

кривой и во время припадка и вообще, в большой серии снимков, заставило весьма упорно искать „внесердечной“ причины болезни, что и было обнаружено. Интересно, что отсутствие изменений кривой также во время припадка и атипичный характер последнего позволяют думать об отсутствии и гастро-кардиального синдрома и всецело отнести жалобы больного к желудку. Диатермия устранила боли.

В настоящее время электрокардиографический метод все более и более проникает в широкую врачебную практику. Составляя часть клинического исследования, электрокардиограмма не исключает и даже не заменяет остальных методов исследования. Но в совокупности с ними она открывает далеко идущие диагностические возможности, недоступные иным путем. И если отдельная кривая часто не дает возможности полноценного заключения, то серийное электрокардиографическое исследование значительно расширяет пределы этого тонкого и изящного метода. Поэтому регулярные повторные регистрации электрической кривой заслуживают того, чтобы стать основным методом электрокардиографического исследования, особенно в случаях, вызывающих сомнения в наличии или характере процесса в сердце.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Г р о т э л ь, Тер. арх., т. XVII, в. 6, 1939. — 2. Р а х л и н, Каз. мед. журн., № 12, 1936. — 3. Dietrich u. Schwieg, Kl. Woch., 4, 1933. — 4. Strouse, Katz a. Binswanger, A. G. M., A, V, 113, № 7.

Поступила 25. III. 1940.

*Э. Р. МОГИЛЕВСКИЙ и М. И. КОГУРОВА*

### **О механизме противовоспалительного действия обесхлоривающих методов лечения**

Из терапевтической клиники им. проф. Р. А. Лурия (заведыв. проф. Р. И. Лепская)  
Казанского госуд. института усовершенствов. врачей им. В. И. Ленина

Основываясь на благоприятном действии бессолевой диеты при воспалительных заболеваниях, Ноорден впервые назвал бессолевую диету антифлогистической, т. е. противовоспалительной диетой. Но его работы до последнего времени были почти забыты. Только с тех пор, как опубликованы ставшие сейчас широко известными работы Герзона, Заурбруха и Германсдорфера о значении ограничения соли в диете при лечении легочного и кожного туберкулеза, значение и роль бессолевой диеты, как важного противовоспалительного фактора, приобрело широкую известность и стало предметом клинического и экспериментального изучения. Благоприятное действие обесхлоривающих методов лечения при воспалительных процессах подтверждено рядом опубликованных за последние годы клинических наблюдений, относящихся к различным областям медицины.

Наша клиника на протяжении последних 8 лет применяла бессолевую диету и другие методы обесхлоривания при лечении различных воспалительных процессов (ревматический полиартрит, плеврит, перикардит, полисерозиты, гастриты и др.). Как и другие авторы, мы в значительной части наших случаев могли отметить благоприятное действие данного метода лечения, которое сказывалось и на субъективных жалобах больных и на объективных клинических симптомах

Изложение указанного материала составит предмет отдельного сообщения.

Выводы о противовоспалительном действии бессолевой диеты основываются большей частью на чисто клинических данных об улучшении воспалительных процессов под влиянием этой диеты. Но к сожалению, нет или очень мало таких исследований, которые доказывали бы, что под влиянием подобного лечения в организме происходят морфологические и биохимические сдвиги, характеризующие переход от „готовности к воспалительной реакции“ и воспаления к нормальной реакции. Есть, правда, попытка объяснить противовоспалительное действие бессолевой диеты изменением минерального обмена. Так, Ноорден считает, что дефицит хлористого натрия, вызванный обесхлориванием, создает относительный перевес кальция, который действует противовоспалительно. Но это объяснение не базируется на биохимических исследованиях. Что касается прямого исследования биохимических сдвигов, то по этому вопросу имеются лишь единичные наблюдения. Больше всего изучены наблюдения со стороны кожи. Эти исследования показали, что биологическая реактивность кожи, в частности, динамика развития возникших в ней или вызванных экспериментально воспалительных процессов, находится в большой зависимости от характера диеты и от возникающих под ее влиянием биохимических сдвигов.

