

1. Наличие ряда общих расстройств без видимых причин, как-то—остановка в весе, росте, бледность кожи и слизистых (исслед. гемоглобина), упадок питания тканей: кожи, мускулатуры, подкожной клетчатки.
2. Повышение температуры тела.
3. Увеличение и уплотнение периферических лимфатических желез: учитывая количество групп желез, размер (не менее малой горошины, считая ее за 5 мм. в поперечнике), консистенцию желез.
4. Туберкулиновые пробы (реакции Пирке и Манту), считая, что стойкая, многократная реакция Пирке и реакция Манту в течение не менее года говорит за наличие туберкулезной инфекции.
- За наличие туберкулеза говорит: 5. Flyctena.
6. Бактериоцид, лимфаденит и наличие одного симптома хронической туберкулезной интоксикации.
7. Нахождение палочек ВК при исследовании мокроты, испражнений, гноя из уха, воспалительного выпота.
8. Spina ventosa.
9. Изменения в суставах (диагноз должен быть подтвержден специалистом).
10. Наличие туберкулинов, наличие скрофулодермы, наличие ММ (gumma Scrophulosa).
11. Повторные пневмонии плюс наличие трех симптомов хронической туберкулезной интоксикации.
12. Постоянные бронхиты, периферический лимфаденит и два симптома хронической туберкулезной интоксикации.
13. Хроническая пневмония, длящаяся больше трех месяцев, плюс периферический лимфаденит и один симптом хронической туберкулезной интоксикации.
14. Наличие туберкулезной пневмонии (палочки ВК).
15. Наличие серозного плеврита, серозного перитонита, серозного перикардита.
15. Туберкулезный менингит, милиарный туберкулез, клинически установленный.

Исходя из этого, вакцинированный по BCG ребенок может считаться туберкулезным, если он имеет не менее четырех групп лимфатических желез плотной консистенции, размером не менее горошины при отсутствии видимых причин для увеличения желез, и не менее трех симптомов проявления хронической туберкулезной интоксикации.

Вакцинированный по BCG ребенок может считаться подозрительным на туберкулез, если он имеет 4 группы лимфатических желез размером не менее малой горошины, плотной консистенции, без видимых к тому причин и наличие двух симптомов хронической туберкулезной интоксикации.

О недостатках таблеток, изготовленных по стандартным рецептурным формулам¹⁾.

С. И. Шерман (Казань).

В настоящее время имеется сильная тенденция вытеснить таблетками все прочие лекарственные формы: микстуры, капли, порошки и т. д. Так, Татаркомздравом выпущена книжка со списком стандартных рецептурных формул, где свыше 40 рецептурных формул изготовлены в виде таблеток. Наркомздрав ТР тов. Магдеев в своем предисловии к выпущенной книжке со стандартными формулами пишет: „Наиболее приемлемой и целесообразной формой рационализации лекарственной помощи является переход к механизированным готовым лекарственным формам. Переход на эту систему даст колоссальную экономию средств, улучшит качество лекарственной помощи, а, главным образом, ускорит отпуск, уменьшая в несколько раз сроки изготовления лекарств“.

¹⁾ Должно на заседании О-ва врачей [при Казанском государств. университете].

Соглашаясь вполне с последним выводом, я очень и очень сомневаюсь в том, что таблетки, в том виде, как они сейчас готовятся, являются наиболее приемлемой и целесообразной формой. Я позволю себе привести несколько мнений известных специалистов в области фармации в оценке таблеток как рецептурной формы. Так, проф. М. Я. Брейтман в своей рецензии ¹⁾ по поводу моей книжки — „Разбор несовместимых и неразумных рецептов с приложением рецептурных формул и таблиц несовместимостей“ ²⁾ в одном месте пишет: „Заслуживает внимания отрицательное отношение автора к пилюлям: он совершенно сводит к нулю их мнимые достоинства, подчеркивая зато все их недостатки. К его указаниям можно целиком присоединиться, напомнив только еще в дополнение, что теми же недостатками обладают не только пилюли, но и многие продажные капсулы и таблетки. Известен случай, когда больной, принявши целую коробочку борнивала, затем принес их все до единой в аптеку, тщательно собрав их после выделения в совершенно неизменном виде, и потребовал, чтобы ему вернули деньги. Действительно, пилюли применяются чаще всего из-за дешевизны, а еще больше — просто из-за лени немного подумать и отказаться от старой привычки“.

