

сора Д. Е. Ермолаева в Казанском университете, а затем на хирургических кафедрах в Академии.

После получения диплома врача И. А. Праксин был оставлен по конкурсу при Академии для усовершенствования по хирургии. В 1880—1884 гг. он работал в госпитальной хирургической клинике у профессора Е. И. Богдановского. Прослужив год младшим врачом 30-го резервного батальона, он в апреле 1886 г. начал работу в хирургическом отделении Марининской больницы для бедных (г. Петербург) в качестве «ассистента-интерна», а с 1889 г. заведовал хирургическим отделением.

В 1890 г. И. А. Праксин защитил диссертацию «О производстве частичной ларинготомии», получил степень доктора медицины и в том же году вернулся в Военно-медицинскую академию (медико-хирургическую академию) ассистентом госпитальной хирургической клиники, которой в то время заведовал В. А. Ратимов. Конференция Академии вскоре избрала его частным преподавателем (приват-доцентом) клинической хирургии.

В 1895 г. И. А. Праксин был назначен консультантом хирургического отделения Тифлиского военного госпиталя. В 1897 г. он был избран профессором госпитальной хирургической клиники Казанского университета по предложению профессора В. И. Разумовского, сменив его на этом посту. В этой клинике он проработал до конца жизни.

Научные интересы И. А. Праксина были разнообразны: проблема актиномикоза, хронические перитониты, хирургическое лечение эхинококкоза печени, операции на щитовидной железе, пластика дефектов лица. Известен простой, хорошо анатомически обоснованный и очень рациональный метод радикальной операции при паховых грыжах, предложенный И. А. Праксиным.

Работы самого И. А. Праксина и его учеников свидетельствуют, что он в начале XX века проводил сложные операции: трансплевральный подход к поддиафрагмальному пространству, резекции желудка, нефрэктомии и другие. В то же время он всегда призывал хирургов быть крайне осмотрительными при разработке показаний к операции. Подобно своим учителям Е. И. Богдановскому и В. А. Ратимову, он восставал против эффектных, но не дающих достаточных результатов операций. На юбилее проф. Е. И. Богдановского он сказал: «Пусть еще громче раздадутся одушевляющие Вас принципы высокого гуманизма и любви к страждущему. Пусть и впредь наша клиника не осквернится кровью от операции для операции! Да, прольется в ней кровь лишь для пользы человека!»¹

И. А. Праксин был вдумчивым клиницистом, прекрасным лектором, пользовался неизменной любовью студентов. Своей самоотверженной преданностью хирургии и больным он вдохновлял окружающих. В его клинике постоянно совершенствовались свои знания молодые хирурги. В Казани он создал хирургическую школу, из которой вышли профессоры П. М. Красин, М. А. Чалусов, Н. А. Синакевич, занимавшие кафедры в разных университетах страны.

И. А. Праксин активно участвовал как докладчик на Пироговских съездах врачей и съездах российских хирургов. Совместно с В. И. Разумовским он был организатором хирургической секции VII Пироговского съезда врачей, проходившего в 1899 г. в Казани. Именно на этом съезде он выступил с докладом о своем методе пахового грыжесечения.

И. А. Праксин обладал обширной эрудицией, был любителем и знатоком медицинской литературы, оставил после себя огромную библиотеку. Среди профессоров университета он пользовался большим уважением за прямоту и высокую принципиальность. Мне много пришлось слышать об этих чертах личности Ивана Александровича от его ученика и моего учителя Н. А. Синакевича — профессора хирургии в Иркутске. Теперь, на склоне лет, в качестве «хирургического внука» И. А. Праксина я хотел бы сказать доброе слово об этом замечательном хирурге, ученом и человеке.

Умер И. А. Праксин 30 апреля (13 мая) 1913 г. от амилоидоза внутренних органов, развившегося на почве туберкулеза легких. Крупнейший казанский ученый профессор В. С. Груздев над его гробом сказал: «На профессорской кафедре он был поистине светильником, горевшим и светившим, и немудрено, что он так безвременно догорел»².

Н. С. Елифанов (г. Киров)

БИБЛИОГРАФИЯ И РЕЦЕНЗИИ

Г. Я. Базаревич, У. Я. Богданович, И. Н. Волкова. Медиаторные механизмы регуляции дыхания и их коррекция при экстремальных состояниях. Медицина, Л., 1979. Тираж 5000 экз. 200 стр.

Монография посвящена роли медиаторных систем в регуляции дыхания в норме, при травмах и воспалительных процессах брюшной полости. Она содержит обширные

¹ Г. А. Колосов. Профессор Евстафий Иванович Богдановский. Новый хирургический архив. 1933, 2.

