

последовательно ведет к снижению секреции альдостерона, который, как известно, повышает тонус сосудистой стенки и нарушает в ней баланс электролитов.

Н. И. Екисенина и соавт. (Москва) предложили диеты для лечения больных хроническим колитом и энтероколитом, имеющие целью обеспечить полноценное питание в условиях нарушенного пищеварения и способствовать нормализации функционального состояния кишечника и других органов, вовлекаемых в патологический процесс при заболеваниях кишечника. Химический состав диет: белки — 100—120 г, жиры — 100—120 г, углеводы — 450—500 г, NaCl — 8—10 г; калорийность — 3000—3500 ккал. Для больных хроническими энтероколитами содержание белка увеличивали до 140—150 г. В зависимости от показаний рекомендуется витаминотерапия, парентеральное белковое питание, введение антибактериальных препаратов. Так, применение никодина и стрептомицина приводило к уменьшению количества микроорганизмов в тонких кишках или к их полному исчезновению. При этом не было отрицательного действия антибактериальных препаратов на нормальную микрофлору кала. Никодин и стрептомицин рекомендуется давать при упорных поносах, не поддающихся лечению диетой и вяжущими средствами, при осложнении заболеваний кишечника холециститом, перивисцеритом (в периоды их обострений), а также в случаях обнаружения большого количества микроорганизмов при посеве из верхних отделов тонких кишок.

М. Г. Коломийцева (Ленинград) указала на возможность использования биоэлементов в комплексном лечении и профилактике болезней дефицита. Так, дополнительное введение в рационы некоторых микроэлементов дало положительные результаты при зобе, анемии, кариесе зубов, рахите, гиповитаминозах; наблюдалось улучшение фосфорно-кальциевого обмена при беременности.

Использование фактора питания в качестве одного из элементов комплекса мероприятий по профилактике воздействия вредных промышленных веществ практикуется в СССР с 1923 г. (М. С. Маршак, Москва). Клинические наблюдения за ряд лет, проведенные на контингенте свыше 500 рабочих производств с разными промышленными токсическими веществами, позволили выявить общую закономерность в реакции организма на воздействие токсического фактора независимо от его специфического влияния на различные органы и системы. Эта закономерность выражается в нарушении функционального состояния печени, проявляющемся в ранние периоды интоксикации. Поэтому во всех рационах лечебно-профилактического питания, наряду со специфическими, необходимо включать пищевые вещества и продукты, повышающие функциональное состояние печени и, наоборот, ограничивать вещества и продукты, обременяющие ее деятельность. Кулинарная обработка продуктов должна производиться также с учетом этих требований.

По всем обсуждавшимся вопросам на сессии было принято развернутое решение.

В. М. Смирнов (Казань)

ПИСЬМА В РЕДАКЦИЮ

УДК 616—002.5—615.857.87:636.1

ОРГАНИЗАЦИЯ КУМЫСНОГО ХОЗЯЙСТВА ПРИ МЕЖРАЙОННОМ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОМ ДИСПАНСЕРЕ

Организованное кумысолечение началось с 1858 г., когда доктор медицины Нестор Васильевич Постников открыл в 6 верстах от Самары первую кумысолечебницу в России.

Кумысолечение при туберкулезе сохраняет свое значение и теперь, при наличии антибактериальных препаратов. Лечение туберкулезных больных антибактериальными препаратами в комплексе с кумысом дает лучшие результаты, чем лечение одними антибактериальными препаратами (П. Ю. Берлин). Это объясняется тем, что антибиотики угнетают витаминный обмен, а кумыс, содержащий большое количество витаминов, способствует его нормализации. Витамины в природном сочетании с остальными ингредиентами кумыса более полезны для организма, чем несбалансированный прием витаминных препаратов.

В настоящее время в Советском Союзе насчитывается около 50 кумысолечебных санаториев, в том числе в системе Министерства здравоохранения РСФСР — 23.

Мы считаем нужным поделиться своим опытом в организации подсобного кумысного хозяйства при диспансере.

В целях обеспечения комплексного лечения больных туберкулезом в 1961 г. при Бугульминском противотуберкулезном диспансере было создано подсобное кумысное хозяйство на 50 дойных кобылиц¹.

Начиная с 1962 г. производство кумыса круглогодное. В 1964 г. продолжительность лактационного периода в среднем на одну дойную кобылицу составила 7 месяцев 6 дней. Максимальный надой молока в день с одной кобылицы достигает 15 л. Содержание молочных маток зимой — стойловое, а летом — пастбищное с подкормкой концентрированными кормами и малоценными отходами от зерна. Кормовая база обеспечивает хозяйство необходимым количеством грубых и концентрированных кормов.

Кумыс приготавливают обычным способом и в готовом виде развозят в другие туберкулезные учреждения.

Кроме нашего стационара на 150 коек, с мая по октябрь месяц хозяйство обеспечивает кумысом 250 стационарных больных из прилегающих нефтяных районов.

С учетом медицинских показаний в летний период подавляющее число больных получает кумыс по 1 л в день, а в остальное время года — 400—750 мл в день.

В результате комплексного лечения с применением кумыса у 85,8% больных, вновь выявленных в 1962—1963 гг., закрылись каверны.

Заслуженный врач ТАССР С. Е. Марголин

УДК 616.12—007.2

КОМБИНИРОВАННЫЙ ИЛИ СОЧЕТАННЫЙ?

В течение десятков лет в научной литературе существовало определение «комбинированный порок сердца». Это определение применялось в том случае, если имелось комбинированное поражение одного клапанного аппарата, например: «комбинированный митральный порок сердца». При сочетании поражения двух и более клапанных аппаратов требовалось указать форму поражения, например: «комбинированный митральный порок и недостаточность аортальных клапанов». Это было всем понятно.

Б. А. Черногоров (Новости медицины, 1950, вып. 20) выступил с предложением применять еще ряд терминов, в частности — «сочетанный порок сердца». За последние годы все чаще встречаются обозначения «сочетанный порок сердца», если имеется комбинированное поражение одного клапанного аппарата. Обозначение «комбинированный» стали применять в отношении сочетания поражения двух и более клапанных аппаратов, например: «комбинированный митрально-аортальный порок сердца».

Во-первых, непонятно, зачем добавлять определение «комбинированный», если наличие сочетания поражения двух клапанных аппаратов очевидно? Во-вторых, в литературе все чаще встречается выражение «комбинированный митрально-аортальный порок» без уточненной характеристики, то есть без обозначения формы поражения. Это шаг назад, к тому времени, когда довольствовались диагнозом «приобретенный порок сердца» без уточнения формы и локализации порока. В-третьих, слово «комбинированный» общепринято во многих областях науки, понятно, привычно. Слово «сочетанный», хотя и русское (от слова «сочетание» — комбинация), но неудобно в произношении, очень редко применяется. Этого слова нет в четырехтомном «Толковом словаре русского языка» под ред. Д. Н. Ушакова и в «Словаре-справочнике» под ред. Р. И. Аванесова и С. И. Ожегова, поэтому неясно, как произносить: сочетанный или сочетанный?

Лучше отказаться от этого термина, вносящего путаницу.

Проф. П. И. Шамарин (Саратов)

¹ Более высокоудойными и выгодными в условиях внестепной полосы породами являются русские рысаки и тяжеловесы.

Замеченные опечатки

В № 2 «Казанского медицинского журнала» за 1967 г. на стр. 55, строка 25-я снизу, следует читать: «В. А. Сабурова и М. Г. Нефедова (Казань)».