз экстубиров.	Дыхание свободно	На 15 день экстубиров. Трахеотомия	3 срока вн. мышечно	Без осложнений	24 дня	Хрон. стеноз
5 раз заинтубиров. 2 раза экстубиров. 3 раза выхарк.	Дыхание свободно	На 14 день выхаркнул. Трахеотомия	4 срока вн. мышечно	Сывороточная сыпь	28 дн.	Хрон. стеноз
5 раз заинтубиров. 5 раз выхаркив.	Дыхание свободно	На 11 день выхаркнул. Трахеотомия	4 срока вн. мышечно	Сывороточная сыпь. Воспален. легких	27 дн.	Хрон. стеноз
9 раз заинтубиров. 4 раза экстубиров. 5 раза выхаркив.	Дыхание свободно	На 35 день экстубиров. Трахеотомия	4 срока вн. мышечно	Сывороточная сыпь	39 дн.	Хрон. стеноз
8 раз заинтубиров. 6 раз выхарк. 2 раз экстуб.	Дыхание свободно	На 18 день экстубир. Трахеотомия	3 срока вн. мышечно	Сывороточная сыпь. Воспален. легких	33 дня	Хрон. стеноз
3 раза заинтуб. 3 раза экстуб.	Одышка	На 10 день экстубир. Трахеотомия	3 срока вн. мышечно	Бронхит. Сывороточная сыпь	30 дней	Хрон. стеноз
2 раза заинтуб. 2 раза экстуб.	Дыхание свободно	На 8 день экстубир. Трахеотомия	3 срока вн. мышечно	Воспаление легких	30 дней	Хрон. стеноз
4 раза заинтуб. 3 раза экстуб. 1 раз выхарк.	Дыхание свободно	На 12 день экстубир. Трахеотомия	3 срока вн. мышечно	Сывороточная сыпь. Воспаление легких	23 дня	Хрон. стеноз
3 раза заинтуб. 3 раза экстуб.	Дыхание свободно	На 12 день экстубир. Трахеотомия	4 срока вн. мышечно	Сывороточная сыпь	24 дня	Хрон. стеноз
3 раза заинтуб. 1 раз выхарк. 2 раза экстуб.	Дыхание свободно	На 11 день экстубир. Трахеотомия	3 срока вн. мышечно	Сывороточная сыпь	20 дней	Хрон. стеноз
Первичн. трахеотомия.	Дыхание свободно	—	2 срока вн. мышечно	Сывороточная сыпь	19 дней	Хрон. стеноз

как начал прикрывать отверстие трахеотомической трубки марлей или шерстяной материей и таким образом производить частичную фильтрацию и согревание вдыхаемого воздуха (цитировано по Колли). Наконец, в преимуществе интубации перед трахеотомией убеждают нас и данные Pfaunder'a, который собрал сведения и проследил дальнейшую судьбу 262 человек, оперированных Escherich'ом. Приводимая ниже табличка Pfaunder'a является в высокой степени поучительной.

Легкие осложнения:

у интубированных	7,8%
у трахеотомированных	12,5%
у интубированных и трахеотомированных	18,8%

Тяжелые осложнения:

у интубированных	3,5%
у трахеотомированных	12,5%
у интубированных и трахеотомированных	31,3%