² Хирургический архив Вельяминова, 1913, 3.

литературные сведения по изучаемой проблеме с критическим обсуждением последних и детальным анализом результатов собственных исследований. Особый интерес представляют методологические приемы, позволяющие нарушать синтез медиаторов или создавать их избыток в организме. Работа дает возможность более четко понять взаимоотношения основных медиаторных систем: адрен-, холин- и серотонинергической, влияние их на функцию дыхания, на энергетический обмен, кислотно-основное состояние, функцию коры надпочечников при различных экстремальных состояниях.

Книга включает введение, 5 глав и указатель литературы. В первой главе изложены новые данные о фазовых изменениях функциональной активности медиаторных систем на различных этапах формирования патологических процессов как в экстремальных ситуациях, так и при экспериментально создаваемом дефиците или избытке адрен-, холин- и серотонинергического медиатора.

Нарушения дыхательной функции, вызываемые дефицитом холинергического медиатора, могут быть устранены (предотвращены) введением фармакологического ацетилхолина или гормона поджелудочной железы липокаина.

Большой интерес представляют клинические данные, указывающие, что после оперативного вмешательства наступает угнетение холинергической реакции крови, которое сопровождается нарушением дыхания и снижением уровня основного обмена. Авторами убедительно обоснована целесообразность использования липокаина в комплексе терапевтических мероприятий после оперативных вмешательств, в частности после панкреатэктомии.

Во второй главе показано, что под влиянием искусственно созданного в организме избытка катехоламинов усиливается деятельность дыхательного аппарата; увеличивается частота дыхания, активизируется газообмен в легких. Искусственно вызванный дефицит адренергического медиатора оказывает противоположное действие на дыхательную функцию; урежается дыхание с уменьшением легочной вентиляции и развитием респираторного ацидоза. Введение подвергшимся адреналэктомии животным адреномиметиков предотвращает развитие перечисленных нарушений дыхательной функции.

Принципиально важным представляется рекомендуемое авторами четко разграниченное использование стимуляторов адренергической и холинергической систем в различные фазы экстремальных состояний (Г. Я. Базаревич, 1973). Адреналин показан в начальных фазах, при наличии недостаточности активности адренергической системы. Стимуляторы холинергической и серотонинергической систем целесообразно применять на высоте развития патологического процесса. В частности, введение ацетилхолина или серотонина на фоне угнетения функций соответствующих систем при экстремальных состояниях способствует углублению дыхания, развитию газового алкалоза, т. е. прогностически более благоприятного варианта нарушения дыхательной функции, а введение экзогенной холинэстеразы при ее недостаточности нормализует ацетилхолиновый метаболизм, стимулирует активность эндогенных холинэстераз, что благоприятствует нормализации дыхания (В. К. Кулагин, 1975). В свете патофизиологических и патоморфологических позиций авторы углубили представление о патогенезе «шокового легкого».

В третьей главе рассматривается роль нейромедиаторных систем в патогенезе черепно-мозговой травмы. Авторы установили, что характер нейрогуморальных взаимоотношений при черепно-мозговой травме отражает тяжесть процесса и определяет исход травматической болезни и поэтому может служить критерием прогноза. Использование холинэстеразы или кортикостероидов в сочетании с холиномиметиками (в зависимости от угнетения того или иного компонента холинергического комплекса) оказывало благоприятное действие на функцию дыхания, снижало летальность.

Четвертая глава содержит новые данные по изучению нейрогуморальных взаимоотношений и функции дыхания при сочетанной травме черепа и опорно-двигательного аппарата. Результаты исследований, проведенных при этой сложной патологии, аналогичны данным, приведенным в третьей главе, и еще раз подтверждают отрицательное влияние нарушения медиаторного обмена на процессы регуляции дыхания и ритмической деятельности дыхательного центра.

В пятой главе обсуждаются итоги изучения медиаторного обмена при остром разлитом перитоните и остром панкреатите. При перитоните в болезненный процесс вовлекаются все жизнеобеспечивающие системы, в том числе и дыхательная. Тем не менее легочные расстройства при перитоните, их взаимосвязь с медиаторным обменом изучены недостаточно. Острый панкреатит заслуживает особого внимания ввиду того, что синтез ацетилхолина и серотонина связан с гормональной функцией поджелудочной железы (И. Н. Волкова, 1964). Изучение различных комбинаций препаратов медиаторного ряда с гормонами при включении в лечебные комплексы показало их выраженный терапевтический эффект в эксперименте и клинической практике. Замечанием к этой в целом интересной главе является недостаточная иллюстративность ценного экспериментально-клинического материала, в частности не приведены результаты патогистологического исследования ткани поджелудочной железы.

