

16/III 1936 г.—exitus letalis.

На аутопсии обнаружено: две перфоративные язвы на передней стенке желудка вне анастомоза с последующим ихорозным диффузным перитонитом. В области же культи 12-перстной кишки и в области анастомоза полное заживление, и недостаточности швов не обнаружено.

Патолого-анатомический анализ стенки желудка в области перфоративных язв указывает на свежий характер этих язв.

Таким образом, причиной осложнения в послеоперационном периоде было не недостаточность швов в культе 12-перстной кишки и анастомоза, а перфорация язв на остаточной части желудка, не распознанных при развившейся картине острого живота; одна из этих язв располагалась по близости (2—3 см) от анастомоза, другая на значительном расстоянии от него.

История болезни больного представляет значительный интерес с разных точек зрения: во-первых, с точки зрения рентгено-анализа. Данные анамнеза, данные лабораторных исследований у язвенных больных всегда у нас в клинике увязываются с рентгено-анализом. У данного больного на коротком сроке три рентгено-анализа (произведенные, правда, различными рентгенологами) дали различные указания. Оперативное вмешательство подтвердило правильность первого и последнего рентгеноанализа. Во-вторых, в данном случае интересным является вопрос о развитии двух язв, давших в послеоперационном периоде перфорацию. Существовали ли они до операции или развились потом?

Данные микроскопии говорят *за свежий характер язв*. Возможно, что они развились в послеоперационном периоде и, в частности, язва, расположенная близко к анастомозу, могла развиться в связи с наложением на желудок при резекции клемма. На желудочной стенке, предрасположенной к развитию множественных язв, развитие язв после травмы исключить нельзя.

Наконец, интересным является вопрос, нужно ли было оперировать данного больного?

Если бы был установлен точный диагноз множественности язв, быть может, лучше было бы больного и в дальнейшем лечить консервативно. Резекция желудка здесь не устранила возможности развития новых язв.

## Обзоры, рецензии, рефераты и пр.

Из Акушерско-гинекологической клиники Казанского мединститута (дир. проф. П. В. Маненков) и Акушерско-гинекологического отделения Казанского научно-исследовательского ин-та теоретической и клинической медицины (зав. засл. деят. науки проф. В. С. Груздев).

### Обезболивание нормальных родов.

Проф. П. Маненков и асс. М. Романов.

(Окончание).

В связи с приказом НКЗ РСФСР от 5/XII 1935 г. за № 1286/а и постановлением IX всесоюзного съезда акушеров и гинекологов о введении массового обезболивания родов, научные медицинские силы Советского Союза заняты интенсивными поисками лучшего нового обезбо-

ливающего средства, лучшего комбинированного метода из уже известных средств, главная масса которых нами перечислена выше. В эту исследовательскую работу включились работники медвузов и научно-исследовательских институтов. Инициатором этих исследований является проф. Лурье из Свердловска. К настоящему моменту в результате недолгих исследований отдельными клиниками уже выработаны практические схемы обезболивания нормальных родов. В заключение нашего литературного обзора мы считаем нелишним привести некоторые из известных нам таких схем. Канвой при выработке этих схем служили прежде всего средства, рекомендованные инструкцией НКЗ по проведению обезболивания нормальных родов, которая приложена была к упомянутому выше приказу. Этой инструкцией для применения массового обезболивания нормальных родов рекомендованы следующие способы:

#### *А. В периоде раскрытия.*

1. Хлоралгидрат в клизме по 1,0; не более 3,0 за весь родовой акт.
2. Свечи с белладонной по 0,015—0,02.
3. Пантопон не свыше 0,01.
4. 25% раствор сернокислой магнезии 1—2 раза в день по 3,5 *ксм*.
5. Атропин в разведении 1:1000 по 0,5—1,0.

#### *В. В периоде изгнания.*

1. Анестезия 0,12%—0,25% раствором новокаина в количестве 300,0 зон Head'a.
2. Скопан по следующей прописи: pantoponi 0,015, scopolamin. hydrobrom. 0,00025, spir. vini 5,0, glycerini 1,0, syr. simpl. ad 30,0.