Люитлен один из первых показал, что при раздражении выбритой кожи кроликов кртоновым маслом, реактивность кожи в ответ на это раздражение значительно меняется под влиянием ацидотически или алкалолитически действующего режима питания. Эту измененную реактивность кожи он ставит в прямую связь с изменениями минерального состава кожи при различных режимах питания. Из всех составных частей диеты, удаление которых способствует уменьшению воспалительной реактивности тканей, Люитлен придает особое значение поваренной соли.

У людей, страдающих экземой или крапивницей, Кейниг и Гоф наблюдали ухудшение воспалительных явлений в тех случаях, где после строгой бессолевой диеты большие сразу получали большую солевую нагрузку. Урбах нашел при воспалительных процессах кожи повышенное содержание в ней хлора. Зидек и Цуккеркандль, определяя коэффициент выделения  $\text{NaCl}$  и  $\text{Cl}$  у здоровых и у больных, нашли, что при целом ряде воспалительных заболеваний выделение натрия значительно уменьшено. Каунитц путем прямых исследований органов и определения минерального баланса доказал, что при так наз. „серозном воспалении“ в организме, главным образом в воспаленной ткани, происходит задержка натрия и хлора. При феномене Артюса кожа кролика содержит в 2 раза больше натрия, чем в норме (Кауниц, Шобер).

Указанные наблюдения и ряд других исследований свидетельствовали о том, что обмен  $\text{Na}$  и  $\text{Cl}$  находится в интимной связи с развитием воспалительных процессов и что обесхлоривание организма, проводимое, например, посредством бессолевой диеты, влечет за собой качественные и количественные изменения со стороны тканей.

Все же целый ряд вопросов остается открытым до сих пор. Недостаточно выяснено, каковы те объективные, количественно определяемые критерии, по которым можно было бы судить об изменениях воспалительной реактивности под влиянием обесхлоривающего лечения.

В поисках доступного в клинических условиях метода, который позволил бы судить о динамике воспалительной реактивности организма под влиянием обесхлоривания, мы остановились на изучении биохимических сдвигов в жидкости кантаридинового пузыря.

Работы из клиники Бергмана (Кемпнер и Пешель, Маркес) показали, что изучение содержимого кантаридинового пузыря может служить критерием для суждения об интенсивности воспалительного процесса. Маркес предложил использовать разницу между сахаром крови и пузырьной жидкости в качестве критерия для количественной оценки интенсивности воспалительной реакции.

Из всех веществ, которые могут быть обнаружены в пузырьной жидкости, нас больше всего интересовали хлор и сахар. Интерес к хлору понятен, т. к. важно было установить, как отражается сильное обесхлоривание организма на хлоре крови и тканей. На исследовании сахара мы остановились, имея в виду следующие соображения Маркеса. Клетки пузырьной жидкости обладают способностью к аэробному гликолизу, в результате которого сахар расщепляется с образованием молочной кислоты. Этот гликолиз тем сильнее, чем больше клеточных элементов и чем сильнее их распад, ибо именно при отмирании клеток и выделяется гликолитический фермент. Чем резче выражена воспалительная реакция и чем больше клеток отмирает, тем больше освобождается гликолитических ферментов, а чем сильнее гликолиз, тем меньше сахара остается в пузырьной жидкости.

Наш материал охватывает более 30 больных, преимущественно с воспалительными заболеваниями желудочно-кишечного тракта (язва желудка и 12-перстной кишки, гастрит и оперированный желудок).

До начала опыта фракционным методом исследовалось желудочное содержимое, затем на наружной поверхности голени накладывалась мушка, размером  $4 \times 4$  см, через 22 часа мушка снималась, извлекалось содержимое пузыря и исследовалось на сахар по Хагедорну-Иенсену и на хлор по Рушняку. В некоторых случаях исследовалось количество лейкоцитов. Одновременно производилось исследование сахара и хлора во взятой натощак крови. После получения исходных данных больным назначалась бессолевая диета. Наша бессолевая диета практически сводилась преимущественно к растительной и отчасти к молочной пище, приготовленной без соли.

Для контроля за правильностью соблюдения диеты и для наблюдения за влиянием обесхлоривания на водно-солевой баланс у больных измерялся диурез и ежедневно исследовался Na и Cl в моче. Когда количество NaCl за сутки достигало низких цифр (1,5—2 г) и стойко держалось на этих цифрах несколько дней, мы переходили к откачиванию желудочного содержимого. Откачивание длилось 2—3—4 часа и повторялось в течение 3—5 дней, в зависимости от количества желудочного содержимого, которое удавалось удалить за один сеанс. Кроме измерений количества желудочного сока и определения его кислотности, исследовалось и содержание в нем хлора. Во многих случаях при повторных сеансах извлекались все меньшие и меньшие количества желудочного содержимого, что заставляло увеличивать число сеансов откачивания. После нескольких откачиваний накладывалась мушка и повторно проводились все указанные выше исследования. В нескольких случаях все исследования повторялись в третий раз после перехода больного на обычную диету.

Для наглядности основные данные наших исследований изображены на таблицах. В эти таблицы вошли не все исследованные нами случаи, т. к. при повторной мутке иногда совершенно не получалось пузыря или жидкости было так мало, что ее не хватало для всех исследований. В некоторых случаях весь план исследований не проведен полностью из-за преждевременной выписки больного или из-за несоблюдения больным бессолевого режима (что обнаруживалось по количеству NaCl мочи).

Таблица 1.  
Колебания сахара в крови и в пузырьной жидкости до и после лечения.

Фамилии больных	До обесхлоривания				После обесхлоривания			
	1а	2а	3а	4а	1в	2в	3в	4в
	Кол-во мгр. сахара в 100 к. с. крови	Кол-во мгр. сахара в 100 к. с. пузыря, жидкости	Разница меж- ду 1а и 2а (1а—2а)	Коефф. воспалит. реакц. (1а—2а), 100	Кол-ч. мгр. сахара в 100 к. с. крови	Кол-ч. мгр. сахара в 100 к. с. пузыря, жидкос.	Разница меж- ду 1в и 2в (1в—2в)	Коеффicient воспалит. реакции (1в—2в), 100
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. Н-в	108,5	59,5	49	45,3	96	70	26	27
2. Д-в	86	42	44	51,1	118	79	39	33
3. Д-в	98	54	44	44,8	106	64	42	39,5
4. К-в	109	19	90	82,5	115	88	27	23,5
5. "	111	69	42	37,8	104	71	33	31,7
6. Х-н	120	57	63	52,5	74	57	17	23
7. М-в	88	45	43	48,8	104	75	29	27,8
8. З-в	86	64	22	25,5	112	63	49	43,7
9. Х-в	115	66	49	42,6	122	74	48	39,3
10. М-в	92	44	48	52,1	85	74	11	13
11. Б-в	89	69	20	22,4	102	92	10	9,8
12. Г-ч	83	65	18	21,6	82	74	8	9,2
13. Г-в	116	70	46	38,7	96	60	36	37,5
14. Д-в	90	42	48	53,3	78	70	8	10,2
15. Ш-в	96	74	22	22,9	79	66	13	16,4
16. Ж-в	80	37	43	53,7	71	58	13	18,3
17. С-н	92	78	14	15,2	105	90	15	14,2
18. Б-в	96	79	17	17,7	100	80	20	20
19. Е-в	97,5	62	35,5	36,4	97	75	22	22,6
20. С-в	117	90	27	23	131	115	16	12,2
21. М-н	121	87	34	28,1	104	76	28	26,9
22. Л-н	117	79	38	32,4	105	68	35	33,9
23. Н-в	114	90	24	21	89	78	11	12,3
24. Б-в	119	75	44	36,9	101	70	31	20,6

Переходя к данным таблицы 1, приходится прежде всего остановиться на принципах и методах расчета. На основании тех соображений, о которых говорилось выше для нас представляет интерес не изменение абсолютного количества сахара в пузырьной жидкости, а именно разница между этим сахаром и сахаром крови. Абсолютное количество сахара в пузырьной жидкости может не только увеличиваться, как это имеет место в большинстве случаев, но оно может оставаться без изменений, или даже уменьшаться по сравнению с исходными величинами. И тем не менее такое уменьшение сахара или его неизменность еще сами по себе ничего не говорят об увеличении или стабильности воспалительной реакции. Объясняется это тем, что независимо от воспалительной реакции сахар крови, а следовательно и сахар пузырьной жидкости может подвергаться различным колебаниям. Поэтому только сопоставление этих величин (сахар крови и пузыря) и вычисление разницы между ними может выяснит, насколько изменение сахара в пузырьной жидкости зависит от динамики воспалительной реакции, а не от других причин.

Определив разницу между сахаром крови и пузырьной жидкости и сопоставив эту разницу с сахаром крови, можно получить величину,

которая количественно выражает интенсивность воспалительной реакции (Маркес), или „коэффициент воспалительной реакции“, как мы обозначаем эту величину.

Для пояснения сказанного произведем расчет по данным одного из наших случаев. I. Сахар крови — 108,5 мг<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, сахар пузырной жидкости — 52,5 мг<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, разница между ними — 49 мг<sup>0</sup>/<sub>0</sub>. Сопоставление этой разницы с сахаром крови и приведение этой дроби к 100 дает величину 45,3, которая и является так наз. „коэффициентом воспалительной реакции“. В случае № 6 сахар пузыря до и после обесхлоривания оставался без изменений — 57 мг<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, что само по себе как будто говорит за неизменность воспалительной реакции, но, как видно из таблицы, до обесхлоривания 57 мг<sup>0</sup>/<sub>0</sub> сахара в пузырной жидкости соответствовало 120 мг<sup>0</sup>/<sub>0</sub> сахара крови (коэффициент 52,5), после обесхлоривания тем же 57 мг<sup>0</sup>/<sub>0</sub> сахара пузырной жидкости соответствовало только 74 мг<sup>0</sup>/<sub>0</sub> сахара крови, что дает очень малую разницу и коэффициент, равный только 23. Таким образом, и в случаях, где количество сахара крови не изменяется, вычисление коэффициента позволяет обнаружить разницу в интенсивности воспалительной реакции. Даже в тех случаях, где абсолютное количество сахара в пузырной жидкости уменьшилось, разница и коэффициент говорит не об усилении, а об уменьшении воспалительной реакции. Таковы, например, случаи №№ 5, 9, 13, 15, 21, 23, 24.

Анализируя данные таблицы № 1 можно видеть, что до обесхлоривания разница между сахаром крови и пузырной жидкости в 13 случаях, т. е. больше, чем в 50<sup>0</sup>/<sub>0</sub> случаев, превышала 40 мг<sup>0</sup>/<sub>0</sub>, причем в нескольких случаях довольно значительно. Разница в 20 мг<sup>0</sup>/<sub>0</sub> и ниже наблюдалась редко, только в 4 случаях (№№ 11, 12, 17, 18). Совершенно обратная картина получилась при повторном исследовании; разница выше 40 мг<sup>0</sup>/<sub>0</sub> наблюдалась уже как исключение (всего в 3 сл. №№ 3, 8, 9), а разница в 20 мг<sup>0</sup>/<sub>0</sub> и ниже значительно чаще — в 11 сл. Если сюда еще прибавить случаи, где разница близка к 20 мг<sup>0</sup>/<sub>0</sub> (между 20 и 30 мг<sup>0</sup>/<sub>0</sub>), то получим, что в преобладающем количестве случаев после обесхлоривания разница между сахаром пузырной жидкости и крови меньше, чем до обесхлоривания. Еще отчетливее эти изменения выступают при изучении так наз. „коэффициента воспалительной реакции“.

Биологическая реактивность организма, и в частности его способность к воспалительной реакции в ответ на то или иное раздражение, находится в большой зависимости от целого ряда эндогенных и экзогенных факторов. Среди последних, судя по современным данным, весьма важную роль играет характер пищевого режима, который накладывает свой отпечаток на биологический статус организма и влияет на его реактивность. Это обстоятельство делает понятным то, что степень воспалительной реакции наших больных, выраженная в так наз. „коэффициенте воспалительной реакции“, еще до применения нашего вмешательства была неодинаковой и колебалась в весьма широких пределах. Так, до обесхлоривания в 10 случаях коэффициент был выше 40, в 5 сл. — выше 30, в 7 сл. — выше 20 и только в 2 случаях ниже 20. Совершенно другие величины получились после обесхлоривания: выше 40 — только 1 случай, выше 30 — 5 сл. Из этого сопоставления видно, что, если до обесхлоривания преобладали коэффициенты выше 40 (10 сл.), то после обесхлоривания преобладающими оказывались величины ниже 20 сл. (11 сл.), причем в не-

скольких случаях достигнуты такие величины коэффициента, которые до обесхлоривания даже и не встречались (ниже 10). За исключением 3 случаев, в которых коэффициент увеличился, во всех остальных случаях отмечено уменьшение коэффициента, т. е. произошло значительное уменьшение воспалительной реакции.