Из приведенных наблюдений видно, что трахеотомированные, вследствие тех же самых положений и в силу отсутствия у них нормального носового дыхания, гораздо чаще и в более тяжелой форме подвергаются различного рода осложнениям и травмам, чем интубированные больные. Одним из самых главных возражений против применения интубации является образование пролежней с последующим развитием рубцов, деформацией гортани и даже атрофией ее. Все эти изменения главным образом связываются с пребыванием интубационной трубочки в гортани и, особенно, в тех случаях, когда интубация не может быть произведена в ближайшие дни после интубирования. Между тем, развитие пролежней и последующих рубцовых изменений в гортани едва ли можно ставить в исключительную зависимость от чисто механического действия интубационной трубочки. Не подлежит никакому сомнению, что образование в гортани рубцов при интубации зависит от целого ряда разнообразных причин и тяжести инфекции, действующих угнетающим образом на весь организм и в частности—на ткани, окружающие интубационную трубочку. Мы не будем останавливаться подробно на этом вопросе, так как он в достаточной степени освещен в литературе, где имеются авторитетные указания на стойкие сужения, наблюдающиеся после производства трахеотомии. Wolf, считая трахеотомию наиболее рациональным мероприятием, не оставляющим после себя рубцовых сужений, все же приводит целый ряд случаев с образованием стриктур и насчитывает их 5,7%. Что касается образования рубцовых стриктур и атрофий гортани после интубаций, то сборная статистика заграничных клиник, приводимая В. Колли, дает в среднем только 2%. Разбираемый нами материал дает цифру в 3,2% рубцовых стенозов гортани после интубации. Следовательно, и в этом важном и основном вопросе трахеотомия никаких преимуществ перед интубацией не имеет. Все же из этого положения не следует выводить заключения о нецелесообразности применения трахеотомии при дифтерийных крупах гортани. Есть целый ряд случаев, когда трахеотомия имеет свои вполне определенные показания и, конечно, ни одно дифтерийное отделение исключить ее, как экстренное оперативное пособие, не может. В прекрасной монографии В. А. Колли имеется ряд весьма ценных практических указаний для соответствующего применения трахеотомии при крупе гортани. Он считает показанной первичную трахеотомию там, где наступает повторный спазм голосовой щели при попытках введения интубационной трубки. Деформация гортани, повторная рвота во время интубации, ложные ходы и септическая дифтерия с инфильтра-

том и отеком пораженных областей также служат показанием для немедленного перехода на трахеотомию. Нельзя не согласиться с ним в отношении повторных спазмов гортани и указаний на скорейший переход к трахеотомии, так как все упорные попытки к интубации могут повести к тяжелому коллапсу и даже смерти. Особенно эти указания, по нашему мнению, ценны в отношении детей с невропатической конституцией. В таких случаях не следует медлить и, если две-три начальных попытки интубировать вызвали спазм голосовой щели—немедленно переходить к трахеотомии. Для производства вторичной трахеотомии, по мнению Колли, имеются только два показания: нисходящий круп и постоянное выкашливание интубационной трубочки с последующей быстрой асфиксией. Таким образом мы видим, что для применения трахеотомии при крупах гортани имеется целый ряд соответствующих показаний, где в силу жизненных условий она необходима, рациональна и настоятельно показана, как крайнее средство. Вот почему на долю трахеотомии выпадают самые тяжелые, иногда безнадежные случаи, связанные большею частью с нисходящим крупом или токсической формой, где все наши мероприятия почти бесполезны. Конечно, при таких условиях % смертности будет очень велик, но это не значит еще, что причиной летального исхода является трахеотомия.

Во всяком случае, если с трахеотомией связывается хотя бы один процент, даже один намек на возможность улучшения процесса, мы обязаны применить ее, как *ultimum refugium*, как средство, лучше которого до настоящего времени медицинская наука нам не дала.

Если всмотреться в цифры приведенных данных, то прежде всего бросается в глаза неравномерность распределения хронических стенозов по возрасту. По нашим наблюдениям причину этого явления следует искать не только в конституциональных особенностях организма больного, тяжести инфекции и длительном пребывании интубационной трубочки, но, главным образом, в технических погрешностях и травмах слизистой гортани при производстве интубации.

Из Клиники ортопедии и травматологии Государственного института для усовершенствования врачей им. В. И. Ленина в Казани
(директор клиники проф. М. О. Фридланд).

Аггравация и симуляция при заболеваниях органов движений.

Ассистент В. М. Тихонов.

Почти каждому врачу в своей деятельности приходится сталкиваться в той или иной форме с попыткой некоторых пациентов ввести его в заблуждение относительно истинного состояния своего здоровья. Одни из них малообоснованными жалобами преувеличивают свое действительное болезненное состояние, иначе говоря, аггравуют. Другие пытаются ложными жалобами сослаться на болезнь, которой в действительности у них нет, т. е. симулируют болезнь.

Всякий аггравант и симулянт, прикрываясь больничным листом, совершает так наз. „уважительный прогул“ и подрывает социалистическое производство, а, уклоняясь от военной службы, ослабляет оборону советской родины. Вот почему, несмотря на уменьшение количества агграваций и симуляций в Советском союзе по сравнению