

Хорошо и подробно написан очерк «Жизнь и научная деятельность А. Ф. Самойлова» (В. В. Парин и Н. А. Григорян). Впервые публикуется объяснительная записка к учреждению «изолированного института по физиологии животных при физико-математическом факультете Казанского университета». По современной терминологии речь шла о целевой лаборатории с составом 5 сотрудников, препаратора и фотографа. Весьма интересны мысли о взаимосвязи естествознания и медицины с математикой, физикой и химией, которые произносятся и лекцию об «нонной теории раздражения» (стр. 33), и выступление на юбилее проф. Н. А. Миславского (стр. 38).

Очень хорошо, что в книгу вошли доклады и статьи А. Ф. Самойлова «Организм человека как объект физиологического исследования» (где он, в сущности, выступает как первый клинический физиолог), «Кольцевой ритм возбуждения», «Электрофизиологический метод в учении о рефлексах», опубликованные уже в сборнике «Статьи и речи А. Ф. Самойлова» в 1946 г., который стал библиографической редкостью. Статьи не только не потеряли злободневности, но и сейчас поражают свежестью мысли, логикой и во многом современным звучанием.

Весьма ценна публикация в рецензируемой книге статей, впервые переведенных на русский язык из старых международных журналов. Конечно, многое, что было новым в статьях проф. А. Ф. Самойлова, сейчас нуждается в коррекции и, возможно, в несколько иной интерпретации. Но сам экспериментальный подход, красота и изящество опыта, точность и четкость регистрации, математический анализ кривых — все это не только актуально в настоящем, но и воспитывает в определенном духе высокого требования к себе и необходимости видеть то, что есть в итоге эксперимента, в духе максимальной объективности, точности, доказательности.

Читая статьи, собранные в главы «Исследования в области электрокардиографии», «Электрофизиологические исследования нервов и мышц», «Исследования в области химической теории возбуждения» и остальное, собранное в книге, думаешь, что исторический метод изучения всех этих важнейших и сегодня проблем физиологии и естествознания требует знакомства с наследством проф. А. Ф. Самойлова, основоположника электрофизиологии в нашей стране и пионера использования электрофизиологического метода изучения жизненных процессов, как наиболее чувствительного. С этой точки зрения необходимо отметить весьма удачный подбор статей проф. А. Ф. Самойлова, опубликованных в рецензируемой книге, хорошее, хотя и не на уровне оригинала, воспроизведение сложных кривых. Все это — несомненная заслуга редактора В. В. Парина и составителя Н. А. Григорян. Большое чувство «историзма» сказалось в подборе архивных материалов, переписки А. Ф. Самойлова, передающих его облик ученого с богатым внутренним миром и целеустремленностью. Можно пожалеть, что отсутствует одна из работ по электрокардиографии первого периода (*Elektrokardiogramm bei Situs viscerum inversus*. Zbl. N.-Gkr., 1914, 9, 201) и одна из последних электрокардиографических работ о токах действия при частичном перерезанном желудочке (*Die Stromkurve des part. durchschnit. Froschventr. und d. Leitung im Herzmuskel*. Pflüg. Arch., 222, 4, 1929, 516), имеющие большое методическое значение и для настоящего времени.

К сожалению, слишком мал тираж издания (1600 экземпляров).

Проф. Л. М. Рахлин (Казань)

---

**Г. А. Измайлов. Пострезекционные патологические синдромы.** Библиотека практического врача. Мордгиз, Саранск, 1966 г. 104 стр.

Патологические синдромы, которые чаще всего возникают в отдаленные сроки после резекции желудка по Бильрот II, постоянно интересуют хирургов. Развивающиеся изменения настолько сложны и разнообразны по своей природе, возникновению и проявлению, что зачастую их объединяют под общим названием — «болезнь оперированного желудка», «резецированный желудок»; наиболее модный термин — «демпинг-синдром» или «агастральная астения». Разнобой в терминологии пострезекционных синдромов затрудняет диагностику страдания и лечение больных. Хотя в последние годы получили распространение хирургические методы лечения в виде реконструктивных операций, однако они не гарантируют полного и стойкого выздоровления. В подавляющем большинстве применяется консервативное лечение. На первом симпозиуме в Москве, организованном Всесоюзным обществом гастроэнтерологов, также было указано, что основную роль в лечении таких больных должны играть терапевты. Показания же к хирургическому лечению должны быть ограничены.

Г. А. Измайлов в своей книге на основании многочисленных наблюдений делает первую попытку классифицировать пострезекционные синдромы, приводит таблицу дифференциальной диагностики их.

