

mons. J. A. M. A., 1913. — 43) Hoffmann G. D. med. Woch., 1913, № 8. — 44) Neugebauer. Wien. kl. Woch., 1914, № 24. — 45) Berg. J. A. M. A., 1913. — 46) Wagner. Münch. med. Woch., 1902. — 47) Müellig. Münch. med. Woch., 1903. — 48) Hoffmann E. Berl. kl. Woch., 1902, №№ 6—9. — 49) Beurmann. Bull. d. l. Soc. d. Hôp. d. P., 1910, № 32. — 50) Gaucher et Gioeuf. Bull. med., 1911. — 51) Gembaïski. Ann. d. der. et de syph., 1911, № 2. — 52) Mosny et Montier. Arch. d. méd. exp. et d'an. pat., 1911. — 53) Baye. Thèse de Paris, 1911. — 54) Lévy-Fränckel. Ann. d. mal. ven., 1911, № 6. — 55) Balzer et Vandel-Neveux. Ann. d. mal. vén., 1911, № 2. — 56) Darier et Civatte. Ann. d. derm. et d. syph., 1905, № 3. — 57) Marcuse. Arch. f. D. u. S., 1905, № 1. — 58) Фердманн. Р. Ж. К. и В. б., 1903. — 59) Попова-Блюм. Р. В. Д., 1925, № 9. — 60) Батунии. Каз. М. Ж., 1925, № 6. — 61) Лурья. Каз. М. Ж., 1925, № 4. — 62) Барадулин. Клип. Мед., 1925, №№ 1 и 2. — 63) Lévy-Fränckel. Ann. d. mal. ven., 1907, № 9. — 64) Jossierand. La syph., 1905, № 8. — 65) Jullien. Journ. d. mal. cut. et syph., 1904, № 1. — 66) Blumenfeld. Derm. Centr., 1904, № 4. — 67) Hoffmann E. Derm. Zeitsch., 1903, Bd. X. H. 5. — 68) Börd. Deutsch. med. Woch., 1908, № 2. — 69) Siredéy. La syph., 1904, № 5. — 70) Veszprémi u. Kanitz. Arch. f. D. u. S., 1907, Bd. 88. — 71) Malherbe. Journ. d. mal. cut. et syph., 1905, № 5.

Новое в лечении душевных болезней.

И. Н. Жилина (Казань).

За последнее десятилетие терапевтический нигилизм в психиатрии, сознание полной бесполезности какого-бы то ни было воздействия на болезненный процесс, начинает сменяться попытками активного вмешательства. Наше время особенно богато такими попытками, и в последних книжках немецких психиатрических журналов мы находим целый ряд статей, посвященных терапии психозов. С важнейшими из этих работ мы и познакомим читателей.

Вопросу лечения психозов длительным наркозом, вызываемым производным барбитуровой кислоты—сомнифеном, посвящены в Zeit. für die ges. Neurologie und Psychiatrie, Bd. 94 u. 96, работы Wylera и Müllera.

Сомнифен для длительного наркоза был предложен цюрихским психиатром Kläsi, пользовавшимся таким путем пизофрению и получившим успех в 46% случаев.

Предварительно пациенту вводят морфий (0,01) с гиосцином (0,001), затем интрамускулярно или интравенозно вводят сомнифен—в первом случае в количестве 4 куб. стм., во втором—2 куб. стм. Наступает многочасовой сон. Путем таких повторных инъекций сомнифена больной держится в состоянии сна 5—7 дней,—срок, по Wylery, достаточный для терапевтического эффекта. Приемы пищи, а также опорожнение кишечника и мочевого пузыря производятся во время самопроизвольного пробуждения больного. Дневная доза средства доходит до 5—8 куб. стм. При интравенозном введении надо иметь в виду опасность тромбоза и эмболии, которой возможно избежать, если не вводить вместе с медикаментом коагуляты, иногда образующиеся в шприце, и, вообще, производить инъекцию возможно медленно. Подкожные же инъекции легко ведут к некрозу. Метод вызывает и другие сопутствующие явления и осложнения: повышается на второй—третий день температура, быстро падающая по прекращении инъекций. 37°—37° еще не служат противопоказанием, но 38,5°—уже тревожный признак, заставляющий прерывать лечение. Кровяное давление у больных падает, пульс замедляется (лихорадка, разумеется, вызывает учащение пульса). Внезапно наступающая неправильность пульса требует прекращения лечения. Нередко наступает рвота, и наблюдается задержка мочеотделения, а в крови обнаруживается значительное повышение числа лейкоцитов.

Метод коварен в том отношении, что при нем постоянно надо считаться с опасностью коллапса, условием для которого, помимо прямого отравления от больших или кумулирующих доз сомнифена, является также индивидуальная чув-

ствительность к этому средству. Смертельный исход, в зависимости от коллеса или от других осложнений, имел место в 4,8%, именно, у 17 авторов, работавших этим методом, на 311 больных умерло 15 человек. Противопоказаниями для лечения являются маразм, сердечная слабость, заболевания почек, *lues cerebri* и вообще все телесные заболевания, где подозревается изменение сосудов.

Wуlег применял наркоз при помощи сомнифена в 27 случаях. При шизофрении улучшение состояния получилось в 7 случаях, безрезультатным было лечение в 8 случаях, умерла 1 больная; при маниакально-депрессивном психозе получились 3 улучшения, и в 1 случае наступила смерть; при эпилепсии в сумеречных состояниях у 2 больных результата не получилось; *status epilepticus*, наоборот, во всех 3 случаях обнаружил улучшение; при истерии и хорее (по 1 случаю) наблюдались улучшения. Более благоприятные результаты, на наблюдение Wуlег'a, дают формы с выраженным циклическим течением.

В работе Mülleг'a, позднее опубликованной, чем предыдущая, мы находим, что сомнифенный наркоз, у 17 различных авторов, в 268 случаях шизофрении дал в 8,9% значительное, близкое к внешнему «исцелению», улучшение, в 26% — общее улучшение симптомов, и в 59% остался без результата. Как и у Wуlег'a, лучше дело обстояло с группой, где имелись маниакально-депрессивные компоненты; далее шли агитированные формы, негативистическая же и паранойдная формы стояли на последнем месте в смысле успеха лечения. Острые и периодические формы вообще реагировали лучше других; чем короче продолжительность болезни, тем больше надежды на успех. Улучшение касалось главным образом аффективных расстройств и психомоторного возбуждения, тогда как бредовые идеи оставались вне влияния лечения. Маниакально-депрессивный психоз, по 8 авторам, на 34 случаев, леченных сомнифеном, дал в 35% купирование приступа, в 50% — улучшение состояния и в 14,5% остался без результата. Применялся сомнифенный наркоз и в случаях органических заболеваний, но без значительного успеха. Mülleг упоминает также о 3 случаях морфинизма, леченных Sаnсhіs-Bаnіs'ом, путем погружения в 10-дневный наркоз, с значительным успехом.

Что является существенным в методе?—По мнению Mülleг'a, конечно, не сомнифен, а длительный сон, в который погружается больной. Этим сном удается оборвать приступ маниакально-депрессивного психоза, расковать *stupor* и ослабить возбуждение при шизофрении, создав в последних двух случаях возможность, кроме того, психотерапевтического влияния на больного. Но в заключение все-таки надо признать, что, хотя длительный наркоз и представляет собой ценный терапевтический метод, однако желательно продолжать поиски более безопасного, чем сомнифен, средства для вызывания его.

O. Wolff в своей статье «*Trionalkur*» (*Ztsch. f. d. ges. N. u. P.*, Bd 94) рекомендует вместо сомнифена трионал, влияние которого распространяется на все состояния возбуждения, кроме паралитических, которому поддаются и хронические случаи. Результаты лечения этим средством оказались весьма ободрительны: «...waren alle am Schluss der Kur ruhig und klar» (1). Для проведения наркоза нужно 20,0—30,0 трионала на 14 дней. Опасных осложнений при этом будто-бы не наблюдается. Но трионал нерастворим, и его приходится применять *per os*, что не всегда возможно у возбужденных больных. Автора, однако, утешает сознание, что трионал имеет преимущество безопасности в сравнении с теми козями, какие может принести «соблазнительная элегантность» сомнифенных инъекций.

Интересной терапевтической попыткой является, далее, применение кокаина в случаях *stupor'a*. Этому вопросу посвящена работа Fleck'a, из Мюнхенской клиники (*Zeitschr. f. d. ges. Neur. und Psychiatrie*, Bd. 92). Метод предложен в 1920 г. Berger'ом, с успехом применявшим кокаин в дозах 0,02—0,05 при *stupor'e*, особенно у катоников. После того опыты с кокаином, с переменным успехом, предельвались неоднократно. Сам Fleck пользовал по этому способу 34 больных со *stuporом* разного происхождения, причем применял кокаин в дозах 0,1—0,2, не имея от столь высоких доз вредных последствий. В 25 из этих случаев он достиг изменений *stupорозного* состояния, сказавшихся, по меньшей мере, в выражительных движениях, а также в оживлении речевого акта, в зависимости от центрального психомоторного возбуждения; в 2 случаях наступила эйфория, в 10—обострение депрессивного состояния, в 22—аффективная сфера осталась без изменений.

С помощью кокаина, снимающего оковы со *stupорозного* больного, удавалось проникнуть в содержание тех переживаний, каким занят больной, и, вместе с тем, становилось возможным объяснение происхождения такого состояния. К сожалению,

эффект этого средства был кратковременным, длился 1—2 часа, а затем больные снова возвращались в прежнее состояние. Метод, следовательно, прямого лечебного значения не имеет и может быть рекомендован главным образом для диагностических целей в случаях, когда желательно проникнуть в содержание и природу ступорозного состояния.

Переходим теперь к вопросу о лечении *metalles'a*. Лечение это в новейшее время оказало значительные, в отдельных случаях даже блестящие, успехи, и после безнадежности и отчаяния в этой области мы вступили на дорогу, открывающую нам широкие терапевтические возможности.

В частности, наблюдения над благотворным влиянием интеркуррирующих инфекций на металлотический процесс, особенно на прогрессивный паралич, послужили исходной точкой для разработки лечебных методов, состоящих в преднамеренном применении при этой болезни острых инфекций, малярийной и возвратной. Общий обзор положения в этой области дан в работе проф. Weugandta, помещенной в *Zeitschr. f. d. des. Neurol. und Psychiatrie*, Bd. 96.

Автор значительную часть своей работы, с редкой обстоятельностью, посвящает теориям патогенеза *metalles'a*. Опуская в своем реферате эту часть работы, как имеющую главным образом теоретический интерес, упомянем, однако, попутно о предположении Nonne и Eichelberg'a, считающих прогрессивный паралич и синнюю сухотку продуктом лечения: «ein Kunstproduct, hervorgerufen durch Behandlung.» A. Gaischer особенно винит в этом отношении сальварсан: «Сколько смертей, сколько еще случаев *tabes'a* и паралича будет нужно, чтобы доказать неверующим вредоносность немецкого яда!»—говорит он.

Следующая часть работы Weugandta содержит подробный перечень средств, применявшихся и применяющихся для терапии *metalles'a*, с оценкой их действия. Среди этих средств на первом плане стоит в настоящее время прививка малярии. Со времени опытов Wagner'a и von Jauregg'a, впервые, в 1917 г., применивших с успехом прививку паралитикам *malariae tertianae*, метод этот получил широкое распространение, и в литературе имеется уже целый ряд сообщений о случаях прогрессивного паралича. — общим числом до 2500,—леченных таким путем.

Для прививки берут 1—3 куб. см. крови у малярика, болеющего *tertiana*, и вводят ее паралитику подкожно, или интравенозно, или нанося ее на скарифицированную кожу. Обычно через 10—20 дней, в редких случаях через несколько,— до 9,—неделя паралитик обнаруживает заболевание малярией. Внутривенное введение обеспечивает более ранний срок заболевания: через 2—5 дней. В 10% требуется повторная прививка, так как первая при всех способах применения может оказаться недействительной. Обычно дают протечь 8—12 приступам малярии, а затем обрывают последнюю хиномом. Высокие подъемы температуры, конечно, требуют забот о сердце больного.