Особую ценность в монографии представляют данные о том, что нормализация нейрогуморального фона, т. е. функции медиаторных систем, приводит не только к восстановлению регуляции дыхания, но и к ликвидации гипоксии и тяжелых сдвигов

компонентов кислотно-основного состава. Целенаправленная терапия экстремальных состояний с помощью препаратов медиаторного и гормонального ряда открывает новые возможности в снижении летальности при повреждениях и тяжелых патологических процессах, обладающих высокой танатогенностью.

В настоящее время большое внимание уделяется проблеме дыхательной недостаточности, возникающей при воздействии различных экстремальных факторов, заболеваниях легких и других органов и систем. Сказанное выше подчеркивает актуальность, необходимость данной монографии, написанной коллективом авторов — патологов и клиницистов.

Опечатки и отдельные неудачные выражения не портят в целом впечатления от работы. Монография нуждается в переиздании, так как, не успев выйти в свет, уже стала библиографической редкостью.

Проф. О. С. Кочнев (Казань)

О. С. Кочнев. Хирургия неотложных заболеваний. Изд-во Казанского ун-та, Казань, 1981. Тираж 36 000 экз. 271 стр.

Как указано в предисловии к изданию, цель книги — помочь врачу в условиях острого дефицита времени быстрее сориентироваться в выборе оптимальных приемов диагностики, метода подготовки к операции и проведения самого оперативного вмешательства.

Книга состоит из 14 глав, которые вбирают в себя все основные вопросы неотложной хирургии.

Глава I посвящена травматическому шоку. Рекомендации автора по диагностике шока и те методы, которые он для этого применяет, отличаются простотой исполнения и могут быть использованы в любом лечебном учреждении (диагностика кровопотери по относительной плотности и т. д.). Правильно указывается на необходимость как можно быстрее оперировать больных с продолжающимся кровотечением, с нарастающим гемопневмотораксом, не дожидаясь стабилизации гемодинамических показателей. Особо подчеркивается решающее значение для судьбы пациентов своевременного восстановления центрального кровообращения и нормоволемии. Этим задачам более отвечает введение коллоидных кровезаменителей и электролитных растворов, чем цельной крови. Кровь следует вводить в ограниченном количестве (не более 40—42% от общего объема переливаемой жидкости).

Во II главе в таком же плане анализируется септический шок, с добавлением специальных методов его лечения.

III глава посвящена синдрому длительного раздавливания. Автор приводит интересную таблицу дифференциальной диагностики синдрома позиционного сдавления и тромбоза глубоких вен.

В IV главе «Принципы диагностической и лечебной программы в неотложной хирургии органов брюшной полости» автор справедливо подчеркивает, что на первом месте по-прежнему должны оставаться чисто клинические методы исследования. Часто замена клинических методов на инструментальные идет не на пользу больному. Важной задачей предоперационного периода является правильная оценка функциональных возможностей организма.

В V главе обсуждаются вопросы острого аппендицита, анализируются различные способы диагностики, в том числе применение цветной термографии с помощью жидких кристаллов, измерения электрокожного сопротивления, электромиография брюшной стенки, лапароскопии. Описывается клиническая картина заболевания у детей, пожилых больных, у беременных. Совершенно правильно автор советует применять при операциях по поводу острого аппендицита у детей, физически развитых мужчин, у лиц с обильной жировой клетчаткой и при осложненном аппендиците эндотрахеальный наркоз.

Несколько широко ставятся показания к тампонаде при остром аппендиците, которая показана, на наш взгляд, только при невозможности остановить кровотечение. Вызывает возражение и утверждение о целесообразности аппендэктомии при неподтвердившемся во время операции диагнозе острого аппендицита, особенно у больных пожилого возраста.

В VI главе рассматриваются вопросы острых заболеваний внепеченочных желчных путей. Из трех этиологических факторов острого холецистита (застой, инфекция, дисхолия) наибольшее значение автор придает фактору застоя. В руководимой им клинике разработана лапароскопическая диагностическо-лечебная программа, которая состоит из следующих элементов: обзорной лапароскопии, экстренной холецистохолангиографии, лечебного промывания желчного пузыря и протоков, лапароскопической канюляции круглой связки печени с последующим введением лекарственных средств. Нельзя не согласиться с автором, что такая терапия может с достаточной надежностью купировать острый приступ, в результате чего удастся избежать операции в остром периоде. В главе кратко и ясно охарактеризованы важнейшие этапы холе-