Должен указать, что я в своей книжке не коснулся таблеток, как рецептурной формы, потому, что моей задачей было подчеркнуть несовместимость ³⁾ целого ряда лекарственных веществ, а также пересмотреть рецептурные прописи и формы, выписываемые самими врачами ⁴⁾, а таблетки являются формой фабрично-рецептурного изготовления. Глубоко прав проф. Брейтман, когда проводит аналогию между пилюлями и таблетками, так как при изготовлении пилюль и при изготовлении таблеток прибавляются различные вещества, каковые считаются индифферентными. Нужно, однако, сказать, что безусловно химически-индифферентных тел вообще не существует, а есть только условно индифферентные, т. е. не реагирующие лишь с определенными веществами, но реагирующие с другими. Покойный мой учитель проф. К. В. Бенинг, крупнейший специалист в этой области, в своей работе ⁵⁾ пишет следующее о невыгодных сторонах таблеток: „Для получения плотной, нерассыпающейся массы недостаточно бывает одного спрессования, почему к большинству порошкованных веществ добавляют при изготовлении таблеток в качестве *constituens* молочный сахар, крахмал, двууглекислую соду, нередко гуммиарабик и проч. Между тем, особенно имея в виду, что таблетки являются продуктом фабричного производства и должны выдерживать продолжительное хранение, прибавление этих веществ нельзя считать совершенно безразличным. Так, все сказанное выше относительно окисляющего действия арабикской камеди остается и здесь в полной силе и даже приобретает еще большее значение вследствие длительного хранения таблеток. Что же касается прибавления крахмала, то при наличии влаги (избежать которой очень трудно) всегда имеются условия для образования клейстера, а это в свою очередь значительно понижает скорость растворения и, следовательно, всасываемость таблеток“.

Хотя тов. Магдеев в своем предисловии к вышеуказанному сборнику стандартных рецептов пишет, что „Указанные в списке формулы, представляющие обычные повседневные прописи, применяемые во врачебной практике, предварительно изучены, проверены и, кроме того, одобрены научными силами и утверждены на совместном совещании врачей и фармацевтов“, но многие прописи, имеющиеся в списке стандартных формул и выпущенные в виде таблеток, заставляют меня очень критически отнестись к такому заявлению уже только потому, что многие прописи нерациональны с точки зрения их химической несовместимости.

Но если мы даже отбросим вопрос о несовместимости лекарственных веществ, а также то, что для получения таблеточной массы прибавляются многие *constituens*, то нужно задать другой вопрос — распадаются ли, *геср.* растворяются ли имеющиеся сейчас в продаже в аптеках таблетки.

¹⁾ Научные курсы для усовершенствования врачей. Вып. 12, 1927 г.

²⁾ Издание „Казанского медицинского журнала“, 1927 г.

³⁾ Под несовместимостью следует понимать такие прописи лекарственных средств, при которых в результате выполнения рецепта происходит разложение, нейтрализация, разрушение, окисление действующих начал, появление новых соединений, образование трудно всасывающихся соединений и т. д.

⁴⁾ Мною было рассмотрено около 2000 рецептов, взятых из наиболее крупных казанских аптек.

⁵⁾ Несовместимые лекарственные вещества и нерациональные рецептурные формы. Изд. „Казанского медицинского журнала“ 1925 г.

Выше уже было приведено мнение проф. Бейлига о понижении скорости растворения и всасываемости таблеток в зависимости от тех или иных *constituens*. Проф. Шавров¹⁾, подчеркивая многие выгодные стороны таблеток, в то же время пишет: „Старые таблетки или приготовленные неумелой рукой бывают иногда настолько твердыми, что могут совершенно потерять способность распадаться в желудочно-кишечном тракте. Поэтому лишние подвергать их испытанию. Хорошие таблетки без оболочки должны согласно предписанию государственной фармакопеи растворяться или распадаться в теплой воде при взбалтывании в течение 5 минут. Таблетки, не удовлетворяющие испытанию и не распадающиеся, негодны к употреблению“.