#### *С. В периоде прорезывания головки.*

1. Анестезия промежности  $\frac{1}{4}$ % раствором новокаина.
  2. Эфирно-ингаляционный наркоз.
- Проф. Лурье (Свердловск) предложил в двух комбинациях свою схему обезболивания родов, которая начинается при условии сильных схваток в периоде раскрытия у первородящих на 2 $\frac{1}{2}$  п., у повторнородящих—на 2 п.

#### **I комбинация.**

1. Одновременно, из одного шприца вводится под кожу 1 *ксм* 1%—2% раствора пантопона с 3 *ксм* 30% раствора сернокислой магнезии.
  2. Через час дается внутрь 2,0 хлорал-гидрата (10% раствор со слизистым отваром по прописи: Chloralhydr. 50,0, dec. saler 350,0, syr. simpl. 100,0 D. S. по 20 *кс* на прием.
  3. Через час еще 1,5 г хлорал-гидрата.
- Паузы могут удлиняться в зависимости от поведения роженицы.

#### **II комбинация.**

1. Начинается с пантопона и сернокислой магнезии, как в первой комбинации.
2. Через час дается внутрь 2,0 хлорал-гидрата (10% раствор в слизистом отваре).

3. Через час эфирно-масляная клизма из 30,0 смеси (10,0 эфира, 5,0 спирта, 15,0 масла).

4. Через 30—50 минут повторная клизма.

5. Через 30—50 минут еще клизма.

В период прорезывания головки при I комбинации дается эфирный наркоз до 10 г эфира на маске, марле или вате. При обезболивании с помощью II комбинации эфирный наркоз не дается.

Если прошло не менее 6 часов после последнего приема хлорал-гидрата или эфирной клизмы и роды не закончились, то при отсутствии акушерской патологии можно еще применить анестезию зон Head'a.

Проф. Скробанский<sup>104)</sup> предлагает следующую общую схему, которая проверена на ряде случаев сотрудниками по институту ОММ и 1-му Ленинградскому медицинскому институту совместно с Центральным государственным акушерско-гинекологическим институтом.

В периоде открытия, когда шейка ригидна, не сглажена, и схватки болезненны, применяется один из следующих двух способов:

I. *Свеча № 1.* (Extr. belladonn. 0,04, pantoponi 0,03, antipyrini 0,3, butyr. cacaо q. s. ut f. supp). Когда закончится ее действие, применяют первую фазу магнезиально-эфирного наркоза (вводят подкожно 2,0 50% сернокислой магнезии и вслед затем 0,01 морфия). Если безболезненность недостаточно обеспечена, применяют вторую фазу магнезиально-эфирного наркоза (вводят клизму из chinin hydrobrom. 0,6, alcohol 8,0, aether sulf. 70,0, ol. olivar. ad 120,0). Эффект обезболивания можно усилить анестезией зон Head'a.

II. *Свеча № 2.* (Pantoponi 0,03, antipyrini 0,3, butyr cacaо q. s. ut f. suppos). Когда заканчивается ее действие, применяется скополамино-морфийный наркоз по Siegel'ю (см. выше III схема Siegel'я). Эффект обезболивания можно усилить анестезией зон Head'a.

Обращается внимание на недопустимость комбинации свечей № 1 со способом Siegel'я.

В периоде изгнания: I. Когда головка во входе в таз, и роды предполагаются не ранее как через 1—1½ часа, могут быть применены: первая фаза магнезиально-эфирного наркоза, анестезия зон Head'a, скополамин-морфийный наркоз по Siegel'ю (сх. III).

II. Когда головка в полости таза, и роды ожидаются не ранее как через 50—60 мин., можно применить: скопан, наркоз á la reine, первую фазу магнезиально-эфирного наркоза, анестезию зон Head'a.

III. Когда головка на тазовом дне, и окончание родов будет не ранее 30—40 мин., рекомендуется: шприц пантопона, или скопан, или наркоз á la reine.

IV. Во время прорезывания головки: шприц пантопона или наркоз á la reine.

Проф. Хохлов<sup>127)</sup> (Днепропетровск) выработал следующую схему обезболивания: в периоде раскрытия: 1) блокирование зон Head'a, 2) периодическое хлороформ. дыхание, 3) смесь проф. Петровского (medinal 2,5, antipyrin 5,0, magnes. sulfur. 10,0, aq. destill. 50,0) вводить по 2—2,5 кс внутримышечно с интервалами в 2—3 часа в периоде изгнания: 1) анестезия n. pudendi, 2) хлороформный наркоз.