Опыты Weugandta с тропической формой малярии дали большой процент смертности: из 9 больных, леченных этим способом, 2 умерло от малярии. Что касается опытов с *tertiana*, то статистика самого Weugandta дает такие суммарные результаты:

	Время, протекшее после лечения.	Число случаев.	Полная ремиссия с возвратом к профессии.	Ремиссия с некоторой дефективностью.	Улучшение, позволившее покинуть лечебницу.	Остались без перемен.	Смерть во время лечения или вскоре после него.
I	1 г. 6 мес.	51	29,5%	29,5%	13,7%	13,7%	13,7%
II	1 г. 3 мес.	329	25,84%	18,24%	15,5%	33,44%	6,99%
III	1 год	170	38,2%	12,3%	16,5%	21,8%	11,2%
IV	6 мес.	118	31,4%	27,1%	11%	20,3%	10,2%

Как видно из этой таблицы, общее число улучшений, считая все три степени их, достигает: в I группе 72,7%, во II—59,58%, в III—67,3% и в IV—

69,5%. Вторая группа была богата далеко зашедшими случаями, почему процент оставшихся без перемены оказался здесь несоразмерно высоким—33,44%. В общем же результаты лечения оказались превосходными, достигаемые всеми остальными методами.

Если сравнивать спонтанные ремиссии, наблюдающиеся у прогрессивных паралитиков, с ремиссиями, вызываемыми малярией, то окажется, что последние являются более глубокими и более продолжительными. Формы паралича, протекающие с возбуждением, дают будто-бы лучший эффект. Во время ремиссии, наряду с улучшением психического состояния больного, позволяющим иногда последнему вернуться к прежней, часто сложной и ответственной, профессии, улучшаются также органические симптомы, и ослабевают биологические реакции паралича. Мозг паралитиков, леченных ранее малярией, на посмертном исследовании обнаруживает обычно отсутствие спирохэт и, большей частью, отсутствие воспалительных явлений. Повторные попытки лечения прогрессивного паралича малярией в части случаев обнаруживали или невозможность реинфекции, или быстрое угасание приступов. Перенесенное до начала лечения заболевание малярией обычно тормозит реакцию на прививку.

Интересно сопоставить с этой частью работы проф. Weugandta наблюдения над тем же методом, опубликованные Fleck'ом (Zeitschr. f. d. gesam. Neurol. und Psych., В. 96). Этот автор из своего материала, обнимающего свыше 100 случаев, отобрал 55 больных, прослеженных более значительное время после лечения. Оказалось, что 29,1% из них получили возможность вернуться, благодаря ремиссии, к своей профессии, 10,9% могли содержаться в домашней обстановке, 49,1% нуждаются в больничном, содержании и 10,9% умерло от малярии. Считая число спонтанных ремиссий при прогрессивном параличе равным 15,7%, автор вдвое большее число ремиссий после лечения малярией приписывает именно этому методу терапии. При этом, чем меньше продолжительность болезни, тем лучшие виды она дает на ремиссию. Относительно того, как реагируют на лечение различные формы прогрессивного паралича, мы находим у Fleck'a такие данные: в группе вернувшихся к профессии было 18,8% с дементной формой, 62,5%—с экспансивной и 18,8%—с депрессивной. Продолжительность ремиссий у больных Fleck'a была до 6 месяцев в 5,3%, от 6 до 12 мес.—в 12,1%, 1—2 года—в 68,4% и свыше 2 лет—в 5,3%. Следует заметить, что спонтанные ремиссии длительностью от 1 г. до 2 лет наблюдаются не более, как в 16% ремиссий. Большинство ремиссий в группе ставших профессионально-трудоспособными наступило в промежутки от 1 до 2 месяцев после лечения. Противопоказанием для данного способа лечения, по Fleck'у, являются сердечная слабость и беременность.

Возвращаясь к статье Weugandta, мы после обзора малярийной терапии прогрессивного паралича находим в ней описание другого, приобретающего все более широкую популярность, метода, именно, лечения металоза возвратным тифом. Этот вид терапии был применен впервые в 1919 г. Plaut'ом и Steiner'ом. (Zeit. f. d. gesam. Neurol. u. Psych., Bd. 94). Благоприятным условием данного метода является родство, — правда, отдаленное, — спирохэт recurrens'a и lues'a; высокая температура, порой доходящая до 42,5°, также представляет собою желательный фактор. Авторы применяли для лечебных целей африканский штамм (Spirochaete Duttoni). Материал их обнимает, за 1919—1922 гг., 83 случая прогрессивного паралича, спинной сухотки и сифилиса мозга. Из них 76 случаев прогрессивного паралича дали такие результаты: умерло к концу 1923 г. 18 чел., на свободе находится—33, в лечебницах—25; очень хорошую ремиссию дали 27 сл., неполную—3; стационарно протекают 22; прогрессирующее течение обнаружилось у 7 больных. Из 18 умерших свыше половины имели ремиссии. Таким образом хорошие ремиссии, приведшие к полной профессиональной трудоспособности, наблюдались в 34,2%; впрочем в этом состоянии больные не были свободны от некоторой «нервозности». Причинами смерти только в незначительной части случаев было само лечение, в большинстве же случаев—обычный для прогрессивного паралича маразм и случайные интеркуррирующие заболевания. Свежие случаи, за исключением галопирующей формы, дают лучший результат.