Исходя из этого правила, я испытал растворимость приготовленных Татмедторгом таблеток и обнаружил, что таблетки — Veronal (sic!), Pyramidon, Pyramidon 0.3+Coffein. natr. benz. 0.15, Phenacetin 0.3+Coffein. natr. salic. 0.1, Phenacetin+Pyramidon aa 0.3+Coffein. natr. benz. 0.1, Phenacetin 0.3, Salol 0.3, Bismuth. subn.+Salol aa 0.3+Extr. belladonnae и некоторые другие совершенно не распадались в теплой воде при помешивании, а иногда даже при сильном постукивании, причем очень часто бралась вода выше t° тела (выше 38°). Другие таблетки—Extr. bellad. 0.015+Salol 0.3, Pulv. Doveri+Terpin hydrat. aa 0.3, таблетки с морфием и др. распадались с трудом в промежуток времени 20—40—50 мин. Некоторые таблетки распадались быстро: Extr. bellad. 0.015, Natr. bicarbon. 0.3, Codeini puri 0.015+Natr. bicarbon. 0.3, Codeini puri 0.15—Sacchar. alb. 0.3, Codeini puri 0.015+Terpin hydr. 0.3, Guajacol. carbon. 0.3+Codeini puri 0.015, Salol+Bismuth. subn. aa 0.3+Opil pulv. 0.015. Нужно отметить, что эти таблетки только распадались, но не растворялись, хотя лекарственные вещества, входящие в состав некоторых из них, растворяются хорошо в воде, а здесь я наблюдал, что лекарственные вещества после распадаения находились во взвешенном состоянии. Напрашивается вопрос, не получились ли здесь в результате прибавления различных *constituens* и долгого лежания нерастворимые соединения лекарственных веществ? Кто может сказать, что тут не должно быть места сомнениям.

Далее, бы и произведены наблюдения над распадением таблеток в желудочном соке (собаки), причем отмечено, что таблетки, в которые входили Veronal, Pyramidon, Phenacetin; Phenacetin+Pyramidon+Coffein. n. benz., Pyramidon+Coffein. n. benz. и др. совершенно не распадались; некоторые таблетки распадались лишь в течение долгого времени: Urotropin+Extr. cannab.—3 часа, Thiocol+Cod. puri—1 час, Urotrop.+Salol+Extr. bellad.—1 час и т. д. Таблетки, куда входили codein и natr. bicarbon., в желудочном соке собаки только распадались, но не растворялись. Кроме того были поставлены наблюдения над распадением таблеток в желудочном соке человека²⁾ с высокой кислотностью (своб. HCl 120, общ.—140). Таблетки: Veronal, Pyramidon, Phenacetin, Salol, Bismuth. subn.+Salol+Extr. bellad., Pyramidon+Coff. natr. benz., Phenacetin+Pyramidon+Coffein. natr. benz., Phenacetin+Coffein. natr. salic. — находились в желудочном соке 4 дня и время от времени встряхивались. Все 8 таблеток остались совершенно неизменными. Далее, таблетки, помещенные в желудочном соке человека (также с повышенной кислотностью) были поставлены в термостат, где находились в течение 1—4½ суток, t° —38—39°. Из 15 таблеток распались только две: Guajacol. carb.+Codein. pur. и Terpin hydrat+Cod. puri, остальные [того же состава, что не распались в желудочном соке первого субъекта (см. выше)] оказались совершенно неизменными. Давая таблетки больным (1-го терапевт. отдел. Обл. сов. б-цы), в 4 случаях из 10 мы обнаружили их на следующий день после приема в кале (2 таблетки с фенацетином, 1 с пирамидоном, 1 с салолом). Что же касается остальных 6 случаев, то, т. к. наблюдения за калом велись лишь в течение 1 дня (таблетки давались накануне вечером), нельзя быть уверенным, что таблетки распались, т. к. они могли выделиться позже. То же самое наблюдалось в Адмиралтейской больнице. Из всего изложенного необходимо вытекает следствие, что, повидимому, при изготовлении таблеток страдает техническая сторона дела. Нужно думать, что в центральной лаборатории Татмедторга таблетки готовятся и прессуются различными лицами и многие детали выполнения исполняются по разному, или же

¹⁾ „Методика врачебного выписывания рецептов“. Иркутск, 1926.