Московский областной научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии предложил для роддомов Московской области следующие

рецептурные формулы и схемы обезболивания родов, редактированные проф. Сердюковым и проф. Колосовым.

*Рецептурные формулы:*

*А. Растворы для подкожных впрыскиваний:* 1) Серноокислая очищенная магнезия 25%—50% по 3,0 на прием.

2) Натро-бензойный кофеин 10% по 2,0 на прием.

3) Морфий 1% по 0,5 на прием.

4) Пантопон 1% по 1,0 „

5) Пирамидон 1,0:30,0 по 20,0 на прием.

*Б. Растворы для новокаиновой анестезии:* 1) Новокаин  $\frac{1}{4}$ % по 100—120,0—150,0 (пудендалная анестезия и зоны Head'a).

2) Новокаин в измененном растворе Ringer'a для пресакральной анестезии (хлористого натра 7,5, хлористого калия 0,075, хлористого кальция 0,125, дистиллирован. воды 1000,0, новокаина 2,5, адреналина (1,0:1000,0) 2 кап.) по 150,0—200,0 на инъекцию.

3) Для сакральной тот же раствор Ringer'a—новокаина 0,5:100,0 ( $\frac{1}{2}$ %), в количестве 60,0—80,0 на инъекцию.

*В. Свечи.* 1) Свечи с экстр. белладонны 0,02.

2) Свеча № 1 проф. Сердюкова (экстр. беллад. 0,02, папаверина 0,005, экстр. гиосциамина 0,005, антипирина 0,3, масла какао 2,0).

3) Свеча № 2 проф. Сердюкова (папаверина 0,01, экстр. инд. конопли 0,015, экстр. гиосциамина 0,005, сернок. атропина 0,0005, натро-бензойн. кофеина 0,2, масла какао 2,0) (тот же состав без масла какао можно в клизме на 30,0 воды темпер. тела).

*Г. Ликеры.* 1) Ликер „К“ В. Г. Котельникова (серноокислый атропин 0,0005, натро-бенз. кофеин 0,1, антипирин 0,3, пирамидон 0,3, настойка индийск. конопли 10 кап., алкоголь 10,0, сироп вишневы. 30,0)

2) Ликер „С“—измененн. типа „Скопан“ (бромистый скополамин 0,0005, папаверин 0,015, коньяк или алкоголь 15,0, сироп вишневый 30,0).

*Д. Клизмы.* 1) Настойки опиия 10 кап., настойки валерианы 20 кап., дистилл. воды 50,0.

2) Хлорал-гидрата 1,0, молока 50,0.

Перечисленные рецептурные формулы рекомендуется применять по приложенным схемам.

Заслуживают также внимания 3 сочетания наркотических веществ, применяемые для обезболивания родов клиникой проф. Писемского<sup>22)</sup>:

*Сочетание А.* В периоде раскрытия— а) местная анестезия генитально-носовых пунктов 20% раствором новокаина (ватные тампоны в нос через  $\frac{1}{2}$ —1 ч.), б) суппозитории, содержащие или extr. belladonnae 0,015, pantoponi 0,02, или antipyrini 0,3, pantoponi 0,02, и в) местная анестезия зон Head'a  $\frac{1}{4}$ %— $\frac{1}{2}$ % раствором новокаина. В периоде изгнания—анестезия n. pudendi.

*Сочетание Б.* В периоде раскрытия— а) суппозитории, содержащие или extr. cannabis indicae 0,06, pantoponi 0,02, или extr. belladonnae 0,015, papaverini 0,01, chinini muriat 0,15, strontii jodati 0,02, cannabis indicae gtt. 3, coffeini n.-benzoici 0,05, б) evipan-natrium (1,0 на 10,0—30,0 aq. dest.) внутримышечно или в клизме, или pernocton внутривенно. В периоде изгнания—ингаляционный наркоз или эфиром, или хлорэтилом, или закисью азота.



*Сочетание В.* В периоде раскрытия—а) сернокислая магнезия (4,0—25% раствора) + 1,0 1% раствора морфия или 2,0 1% раствора пантопона, б) эфирно-масляная смесь Gwathmey'я или 1—1½ гр. хлор-гидрата в клизме. В периоде изгнания—анестезия *p. pudendi*.

