

М. Ф. Владимирский настаивал на том, чтобы вузы научили студента владеть книгой, «ибо если он не будет этого уметь, он окажется плохим врачом».

Большое значение придавал он производственной практике студентов. Считал необходимой для них работу в поликлинике. «У нас при медицинских вузах упразднены поликлиники, профессора учат студентов только на клиническом материале. Этот промах должен быть как можно скорее восполнен».

М. Ф. Владимирский считал целесообразным привлекать для преподавания в вузах «наших практических врачей, работающих в больницах десятки лет. Тот опыт, который имеет старый работник, старый специалист, мы должны теперь максимально использовать».

М. Ф. Владимирский уделял внимание и подготовке студентов в области административной — «надо научить будущего врача ориентироваться в новых условиях работы, понимать задачи, перед ним поставленные, структуру органов, научить его составлять годовой план, контрольные цифры — без этого работать нельзя». Он предложил «ввести в наших вузах отдельную кафедру по организации здравоохранения, управлению больницами, ведению больничного хозяйства, изучению постановки оперативного планирования».

Важной задачей считал М. Ф. Владимирский и подготовку средних медицинских кадров. По его мнению, она имела ряд дефектов. «Когда из техникума будет выходить квалифицированный помощник врача, мы осуществим и следующее задание: чтобы средняя школа стала только ступенью для перехода в высшую медицинскую школу».

М. Ф. Владимирский призывал «научиться ценить те кадры, которые выковываем. У нас была привычка: бросай врача куда угодно, но теперь этого допускать нельзя».

Многие из этих идей, высказанных более 30 лет тому назад М. Ф. Владимирским, выдержали проверку временем. Они и в наши дни успешно реализуются в практике советского здравоохранения.

Имя М. Ф. Владимирского присвоено одному из крупнейших научно-практических медицинских учреждений нашей страны — Московскому областному клиническому институту.

ЛИТЕРАТУРА

1. Владимирский М. Ф. Вопросы советского здравоохранения М., 1960.

РАЦИОНАЛИЗАТОРСКИЕ ПРЕДЛОЖЕНИЯ

НОВЫЙ АППАРАТ ДЛЯ МЕСТНОЙ ИНФИЛЬТРАЦИОННОЙ АНЕСТЕЗИИ ПО А. В. ВИШНЕВСКОМУ

В. И. Можанов

Кафедра госпитальной хирургии № 1 (зав. — доц. Р. А. Вяселев) Казанского медицинского института, на базе первой городской больницы
(главврач — З. А. Синавская)

Хотя местная анестезия по методу ползучего инфильтрата, предложенная проф. А. В. Вишневым, и нашла широкое применение в хирургической практике, все же техника ее еще несовершенна. Так, при введении большого количества раствора новокаина использование обычных шприцев удлиняет операцию. Во избежание этого за последние годы предложена целая серия шприцев непрерывного действия (Б. Ф. Сметанин, А. Н. Телков, С. Н. Поликарпов, В. Н. Шамов и др.).

В хирургическом отделении первой городской больницы Казани применяется предложенный нами иной аппарат, основанный на подаче раствора по закрытой системе (метод С. И. Чистякова), с использованием насоса, приводимого в действие электромотором и нашим датчиком, который регулирует поступление раствора в ткани (рис. 1).

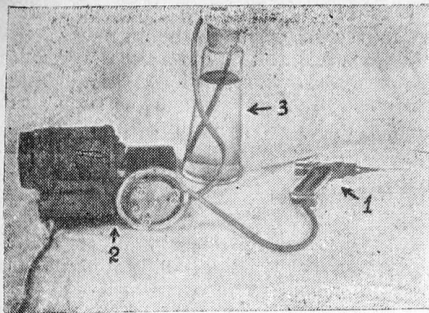


Рис. 1. Общий вид аппарата в собранном виде: 1) датчик; 2) нагнетающий мотор; 3) колба Боброва.

В отличие от предложенного С. И. Чистяковым специально сконструированного насоса, мы используем применяемый в хирургии общеизвестный отсасывающий насос образца 1952 г.; для нагнетания жидкости необходимо лишь переключить в обратном направлении ток проходящей через насос жидкости. Включенный нами в систему нагнетающего насоса датчик при помощи перекрывающего скользящего клапана позволяет легко регулировать и перекрывать подачу анестезирующего раствора. Для учета количества расходуемого раствора мы используем градуированный сосуд от аппарата Боброва.

Преимущества этого аппарата заключаются в следующем: 1) аппарат прост в обращении, надежен в работе, безопасен; 2) сохраняет полную стерильность анестезирующего раствора, что проверено неоднократными бактериологическими посевами и отсутствием послеоперационных инфекционных осложнений; 3) сокращает время операции и не утомляет хирурга.

ЛИТЕРАТУРА

1. Сметанин В. Ф. Хирургия, 1952, 3.—2. Чистяков С. И. Вест. хир., 1958, 4.

Поступила 5 июля 1963 г.

БИБЛИОГРАФИЯ И РЕЦЕНЗИИ

С. В. Шестаков. Грудная жаба и инфаркт миокарда. Медгиз, М., 1962, 283 стр.

Монография С. В. Шестакова посвящена одной из наиболее актуальных проблем внутренней медицины — недостаточности венозного кровообращения. Проф. С. В. Шестаков хорошо известен как автор большого числа статей и монографий по различным вопросам кардиологии и особенно проблемам коронарной патологии. Несмотря на широкое использование отечественной и зарубежной литературы (620 названий), монография в значительной мере является результатом многолетних собственных исследований автора и двух руководимых им коллективов сотрудников клиник.

В кратком историческом очерке приведены основные этапы изучения коронарной недостаточности. Представляют интерес впервые опубликованные данные о приоритете отечественного исследователя Л. Е. Голубина (1909) в описании ЭКГ с коронарными нарушениями. До этого подобные описания связывали с именами Смита (1918) и Геррика (1919).

Может быть, следовало бы привести весьма важные работы В. М. Кёрнига, описавшего картину коронарного тромбоза еще в 1892, 1904 гг.

В главе «Этиология и патогенез грудной жабы и инфаркта миокарда» приведены многочисленные и разносторонние доказательства значения функциональных факторов в генезе различных форм коронарной недостаточности. Широко обсуждаются значение фактора функционального отягощения (Н. Н. Кипшидзе, А. И. Струков и С. А. Виноградов, А. В. Смольяников и мн. др.), роль нервно-гормональных нарушений, повышение свертываемости крови. Особое внимание автор уделяет нарушениям регуляции сосудистого тонуса. В этом отношении приведены материалы собственных наблюдений о значении нервного перенапряжения, изменений внешней среды (температурных колебаний) для развития инфаркта миокарда. С. В. Шестаков показывает, что нарушения нервной регуляции играют значительную роль не только в развитии инфаркта, но и влияют на его клинические проявления и течение. Так, рассматривается зависимость развития ангинозного, астматического, гастралгического вариантов инфаркта миокарда «...от различия патологических связей и функциональных изменений нервной системы» (стр. 18).

Подробно излагаются патологическая анатомия грудной жабы и инфаркта миокарда (глава 3), изменения в нервной системе сердца (нервных волокнах, окончаниях, ганглиях), а также в межпозвоночных узлах грудного отдела, звездчатом узле. Приводятся морфологические обоснования встречающихся в клинике трофических расстройств.