

смертности на будущее время, вплоть до 1965 года, как это в действительности происходило за последние годы. Для последующих лет (с 1965 г.) показатели плодovitости и смертности принимаются как стабильные. В соответствии с изменениями показателей плодovitости и смертности изменяется и показатель воспроизводства населения.

Согласно второму варианту численность населения снижается еще резче — через 50 лет население составит 26087 тысяч или 64% исходной величины, а через 100 лет останется только 4426 тысяч человек, т. е. почти  $\frac{1}{3}$  часть исходной цифры.

Третье исчисление исходит из предпосылки, что показатель плодovitости, полученный для 1933 года, остается неизменным до конца периода наблюдений, показатель смертности продолжает снижаться как при втором исчислении, но только до 1950 года, а не до 1965 года. При таком предположении через 50 лет численность населения повышается до 41612 тысяч или 102,6% исходной величины, но через 100 лет население снова уменьшится до 33585 тысяч или 83,6% первоначальной цифры. Если показатели плодovitости и смертности остаются неизменными, то в соотношении возрастного состава 15—40 лет изменения не произойдет. В процентном соотношении детей 0—15 лет и стариков 60 лет и выше произойдет изменение в противоположную сторону. Отсутствие роста плодovitости приводит к окончательному уменьшению численности молодого населения. Непрерывное падение плодovitости влечет за собой чрезмерное повышение удельного веса стариков. Согласно второму исчислению старики в возрасте 60 лет и старше к концу периода наблюдения будут составлять больше половины всего населения.

Изменение общего показателя рождаемости зависит не только от изменения плодovitости, но и от колебания возрастной структуры населения. Коэффициент рождаемости, определяемый в первом исчислении для 1935—1939 г. г. в 14,18%, к 2030—2034 гг. снижается до 11,14%, что нужно отнести за счет повышения удельного веса стариков. При втором исчислении, допускающем снижение плодovitости, коэффициент рождаемости падает более стремительно, достигая к концу 1,4%.

Изменение возрастной структуры населения в гораздо большей степени влияет на общий показатель смертности. Согласно первому исчислению неисправленный коэффициент (общий показатель) смертности повышается с 12,88% в 1935—1939 г. г. до 21,39% в 2030—2034 гг., что можно объяснить повышением удельного веса стариков. При втором исчислении, вследствие непрерывного снижения плодovitости, происходит более интенсивное и быстрое изменение возрастной структуры населения, и поэтому общий показатель смертности повышается гораздо быстрее достигая цифры 47,1% к концу периода.

Профессор Ф. Г. Мухамедьяров.

## ЗАСЕДАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ ОБЩЕСТВ

### Хирургическое общество ТАССР

Заседание 3, V-1940 г. совместно с консультационным бюро Казанского эвакуационного пункта

Доклады. 1. Проф. И. В. Домрачев. *О лечении инфицированных ран и воспалительных процессов.* Были испытаны различные средства (аммарген, марганцовокислый калий, риванол, нод, бактерицид, хлорацид, белый стрептоцид в виде присыпки, активированный уголь в порошке, гипертонический раствор поваренной соли, новокаиновый блок и мазь Вишневского). Из антисептических средств докладчик отдает предпочтение хлорациду, ноду и белому стрептоциду. Весьма благоприятные результаты были получены при комбинированном лечении новокаиновым блоком и мазью Вишневского. Последняя не мешает оттоку отделяемого и удлиняет срок действия тампонов. Мазь Вишневского, обладая бактерицидными свойствами, одновременно усиливает лейкоцитоз, оказывает слабое раздражающее действие на периферический нервный аппарат и стимулирует процессы регенерации. Описывает технику применения масляно-бальзамических повязок по Вишневскому.

2. Доц. В. М. Осиповский. *Методы Вишневского в практике лечения военной травмы.* Докладчик сообщает клинические результаты лечения военной травмы способами Вишневского (новокаиновый блок, мазевая масляно-бальзамическая повязка) в условиях тылового госпиталя.

Новокаиновый блок поясничной области с успехом был применен во всех случаях коммунционально-контузионного синдрома. Больные имели в различной степени выраженные остаточные явления (резкая головная боль, шум в ушах, понижение слуха включительно до глухоты, общая слабость, апатия, общий тремор и явления гиперестезии.) Клинически лечебный эффект новокаинового блока характеризовался полным

исчезновением или облегчением головных болей и шума, исчезновением тремора. Больные, ранее прикованные к постели, после новокаинового блока могли вставать без болей и обморока.

Хороший эффект получен от новокаинового блока при обширных контузиях тела, которые составили 0,80% всех травм. Сильные боли, наблюдавшиеся у этих больных, быстро и стойко купировались.

„Футлярный“ новокаиновый блок с успехом применялся как анестезирующий фактор при ампутированных болях, болях на почве термических повреждений и при поражениях периферической нервной системы.

Мазевая масляно-бальзамическая повязка применялась в 89% случаев огнестрельных ранений различных областей тела в виде: а) обычных повязок, сменяемых через 5—6 дней; в) наложения длительно-неснимающихся повязок с иммобилизацией гипсовыми повязками (на конечностях „сапожок“); смена повязки через 10—15 дней; с) длительно действующих бактерицидно-масляных депо с гипсовой повязкой по модификации докладчика. В виде заливки мази в полости и карманы и рыхлой тампонды.

Положительный эффект лечения сказывался через 5—6 дней. Раны с обильным отделяемым и плохими бледными грануляциями быстро заживали. Уже при второй перевязке раневой дефект обычно выполнялся здоровыми грануляциями, и наблюдалась быстрая эпителизация с краев. Слепые раны закрывались через 10—15 дней. Касательные повреждения с дефектами мягких тканей поддавались лечению в 15—20 дней. 42% больных (из которых 92% имели огнестрельные ранения) через месяц после поступления выздоровели и были выписаны из госпиталя.

Докладчик останавливается на целесообразности и пользе длительно-неснимающихся гипсовых повязок при лечении ожогов и отморожений. Были продемонстрированы больные после коммоцио-контузионного состояния, общих ушибов тела и больные с наложенными иммобилизующими гипсовыми повязками по поводу отморожений.

3. Доц. С. П. Вилесов. *О замещении кожи после ранений по комбинированному способу Алглава-Тиршу.* Дается критическая оценка различным способам пересадки кожи. Подчеркивается необходимость дифференцированного подхода к выбору метода в зависимости от особенно той каждого случая. На конечностях пересадка кожи по Филатову показана лишь там, где кожный покров испытывает большую механическую нагрузку и где другие способы пластики оказались неэффективными.

Среди методов свободной аутотрансплантации кожи докладчик отдает предпочтение комбинированному способу Алглава-Тирша, который был с успехом использован в тыловом госпитале для замещения дефектов после ранений. Сущность методики, предлагаемой докладчиком, состоит в пересадке небольших кусочков кожи, взятых по Алглаву без жировой клетчатки, и одновременной пересадке тонких эпидермальных лоскутов по Тиршу, накладываемых на грануляционную поверхность между первыми лоскутами. Таким образом покрывается трансплантатами почти весь дефект. В короткий срок наступает заживление раны. Вновь образованный покров, благодаря наличию участков со всеми элементами кожи, эластичен и отличается хорошей выносливостью к механической нагрузке. В редких случаях неприживания лоскутов, взятых по Алглаву, лоскуты Тирша обычно остаются жизнеспособными. Этим самым комбинированный метод предотвращает возможность полной неудачи пластики. В заключение демонстрируются больные с пересадкой кожи по Алглаву-Тиршу после ранений и отморожений. По докладу развернулись оживленные прения, в которых приняли участие профф. Герцберг, Гусьнин, Новиков, Шулуко, доценты Шалагин, Гулевич, военврач I ранга Романов и др.

#### Заседание 20/V 1940 г.

Доклады. I. Проф. Л. И. Омороков. *К вопросу о травматической эпилепсии.*

Литературные данные относительно частоты эпилепсии после травмы различны — от 10% до 20%. Имеет значение характер травмы и локализация ее. Травматическая эпилепсия делится на 2 категории — раннюю и позднюю эпилепсию.

При анализе трех случаев поздней эпилепсии, где при энцефалографии и на операции оказались резко измененными боковые желудочки, резкое их расширение, их асимметрии, окклюзия желудочка бокового, непроходимость воздуха в субарахноидальных пространствах конвекса, выясняется значение травмы, как момента, способствующего развитию таких патологических изменений, которые обуславливают появление эпилептических и эпилептоидных состояний.

При травме резко понижается потенция глии, наряду с чем мезенхимная реакция берет перевес, участвуя преимущественным образом в репаративных процессах. Разрушается барьер между эктодермой и мезенхимой и последняя вторгается в нервную паренхиму. Такая перестройка резко меняет физиологические отношения мозговой ткани, т. к. выпадает основная функция глиозной ткани — регулирование процессов обмена специально функционирующих нервных элементов — ганглиозных клеток и во-