Клиника проф. Маркова (Смоленск) применяет следующую схему (по Рессину<sup>95</sup>): в периоде раскрытия обезболивание начинается введением 0,01 морфия под кожу, что через 1 час повторяется; спустя 1 час от последней инъекции морфия назначается 1,0 хлорала, через 30 мин. еще 1,0 хлорала и через 45—90 мин. снова 1,0 хлорала. При полном раскрытии и в периоде изгнания интеркутанно анестезируются зоны Head'a по способу Маркова и в случаях затянувшихся родов последние заканчиваются наркозом *à la reine*.

Наконец, укажем, что наша клиника, испытав различные комбинации обезболивающих родов средств, пришла к заключению о необходимости индивидуально варировать эти комбинации и в практической своей работе пользуется приложенной схемой.

В начале периода раскрытия мы применяем анестезию передних отделов полости носа, путем повторного введения ватных шариков, смоченных 15—20% раствором кокаина. В дальнейшем, с появлением значительных болей (при раскрытии зева на 2½—3 пальца), вводим под кожу смесь из 1 *кс* 1% раствора пантопона с 3 *кс* 30% раствора сернокислой магнезии. Через час (в зависимости от степени болезненности) дается *per os* 15 *кс* раствора хлоралгидрата (*chloral hydrati* 50,0, *decosti salep* 350,0, *syg. simpl* 100,0). Через 30—60 минут (по состоянию роженицы) назначается *veronal* 0,3—0,5. Далее повторяется назначение по 10 *кс* указанного выше раствора хлоралгидрата через различные сроки, в зависимости от состояния роженицы. Вместо повторного назначения смеси пользуемся также в своей схеме анестезией зон Head'a вокруг нижней части туловища и в конце периода изгнания применяем *pudendusanaesthesia*'ю.

Вот те основные литературные данные по обезболиванию нормальных родов, ознакомившись с которыми каждый участковый врач может с успехом применить ту или иную схему обезболивания. Список же литературы, приводимый нами ниже, позволит читателю изучить детали этой проблемы.

Дополнение: Когда уже часть этой работы была сдана в печать, появилась брошюра проф. А. В. Вишневецкого „Местная анестезия при обезболивании родов“. В этой брошюре автор дает метод обезболивания родов только путем местной анестезии. Этот метод расчленяется на 2 этапа: 1) анестезия в периоде раскрытия, когда, по принципу анестезии зон Head'a, анестезирующий раствор вводится в участки отраженных болей на коже, и 2) анестезия в периоде изгнания, при которой раствором непосредственно обрабатываются травмируемые родовым процессом нервы. Для анестезии рекомендуется раствор новокаина по пропорции: NaCl 5,0, KCl 0,075 и CaCl<sub>2</sub>—0,125, *aq. destill.* 1000,0, *novocaini* 2,5. Можно пользоваться и ¼% раствором новокаина на 0,7% физиологическом растворе.

Техника анестезии вкратце такова. В первом этапе анестезии, при 2½—3 пальцах открытия, определяют места „отраженных“ болей на коже передней, боковых и задней стенок живота. Затем, наметив в виде

	1-я схема		2-я схема		3-я с х е м а										Схема обезболивания родов в колхозном роддоме	Показания к применению той либо другой схемы или вариантов обезболивания родов				
	Первородящие	Многородящие	Первородящие	Многородящие	1-й вариант		2-й вариант		3-й вариант		4-й вариант		5-й вариант				Индивидуальный способ пирамидон.		Модифицир. способ Гватмея	
					Первородящие	Многородящие	Первородящие	Многородящие	Первородящие	Многородящие	Первородящие	Многородящие	Первородящие	Многородящие			Первородящие	Многородящие	Первородящие	Многородящие
В периоде раскрытия (1-й период)	Инъекции новокаина и перкаина в ограниченный, с иррадиальную карту, участок в начале родов.	Ликер К через 1—2 ч. Ликер К	Свечи № 1 через 1—2 ч. свечи № 1	Свечи № 1 одна	Ликер К через 1—2 ч. Ликер К	Ликер К. Через 1—2 ч. инъекции раствора сернокисл. магн. 50% 3,0, одновременно раств. пантолона 0,01.	Инъекции раствора сернокислой магнезии 50% 3,0 и ликер С.	Ликер С по мере необходимости. Ликер С повторить.	Чистая только пирамидоновая анестезия. Инъекция раствора пирамидона—20,0, кофеина 10% —2,0 и одновременно свеча с белладонной.	При 3—4 пальцах откр. сернокислая магн. 50%—2,0 и раствор 1% морфия—0,5	При 2-х пальцах открытия то же	Клизмы с опиум и валериан. каплями по 10—15 капель в воде (теплая) 20,0—30,0. Через 2—3 ч. можно повторить не более 2 раз	1-й вариант: Клизмы с опиум и валериан. каплями по 10—15 капель в воде (теплая) 20,0—30,0. Через 2—3 ч. можно повторить не более 2 раз	2-й вариант: Свечи с белладонной, белой, инд. ковошлей, антип., кофеин (3 свечи в течение родов), можно в клизме	3-й вариант: Клизмы с хлор-гидр. 1,0—2,0 в молоке 50,0 (2—3 клизмы в течение родов)	4-й вариант: Ликеры С и К (двое довы в течение родов)	5-й вариант: Подкожное введение раствора сернокислого магния 50%—2,0 с 1% раствором морфия 0,5	Роженицу изолировать.	Схема 1. 1. Превазирование местных (рефлекторных) болевых ощущений над общим симптомокомплексом болей церебрального характера. 2. Роды в конце первого периода раскрытия или периода изгнания. 3. Противопоказания к применению наркотиков в качестве обезболивающих средств.	II. Показаниями к обезболиванию родов наркотиками служат:
В конце периода раскрытия (3—3 1/2 пальца)	Инъекции повторно зоны Head'a в форме шестиугольной фигуры (новокаин, перкаин). Комбинированно анестезия участка на ромбе Michal's'a.	Ликер К 3-й раз	Только 2 раза	Инъекции раствора пирамидона (1:30)—20,0 и кофеина 10%—2,0 б. свечи. 2-й раз инъекция пирамидона 20,0, кофеина 1,0 без свечи.	Инъекции раствора пирамидона—20,0 и кофеина—2,0 без свечи. 2-й раз инъекция пирамидона 20,0 и кофеина 1,0 без свечи.	Копчиковая анестезия.	Расчет на продолжение действия скополамина.	Инъекции раствора пирамидона 20,0 и кофеина 2,0 без свечи. То же, как во втором варианте.	2-я инъекция через 1—2 ч.: раствор пирамидона 20,0 и кофеина 1,0 и свеча с беллад. 3-я инъекция повторяется не ранее, как через 3 часа от начала обезболивания.	Инъекции раствора сернок. магн. 50%—2,0 можно произвести до 3 раз без морфия. Половинная порц. эфирно-масляные клизмы меж схваток. Вводить не латон. наконецн. Можно повторить в той же пропорции.	Инъекции раствора сернок. магн. 50%—2,0 и кофеина 1,0 и свеча с беллад.	Ликеры С и К (двое довы в течение родов)	Ликеры С и К (двое довы в течение родов)	Ликеры С и К (двое довы в течение родов)	Ликеры С и К (двое довы в течение родов)	Ликеры С и К (двое довы в течение родов)	Ликеры С и К (двое довы в течение родов)	Ликеры С и К (двое довы в течение родов)	1. Преобладание симптомокомплекса церебрального характера над местными (рефлекторными) болевыми ощущениями (общее беспокойство), страх родовых болей, субъективные переоценки ощущений болей над объективными данными. 2. Истерический и неврастенический склад роженицы.	III. Показаниями к обезболиванию родов наркотиками в комбинации с регионарной анестезией служат:
Период изгнания (2-й период)	Сакральная или копчиковая—пре-сакральная или пудендальная анестезия. При прорезыв. головки и болях анестезия промежности (1/4% новок).	Хлорал-гидр. 1,0 (в молоке 50,0). Через 40' хлор.-гид. 1,0 (в молоке)	Условно 2-й раз	Инъекции новокаина 1/4% зоны Head'a. Наркоз по-королевски (эфир, хлорэтил).	Инъекции новокаина 1/4% зоны Head'a. Наркоз по-королевски (эфир, хлорэтил). Распыление хлорэтила на промежности.	Дополнительно анестезия пудендального сплетения.	Инъекции новокаина зоны Head'a.	Вводится раствор пирамидона 10,0 и только свеча с белладонной.	Расчет на продолжение действия эфира.	Расчет на продолжение действия эфира.	Расчет на продолжение действия эфира.	Расчет на продолжение действия эфира.	Расчет на продолжение действия эфира.	Расчет на продолжение действия эфира.	Расчет на продолжение действия эфира.	Расчет на продолжение действия эфира.	Расчет на продолжение действия эфира.	Расчет на продолжение действия эфира.	Расчет на продолжение действия эфира.	Схема 3-я со всеми вариантами. 1. Вероятность медленного течения родов. 2. Неэффективность регионарных методов обезболивания.

ромба границы этих мест, на двух противоположных углах ромба тонкой иглой и двухграммовым шприцем делают внутривенные желваки. Далее, длинной тонкой иглой десятиграммового шприца прокалывают кожный желвак и, предпосылая инъцируемый раствор, продвигают иглу близко под кожей по краям ромба по направлению к остальным углам последнего. Таким образом, ребра ромбовидного участка инъцируются из двух уколов. В типичных случаях так анестезируется — передняя брюшная стенка ниже пупка, область ромба Michaelis'a и боковые стенки живота, причем используется всего не более 350 *ксм* указанного раствора.

Техника анестезии второго этапа заключается в том, что из 4 или 5 уколов анестезируется окружность вульварного кольца и промежность. Первые два укола делаются симметрично внизу передней стенки живота на 4 пальца выше симфиза и столько же снаружи от средней линии. Отсюда длинной иглой, проводимой под кожей, анестезируется линия до передних концов больших половых губ и передняя половина последних. Вторые два укола делаются соответственно той и другой ischiorectal'ной ямке и раствор направляется к задним концам больших половых губ. В некоторых случаях для полноты анестезии автор рекомендует свою копчиковую анестезию, которая заключается в том, что в боковом положении роженицы, нащупав верхушку копчика, через предварительный кожный желвак продвигают иглу по направлению передней поверхности крестца, но отнюдь не глубже верхушки копчика, и сюда вливают анестезирующий раствор. На каждый из указанных уколов расходуется около 40 *ксм* раствора, что в общем составит около 160 *ксм*. Для обоих этапов анестезии проф. Вишневецкий рекомендует ориентироваться на 400—450 *ксм*, как предельную дозу его раствора.

При этом методе обезболивания родов на материале в 257 случаев автор почти в 100% получил прекрасный результат без вреда для родового акта, матери и плода. Противопоказания к этому методу обезболивания более редки, чем ко всем другим.

*Литература* 1): 30. Голубчин С., Блокада Гедовских зон, как метод обезболивания родов, Акуш. и гинек. № 5, 1936.—32. Гринберг, Обезболивание при норм. родах, Acta Medica, 1927, выпуск I, Харьков.—41. Жук В. Н., Обезболивание родов, Акушерка, № 19—20, 1899.—55. Кватер, Современное состояние вопроса об обезболивании нормальных родов, Акуш. и гинек., № 3, 1936.—65. Кудашев, Опыт применения гипноза в акушер. и гин., Казан. мед. жур. № 12, 1927.—66. Курдиновский, Об обезболивании норм. родов, Дисс. 1906, СПб.—76. Лурье А. Ю., Обезболивание родов, Огиз, Свердловск, 1936.—79. Марков, Опоясывающая местная анестезия для обезболивания родов, Акуш. и гинек. № 6, 1936.—83. Найдич, Обезболивание родов по способу Гватмея, Гинек. и акуш. № 2, 1927.—98. Савич, Проблема обезболивания, Сов. врач. газ., № 8, 1936.—104. Скробанский К. и Цацкин А. Е., Основы обезболивания родов, Огиз, 1936.—108. Сочава, Анестезия при нормальных родах, Харьков, 1839, 2-ое изд.—120. Флоринский, Употребление хлороформа при нормальных родах, Пр. Об. рус. вр. в СПб, 1867—8 гг.

1) *Примечание редакции.* По техническим условиям редакция лишена возможности напечатать полностью список русской и иностранной литературы, охватывающей работы 735 авторов.

Работу проф. П. Маненкова и асс. М. Романова редакция журнала издает отдельной брошюрой, в которой указатель литературы будет напечатан полностью, с соответствующей нумерацией работ, указываемых в тексте настоящего обзора.

Редакция.