

силы, А. Д. Сперанский ввел термин «невроз страха». Подобное состояние у больных, перенесших тяжелую травму, в годы после первой мировой войны получило название «травматический невроз». В лаборатории И. П. Павлова А. Д. Сперанским был разработан оригинальный метод замораживания отдельных участков коры головного мозга без повреждения мозговых оболочек. Исследования над подопытными собаками с замороженными участками коры головного мозга не только способствовали изучению генеза эпилепсии, но и позволили подойти к выяснению механизма развития различных патологических процессов, в частности бешенства, столбняка и др.

В 1930 г. вышла из печати монография «Нервная система в патологии», в которой изложены результаты исследований А. Д. Сперанского с участием ряда сотрудников, а через два года опубликована другая монография — «Эпилептический приступ». В 1934 г. издан сборник «Нервная трофика в теории и практике медицины», а в 1935 г. — книга «Элементы построения теории медицины».

На основании огромного экспериментального материала и многочисленных клинических наблюдений А. Д. Сперанским было сформулировано положение, по которому можно было в патологии объединить по сходству то, что раньше разделялось по различию: ведущим звеном патологических процессов является нервный компонент.

С 1937 г. в связи с организацией Всесоюзного института экспериментальной медицины (ВИЭМ) научная деятельность А. Д. Сперанского продолжается в Москве. Его назначают заведующим отделом общей патологии ВИЭМ. К этому времени он организовал большой коллектив научных сотрудников самых различных специальностей. Лаборатории А. Д. Сперанского привлекали и врачей различных специальностей, и видных ученых — представителей теоретической и клинической медицины. Среди видных ученых, имевших рабочий контакт с лабораторией А. Д. Сперанского, был микробиолог проф. В. М. Аристовский, офтальмолог действ. чл. АМН СССР проф. В. В. Чирковский. Совместно с А. Д. Сперанским на известном этапе работал проф. А. В. Вишневский. В лаборатории А. Д. Сперанского в первый период своей деятельности работал сын А. В. Вишневского — А. А. Вишневский. В содружестве с А. Д. Сперанским проводил свои исследования один из крупнейших нейрогистологов Советского Союза проф. Б. И. Лаврентьев.

Алексей Дмитриевич становится признанным главой созданной им школы патологов. В 1937 г. за свои исследования он был награжден премией им. И. П. Павлова.

В годы Великой Отечественной войны А. Д. Сперанский выполнял ответственную работу в Главном санитарном управлении Советской Армии.

Полученные в лабораториях А. Д. Сперанского материалы, опубликованные в сборниках «Современные вопросы общей патологии и медицины» (1950), «Заболевание, лечение и выздоровление» (1952), «Проблема реактивности в патологии» (1954), способствовали углублению анализа процессов, лежащих в основе патогенеза и механизмов выздоровления.

Алексей Дмитриевич был не только выдающимся ученым, но и видным общественным деятелем, педагогом, организатором медицинской науки. Он принимал самое деятельное участие в организации ВИЭМ, АМН.

Все свои силы и свой большой талант он отдавал Родине. За большие заслуги в развитии отечественной медицины и за непрерывный труд в общественной деятельности он был награжден двумя орденами Ленина, двумя орденами Красного Знамени и медалями. Он был академиком (с 1939 г.) и действительным членом АМН СССР (с 1944 г.), лауреатом Ленинской премии. У всех, кто общался с А. Д. Сперанским, сохранилось воспоминание о нем, как о необычайно чутком, отзывчивом человеке.

Учение А. Д. