

Тезисы диссертаций

Тезисы диссертаций доцента В. Г. Потапова (Крымский мединститут имени И. В. Сталина) на соискание ученой степени доктора медицинских наук на тему: *„Материалы к изучению эхинококковой болезни в Крымской АССР.*

Защищены на заседании Совета профессоров Казанского гос. мед. института 31.III 1941 г.

По распространению эхинококка среди населения Крым занимает первое место в СССР и приближается в этом отношении к таким странам, как Греция, Далмация, Австралия и Аргентина.

В Крыму встречается исключительно гидатидозная форма паразита. На всем собранном нами материале в 685 случаев эхинококковой болезни имеются только два случая, и то не вполне достоверные, альвеолярного эхинококка.

Цифровые данные последнего десятилетия говорят о некотором снижении обращаемости к хирургической помощи в Крыму по поводу эхинококка. Если учесть прирост населения и приближение квалифицированной медицинской помощи к селу, то можно говорить о снижении заболеваемости эхинококком, что несомненно надо поставить в связь с проводимыми санитарно-профилактическими мероприятиями и подъемом материального и культурного уровня населения.

В Крыму поражены эхинококком преимущественно северные степные районы (Сакский, Евпаторийский, Ак-Мечетский, Джанкойский и др. Районы спецкультурные и смешанного земледелия (Балаклавский, Суданский и др.), индустриальные центры (Керчь, Севастополь), население которых пользуется для своих нужд доброкачественной водопроводной или родниковой водой, дают меньшее число больных с эхинококком.

Меры общественной профилактики должны быть направлены на борьбу с рассеиванием собакой онкосфер паразита и на охрану промежуточного хозяина от инвазии. Они должны включать в себя, как обязательные мероприятия: охрану водосточников пастбищ, дворов, огородов от загрязнения собаками, ветеринарно-санитарный надзор не только на бойнях и мясокомбинатах, но, что не менее важно, и над индивидуальным убоем скота, уничтожение бродячих собак, регулярную поливку улиц.

Необходима широкая санитарно-просветительная работа, выпуск специальных брошюр, устройство лекций, докладов, бесед, использование в этих целях периодической печати, кино, радио. Для студентов ВУЗ'ов в областях, наиболее пораженных эхинококком, должны быть организованы специальные факультативные курсы.

Зараженность эхинококком крупного рогатого и мелкого убойного скота в Крыму достигает высоких цифр. В особенности это относится к степным районам и Керченскому полуострову (65,30%). Проводимая в этом направлении органами НКЗема профилактическая работа пока явно недостаточна.

При интрахеальном введении жизнеспособных элементов эхинококковой кисты (эхинококковой „песок“) кролику у последнего развиваются эхинококковые кисты в легких. Это говорит о возможности прививки зародышей паразита через слизистую бронха при случайном попадании их в дыхательные пути.

При однократном заражении в эксперименте эхинококком животного развивающиеся кисты оказываются различной величины, что свидетельствует о неравномерности роста эхинококковых кист в организме промежуточного хозяина.

В толще фиброзной капсулы герминативных элементов эхинококковой кисты нам не удалось обнаружить ни разу. Наши данные не подтверждают выводов отдельных авторов, что не удаленная при операции фиброзная капсула может явиться очагом взврата заболевания.

Правильный диагноз эхинококка может быть поставлен в одних случаях с легкостью, в других — представляет собой почти непреодолимые трудности. Интрадермальная проба и количество эозинофилов в периферической крови могут играть только подсобную роль в диагностике эхинококка.

Интрадермальная проба имеет большую диагностическую ценность, нежели эозинофилия, так как оказывается более стойкой и часто сохраняется положительной при наступившей гибели паразита.

В диагностике эхинококка признак „дрожание гидатид“ не играет никакой роли. Безусловно доказательным является нахождение при пробном проколе в пунктате сколексов или в выделениях большого (мокрота, рвотные массы, моча) элементов эхинококковой кисты.

Закрытая эхинококкотомия при подавляющем большинстве эхинококковых кист внутренних органов является операцией выбора. Гибель и нагноение паразита не служит противопоказанием, за исключением редких случаев, к наложению глухого шва на оставшуюся соединительнотканную капсулу.