Книга состоит из 4 глав, из них основной является 3-я, где описаны патологические синдромы у больных после резекции желудка. Автор по клиническим проявлениям выделяет следующие формы: ранний и поздний пострезекционный алиментарно-еюнальный синдром, агастральная астения, синдром малого желудка и приводящей

петли. Он подробно разбирает клиническую картину, дает объяснение механизма возникновения той или другой формы.

При рассмотрении раннего синдрома автор выделяет 4 стадии его развития: 1-я — скрытая, или стадия полной компенсации; 2-я — относительной компенсации, 3-я — начальной декомпенсации и 4-я — выраженной декомпенсации. Больных со 2-й и 3-й стадией можно лечить консервативно, при 4-й стадии терапевтическое лечение дает только временный эффект. При позднем синдроме и синдроме малого желудка лечение должно сводиться к частому дробному питанию (не реже 5 раз в сутки). Агастральная астеня и синдром приводящей петли в стадии пищевого завала — показание к реконструктивным операциям.

Несомненный интерес представляет описание больных с рецидивом язвенной болезни. Автор приходит к выводу, что ввиду отсутствия эффективности от консервативного лечения у этой группы больных следует прибегать к ререзекции желудка, хотя и она не всегда приводит к полному выздоровлению.

К недостаткам книги следует прежде всего отнести малый формат и слишком незначительный тираж. Кроме того, рис. 2 на стр. 11 выполнен плохо, неудачно указана линия места пересечения желудка при резекции  $\frac{2}{3}$  его по Гофмейстеру — Финстереру. То же можно сказать и о рис. 10 на стр. 45, где приведена рентгенограмма рака культи резецированного желудка у больного через 26 лет после резекции по поводу язвы желудка.

Вызывает недоумение явное противоречие данных автора относительно частоты различных осложнений в отдаленные сроки после операции. Так, на стр. 95 указано, что у 89,4% больных состояние после резекции желудка значительно улучшилось и в то же время у 38,5% лиц имелись различные осложнения. Видимо, надо понимать так, что, несмотря на улучшение у подавляющего большинства больных после резекции желудка, многие из них имели некоторые болезненные состояния в виде перивисцерита, энтероколита, гепатохолецистита и пр.

Рецензируемая книга представляет значительный интерес, ибо она является первой монографией, где дается связанное описание наиболее часто встречающихся патологических синдромов в отдаленные сроки после резекции желудка, ставших не столь уж редкими в наше время. Книга, без всякого сомнения, будет хорошим руководством по диагностике, пониманию клинической картины и лечению пострезекционных болезненных симптомокомплексов.

Проф. А. Н. Зебольд (Ленинград)

**О. С. Радбиль и С. Г. Вайнштейн. Кора надпочечников и язвенная болезнь.**  
Изд. Казанского университета, 1967, стр. 140

В первой части книги, состоящей из 4 глав, авторами представлены литературные данные по обширному экспериментальному и клиническому материалу о влиянии АКГГ и глюкокортикоидов на функции желудка, причем особо выделены осложнения язвенной болезни, возникающие под воздействием этих гормонов. В общих чертах эти осложнения в настоящее время уже широко известны, однако после знакомства с первыми тремя главами книги врачи еще с большим уважением, по словам Хенча, будут относиться к возможным побочным явлениям стероидной терапии.

В IV главе представлен литературный материал о влиянии минералкортикоидных гормонов коры надпочечников на секреторную и моторную функции желудка. Этим разделом, безусловно, заинтересуются и экспериментаторы (так как эти данные впервые систематизированы авторами монографии), и клиницисты: ведь минералкортикоид ДОКА получает все большее распространение как средство лечения язвенной болезни.

Вторая часть монографии (V и VI главы) освещает функциональное состояние коры надпочечников при язвенной болезни. Здесь особо следует отметить оригинальные исследования минералкортикоидной функции коры надпочечников, проведенные авторами у больных, страдающих язвенной болезнью. С помощью трех косвенных методов изучения этой функции было убедительно продемонстрировано снижение ее, что подтверждает концепцию Бояновича о язвенной болезни как особой форме надпочечниковой недостаточности, протекающей с парциальным снижением секреции альдостерона. Авторами удачно изменена проба с нагрузкой калием; можно надеяться, что в модификации авторов данный тест найдет применение в практике лечебных учреждений.

В третьей, заключительной части книги авторами сжато, но достаточно полно представлены нервный и гормональный механизмы патогенеза язвенной болезни, отмечены некоторые слабые стороны кортико-висцеральной теории, в том числе и последние высказывания ее адепта И. Т. Курцина в недавно вышедшей книге «Критика фрейдизма в медицине и физиологии» (1965)<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Справедливости ради следует отметить, что как в этой книге, так и в ряде своих выступлений И. Т. Курцин указывает, что в понятие кортико-висцеральной теории язвенной болезни входит и эндокринный фактор.