Переходя к данным исследования хлора нужно отметить, что в первые дни бессолевой диеты количество хлора, выделяемое с мочой, значительно превосходит количество его в поваренной соли, содержащейся в бессолевой диете. Благодаря этому за несколько дней организм может потерять довольно значительное количество хлористого натрия, колеблющееся у различных больных в широких пределах.

Неодинаковая быстрота установки хлорного баланса на новом низком уровне и вариация количества хлора, теряемого организмом в первые дни бессолевой диеты, зависят от характера предшествующего питания. Некоторую роль здесь может играть, повидимому, неодинаковая у разных больных быстрота приспособления механизмов, регулирующих хлорный обмен. Потеря хлористого натрия в течение первых нескольких дней отрицательного солевого баланса отражается на водно-солевом обмене организма, как мы в этом неоднократно убеждались при исследовании диуреза, хлоровыделения, веса и пробы Мак-Клора. Еще резче проявляются изменения солевого обмена при комбинации бессолевой диеты с откачиванием желудочного содержимого. Из таблицы 2 видно, что за несколько

Таблица 2.

Сдвиги в содержании NaCl крови и пузырной жидкости под влиянием обесхлоривающего лечения.

№№	Сколько дней бессолевой диеты	Сколько дней производ. от кач. ж/сод.	Кол-во желуд. содерж. удален. от качив.	Кол-во NaCl удален. откачиванием	NaCl крови		NaCl пуз. жидк.	
					до	после	до	после
1	6	3	2250 к. с.	—	508	428	—	604
2	8	3	1810 "	10.66	477	467	—	—
3	6	5	3450 "	24.17	439	410	722	586
4	12	3	1470 "	9.15	525	503	67	560
5	3	3	2810 "	18.4	477	369	761	568
6	4	3	1800 "	10.83	468	434	621	615
7	5	4	3690 "	24.69	445	351	568	486
8	3	3	1140 "	5.36	351	398	586	586
9	3	3	1990 "	14.89	492	439	644	621
10	3	4	2215 "	13.91	422	410	644	568
11	3	4	2697 "	19.09	480	433	732	703
12	2	4	2562 "	13.43	—	303	—	556
13	4	4	2815 "	19.65	470	410	568	574
14	3	4	2855 "	17.33	470	410	621	580
15	2	4	2856 "	21.33	586	—	—	—
16	4	4	1065 "	13.77	466	457	587	—
17	3	3	1815 "	12.37	422	398	650	—
18	8	4	2085 "	14.29	440	445	668	—
19	5	4	2692 "	12.89	500	410	—	—
20	3	4	3880 "	24.62	504	—	—	—
21	2	5	1770 "	10.44	481	445	668	539
22	5	5	1775 "	10.16	468	413	667	547
23	5	4	2410 "	14.72	445	439	586	—
24	2	3	1340 "	8.02	—	428	—	673
25	4	4	2824 "	19.65	600	410	574	568

дней откачивания удавалось удалить от 1400 до 3600 куб. см. желудочного содержимого. Удаление таких количеств жидкости в течение нескольких дней, а также несколько усиленный диурез в первые дни бессолевой диеты создавали заметное обезвоживание, которое сказывалось в потере веса, уменьшении желудочного содержимого, в изменении времени пробы Мак Клура. Это отчетливо выраженное в большинстве случаев обезвоживающее действие, создающее некоторое „высушивание“ тканей, повидимому, является одним из факторов, благоприятствующих уменьшению воспалительной реактивности тканей. Совершенно бесспорно, что механизмы, способствующие возникновению воспалительного процесса или, наоборот, содействующие его затиханию, необычайно сложны и складываются из целого ряда факторов, многие из которых до сих пор еще мало выяснены. Но, из повседневного клинического опыта и из результатов наших наблюдений над действием бессолевой диеты при экссудативных процессах в суставах и в серозных полостях, мы знаем, что все то, что способствует обезвоживанию организма, благоприятно отражается на течении воспалительного процесса.

Так как содержание хлора в желудочном содержимом отличается большим постоянством, чем величина кислотности, то количество удаленного хлора находилось в прямой зависимости от количества удаленного желудочного содержимого. Только в одном случае (№ 8) удалось удалить всего 5,36 NaCl, во всех же остальных случаях количество NaCl, удаленного откачиванием, колебалось от 8,02 (сл. № 28) до 24,69 (сл. № 7). Если, согласно Магнус-Леви, считать хлорные запасы организма весом в 70 кг равными 86,0 (что многими считается преувеличенным), то можно видеть, что одним только откачиванием желудочного содержимого, не говоря уже о комбинации с бессолевой диетой, удастся уменьшить хлорные запасы организма на довольно заметную величину.

Под влиянием обесхлоривания не только меняется NaCl крови, но значительные изменения испытывают и хлорные резервы кожи, являющиеся, как известно, одним из главных депо хлора в организме (Вальгрэн, Подтберг, Урбах).

Значительно меняется содержание хлора и в жидкости кантаридинового пузыря. Как видно из таблицы 2, содержание NaCl пузырной жидкости после обесхлоривания только в единичных случаях не изменялось или даже увеличивалось. В большей же части случаев количество хлора уменьшилось, причем в некоторых случаях это уменьшение было довольно значительным (на 136, 193, 82, 76 и т. д., сл. 3, 5, 7, 10). Хотя нет строгой закономерности между уменьшением NaCl в пузырной жидкости и количеством удаленного при откачивании NaCl, все же надо отметить, что наибольшее падение содержания хлора в пузырной жидкости наблюдалось чаще всего там, где удавалось откачать большое количество сока.

Надо еще принять во внимание следующее: если была бы возможность точно учесть степень обезвоживания, то пришлось бы внести поправку в сторону уменьшения полученных нами при повторном исследовании величин NaCl. При такой поправке уменьшение хлора в пузырной жидкости после обесхлоривания выступило бы еще резче и отчетливей. Но, даже и без этой существенной поправки, мы можем отметить, что при обесхлоривающих методах лечения уменьшается как NaCl крови, так и NaCl пузырной жидкости.

Анализ нашего материала показывает, что, наряду с чисто клиническими данными и впечатлениями о благоприятном влиянии обесхлоривающего лечения на течение воспалительных процессов, можно также отметить ряд таких сдвигов в обмене веществ, направление которых свидетельствует о тенденции к уменьшению воспалительной реактивности тканей.

Это обстоятельство, а также и клинические и экспериментальные наблюдения, подтверждающие противовоспалительное действие бессолевой диеты, дают нам право считать, что строгая бессолевая диета, сама по себе, или в комбинации с другими обесхлоривающими методами, может и должна занять при лечении воспалительных процессов такое же место, какое она уже занимает при лечении отеков различного происхождения.

Мы не считаем данный метод единственным и главным. Так же как и при лечении отеков, диетолечение воспалительных процессов должно комбинироваться с другими методами терапии. Такое сочетание тем более необходимо, что эффективность других методов лечения, в частности действие различных медикаментов, в большей степени зависит от „внутренней среды“ организма. Минеральный же обмен является весьма важной частью „внутренней среды“, и находится в большой зависимости от характера диеты, причем влияние последней больше всего сказывается именно тогда, когда в связи с патологическим процессом, механизмы, регулирующие обмен веществ, нарушены.

Наш клинический материал и изложенные в данной работе лабораторные исследования позволяют сделать следующие выводы:

1) Обесхлоривающее лечение, проводимое в виде строгой бессолевой диеты в комбинации с откачиванием желудочного содержимого, является методом активного вмешательства в водно-солевой обмен.

2) Противовоспалительное действие бессолевой диеты подтверждается не только результатами клинических наблюдений, но также прямыми количественными и качественными показателями, свидетельствующими об уменьшении воспалительной реактивности тканей под влиянием обесхлоривающего лечения.

3) Биохимическое исследование содержимого кантаридинового пузыря позволяет получить объективные количественные критерии для суждения о динамике развития воспалительного процесса под влиянием различных воздействий.

4) Строгая бессолевая диета сама по себе или в комбинации с другими обесхлоривающими методами может быть рекомендована, как ценный метод при лечении воспалительных процессов.

Поступила 3.VIII. 1939.