Экстирпация паразита вместе с фиброзной капсулой является ненужной и небезопасной операцией. Она показана лишь при обызвествлении фиброзной капсулы и в

тех случаях, когда технически упрощает и ускоряет операцию (эхинококковые кисты салника, краевое расположение паразита в печени, эхинококк мышц).

Взгляд, что гидатидозный эхинококк чаще бывает одиночным, ошибочен. Результаты тщательного изучения собственного материала и отдаленных результатов позволяют говорить об обратном.

Рецидивы эхинококкового заболевания в подавляющем большинстве представляют собой просмотренные и не удаленные при первой операции кисты и являются следствием множественности эхинококковой инвазии.

Полно-всестороннее исследование больного до операции, тщательный осмотр во время последней не только пораженного органа, но и соседних, надлежащая апаратность операции — есть лучшая профилактика рецидива эхинококкового заболевания.

Тезисы диссертации врача В. М. Медведева на тему: „К вопросу о химической природе активного вещества, появляющегося в симпатическом узле во время раздражения его преганглионарных путей“, на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. Защищена 27.II. 1941.

1. 933 F и никотин понижают реакцию симпатического узла, вызванную как электрическим раздражением преганглионарных путей, так и введением в ганглий „активного перфузата“ и ацетилхолина.

2. Это понижение одинаково только для эффектов, вызванных электрическим раздражением преганглионарных волокон и введением „активного перфузата“, но не для эффектов, вызванных введением ацетилхолина.

3. Атропин парализует возбуждающее влияние ацетилхолина на симпатический ганглий, однако он не изменяет реакции этого ганглия, вызванной раздражением преганглионарных волокон его или введением в сосуды узла „активного перфузата“.

4. Эзерин увеличивает реакцию симпатического узла, вызванную введением ацетилхолина, но не влияет на эту реакцию, вызванную раздражением преганглионарных волокон или введением „активного перфузата“.

5. Кокаин, сенсibiliзирующий периферические ткани к возбуждению симпатических волокон, также является веществом, сенсibiliзирующим симпатический узел к преганглионарному возбуждению и к введению „активного перфузата“.

6. Кокаин в одинаковой мере повышает ответ ганглиозных элементов как на электрическое раздражение преганглионарных волокон, так и на введение „активного перфузата“, но понижает ответ ганглиозных элементов симпатического узла на введение в артерию перфузируемого органа ацетилхолина.

Наши опыты противоречат представлению о том, что ацетилхолин является переносчиком возбуждения с преганглионарного на постганглионарный путь в симпатическом узле. Однако, с другой стороны, наши опыты подкрепляют предположение о том, что эта передача осуществляется при участии химического агента; но по своей химической природе этот агент скорее ближе к симпатину, чем к ацетилхолину.

Рефераты

а) Терапия

Schimert G. *Лечение бронхальной астмы малыми дозами меди.* Dtsch. med. Wschr. 5. 124—126. 1940.

Наблюдения показывают, что маленькие дозы тяжелых металлов действуют возбуждающим образом на ретикуло-эндотелиальную систему и изменяют состояние аллергии. На этом основании 50 больных с бронхальной астмой были подвергнуты лечению препаратом коллоидальной меди под названием Cupridium. Лечение начиналось с введения под кожу $1/2$ см³ препарата, содержащего 5 γ меди. При отсутствии реакции через 3 дня такую же дозу вводили больному в вену. Инъекции то подкожно, то в вену, в зависимости от состояния больного, производились 2 раза в неделю, причем доза постепенно увеличивалась до 1 см³. В некоторых случаях применялся более концентрированный препарат коллоидальной меди, содержащий в 1 см³ 100 γ металла. Курс лечения продолжался 2 месяца. У 40% всех леченных указанным способом больных наступило полное и длительное исчезновение приступов бронхальной астмы. В 34% случаев отмечено значительное улучшение. Н. Абрамова.

Palugay J. *Рентгеновское лечение бронхальной астмы.* Wien. klin. Wschr. 39. 783—785. 1940.

На основании собственного опыта и литературных данных а. подтверждает положительный эффект рентгенотерапии бронхальной астмы. Наилучшие результаты получаются при рентгеновском облучении легких (с включением гилусов) и при ком-