Лечение рекуррентом оказывало благоприятное влияние и на спинную сухотку: у больных исчезали ланцирующие боли, и ослабевала атаксия.

С технической стороны дело обстоит так: свой штамм авторы поддерживают перевивкой на мышах; кровь последних берется, при соответственных предосторожностях, или из конца хвоста мыши, или из сердца, после вскрытия грудной полости (между прочим, зараженные мыши могут пересылаться живыми в места

где есть надобность в материале); вводится она подкожно или даже интравенозно; можно вводить также вместо крови эмульсию мозга мышей, так как спирохэты в мозговой ткани у мышей, выдержавших инфекцию, остаются месяцами. Инкубация после заражения, в среднем, длится от 5 до 7 дней; ей предшествует белковая лихорадочная реакция; число приступов 3—4, maximum—9, возможны псевдокризисы; истощение меньше, чем при малярийном методе. Что замечательно,—это свойство вызванного рекуррента противостоять сальварсану, который не может оборвать тифа. Явления недостаточности сердца и резкая слабость больных служат противопоказаниями к применению метода.

Для целей повторного лечения можно комбинировать возвратный тиф с малярией, имея при этом в виду, что после терапии рекуррентом остается длительная невосприимчивость к новому заражению. Как полагает Weugandt, биологическим фактором методов лечения, борющихся с *metallesom* высокой лихорадкой, является повышение защитных сил организма вследствие повышенной продукции антител, которые оказываются действительными не только по отношению к провоцировавшей их инфекции, но и против спирохэт Lues'a.

Влияние интеркуррирующих инфекций в сторону ослабления психических расстройств имеет место и при шизофрении, врожденной терапии которой посвящена работа Lerschenthal'a (Zeit. f. d. gesam. Neur. und Psych., В. 97). Автор пользовался для вызывания лихорадки материалом, обработанным по Besredko, —иммунизированными бактериями тифа, взвешенными в физиологическом растворе в двух концентрациях, 250 и 500 мил. зародышей в 1 куб. см. В первый раз вводится всего 25 мил. зародышей (25 МК), в последующие разы доза повышается на 25 МК. Лечение проводится в виде подкожных и интравенозных инъекций, производимых сериями по 10, с интервалами между сериями в две недели, причем в пределах серии инъекции делаются каждые два дня или, у слабых больных, 2 раза в неделю. Весь курс лечения длится, таким образом, 3—5 мес.

Обычно через 1/4—1 час после инъекции у больных появляется озноб, и повышается температура, достигающая maximum'a через 4—5 часов после инъекции; еще через несколько часов температура обычно выравнивается, но в исключительных случаях остается повышенной на сутки. Коллапса обычно не наблюдается. Противопоказанием являются туберкулез и «конечные состояния» шизофрении. Результаты врожденной терапии шизофрении у Lerschenthal'a были таковы:

Результаты	ФОРМЫ ШИЗОФРЕНИИ			Всего
	Кататоническая	Гебефреническая	Параноидная	
Без улучшения.	8	6	7	21
Улучшение . . .	6	4	2	12
Всего	14	10	9	33

Число случаев, где получилось улучшение, достигает, таким образом, 64%. Улучшение, как полагает автор, обязано своим возникновением какому-то непосредственному воздействию компонентов лихорадочного симптомокомплекса на больной мозг. Может быть, в этом процессе участвуют вегетативные нервы и эндокринная система.

Заканчивая обзор текущей немецкой литературы по вопросу о лечении душевных болезней, упомянем о работе Kogeger'a (Zeitsch. f. d. gesam. Neur. und Psych., В. 96) о психотерапии психозов. Автор пользовался этим методом главным образом шизофреников. Применял он прием, рекомендованный в свое время Stranskim, именно, опирающееся на доводы логики разубеждение, которое соединяется с попытками обратить все подходящие тенденции больного к потребностям практической жизни. Главным исцеляющим фактором служит благожелательная, исполненная доверия, установка больного к личности врача. В нескольких случаях параноидного состояния автору путем внушения удавалось удерживать больных от бредовых поступков, но, в то же время, налицо был постоянный риск

включения личности психотерапевта в бредовые идеи, что и произошло с ним в нескольких случаях. При психозрении успех был тем выше, чем ярче была выражена склонность к самоисцелению. Благодаря психотерапии Kogeregy удалось в части случаев предотвратить интернирование в больницы, что автор ставит в прямую заслугу методу. Впрочем в заключение он признается в скромности полученного успеха и его кратковременности.

Рефераты.

а) Гистология.

151. *Витальная зернистость эритроцитов.* При окраске нефиксированных мазков крови основными анилиновыми красками (напр., Brillantkresylblau) в некоторых эритроцитах становится видимой синяя зернисто-нитчатая субстанция. Эта т. наз. витальная зернистость эритроцитов, по исследованиям Л. С. Богородцова (Оздор. Труды и Рев. Быта, вып. VII), есть выражение молодости эритроцитов, регенеративное явление. Будучи биологически и клинически родственной другим проявлениям регенерации эритроцитов, — полихромазии и базофильной зернистости, — она в клиническом отношении указывает на усиленное кроветворение, почему исследование ее имеет несомненное практическое значение, тем более, что техника его очень несложна.

В. С.

152. *Сохранение тканей живыми.* Критикуя химический состав жидкостей Locke'a, Ringera и Biedermann'a, Otag (по реф. Нов. Фр. Мед. и Биол., 1924, № 1) предлагает для этой цели жидкость след. состава: H_2O —1000 ч., Na_2PO_4 —3 ч., $NaHCO_3$ —3 ч. и $NaCl$ —2 ч. Очень важно, чтобы был доступ кислорода воздуха, чтобы жидкость была асептична и возобновлялась каждые 5 дней. Прибавление сахара излишне.

В. С.

б) Физиология.

153. *Упрощенный способ образования изолированного желудка.* Проф. В. Н. Болдырев (Bull. of the Battle-Creek Sanitarium a. Hosp. Clinic., 1925, vol. XX, № 2), критикуя классическую операцию И. П. Павлова для изолирования части желудка с сохранением иннервации, как очень сложную, дающую значительный % смертности животных и не всегда гарантирующую непроницаемость перегородки, отделяющей «большой» желудок от «малого», а также не позволяющую брать в качестве изолированного мешка более или менее значительную часть желудка, предлагает свой упрощенный способ образования изолированного желудка. Параллельно большой кривизне желудка, в любом расстоянии от нее, рассекаются все три слоя желудочной стенки в правой половине органа (1-й или полный разрез), на левой же стороне разрезается только mucosa (2-й или неполный разрез). Этот второй разрез является как-бы продолжением первого и вместе с ним образует кольцо, опоясывающее желудок и отделяющее предназначенную для изоляции часть его от остальной. После того желудок растягивается, при помощи двух зажимов, в передне-заднем направлении, вследствие чего разрезы правой и левой половины сближаются, и верхний край 1-го, полного, разреза сшивается непрерывным швом с верхним краем 2-го, неполного, разреза на границе большого желудка; таким образом отверстие, произведенное в желудке, закрывается наглухо в самом начале операции. В заключение нижние края 1-го и 2-го разрезов сшиваются вместе на границе «малого» желудка, причем образуется совершенно замкнутый мешок, в нем продевается отверстие сквозь все слои стенки, и вставляется мягкая резиновая фистульная трубка. При этой операции менее подвергаются повреждению ветви n. vagi, так как полный разрез желудочной стенки втрое короче, чем в операции Павлова, и так обр. обеспечивается более нормальная работа изолированного желудка. Новая операция позволяет, затем, изолировать значительную часть желудка, — от $\frac{1}{3}$ до $\frac{1}{2}$. Животные (собаки) легко переносят ее, быстро оправляются после операции и поэтому раньше становятся годными для эксперимента. При операции Павлова перегородка, разделяющая оба желудка, состоит, далее, лишь из одной слизистой оболочки, здесь же в образовании перегородки принимают участие все три слоя желудочной стенки, что в значительной