²⁾ Желудочный сок был мне любезно предоставлен д-ром Е. С. Сосунцовым от б-ого, находящегося в 1-ом терапевт. отдел. Област. сов. б-цы.

таблетки, взятые мною из разных аптек, являются различной давности, что также играет огромную роль.

Я полагаю, что поступал и поступаю правильно (впредь до улучшения таблеток), когда тяжелым больным (с различными инфекционными заболеваниями, расстройством сердечной и почечной деятельности и т. д.) выписываю лекарственные вещества не в таблетках (чаще всего в микстуре). Меня могут спросить—какой же я предлагаю выход? Прежде всего должен сказать, что я горячий поклонник стандартных рецептурных формул. В моей книжке одна глава (из 4) посвящена стандартным рецептурным формулам, причем стандартные формулы имеются для всех специальностей. Стандартизацию я мыслил в других рецептурных формах—микстуры, капли, порошки и т. д. Но в виду того, что переход на таблеточную систему действительно имеет за собой наибольшие выгоды как-то: 1) большая экономия средств, 2) ускоряет отпуск, 3) для таблеток не требуется ни склянок, ни капсул и т. п., 4) на изготовление их тратится очень мало времени (один работник машинным способом может приготовить в день 50000 таблеток, а в ручную 500—800 порошков), то можно было бы согласиться на выпуск таблеток, если бы в жизни были проведены следующие мероприятия:

I. При изготовлении таблеток весьма строго подходить к вопросу о совместимости лекарственных веществ и к выбору *constituens*.

II. Выпускать таблетки более широкими и тонкими, а не маленькими и толстыми, как это делает Татмедторг.

III. Разработать в тончайших деталях технику приготовления таблеточной массы вплоть до прессования (иногда таблетки сдавливаются очень сильными прессами).

IV. Врачи при выписке таблеток должны разъяснять больным, что таблетки перед употреблением нужно растереть в порошок и запивать теплой водой.

V. Создать специальные комиссии (не только в Татреспублике) для изучения всех деталей, связанных со стремлением наших органов здравоохранения перейти на таблеточную систему.

Библиография и рецензии.

Д-р М. Ф. Леви. *Родовспоможение в системе охраны материнства и младенчества*. Госмедизд. 1929 г. 69 стр. Цена 50 коп. Книжечка д-ра Л. разделена на 12 глав: 1) краткий очерк возникновения родовспоможения и охраны материнства и младенчества, 2) единство задач родовспоможения с прочими задачами охматмлада, 3) роль консультации (для женщин) в родовспоможении, 4) значение постановки родовспоможения в деле охраны материнства и младенчества, 5) формы связи между консультацией и родильным домом, 6) о преимуществах полного слияния консультации с родильным домом, 7) организация родильного дома, 8) о некоторых специальных мерах профилактики в родильном доме, 9) о научной и педагогической работе в родильном доме, 10) о санитарно-просвет работе в родильном доме, 11) родовспоможение и проблема аборта, 12) родовспоможение в сельских условиях.

Уже один перечень вопросов, затронутых автором в своем труде, делает книжку ценным пособием для лиц, желающих ближе познакомиться с затронутыми проблемами. Правда, величина книжки не позволила автору слишком подробно останавливаться на затрагиваемых им вопросах, но краткость изложения отнюдь не нарушает ценности труда д-ра Л.

Детализировать разбор отдельных выше перечисленных глав, заглавие которых по существу определяет сказанное в них, я считаю излишним. В этих главах коротко, но убедительно изложены автором те ориентировочные основы, на которых эта глубоко полезная работа и мыслится в настоящее время.

Ко всему следует добавить, что при своем изложении автор пользовался таким языком, который понятен не только специалистам, но и широким кругам общества.

Книжка д-ра Л. может быть горячо рекомендована для ознакомления не только врачам, но и вообще лицам, интересующимся вопросами родовспоможения в постановке охраны материнства и младенчества. Пр.-доц. Чукалов.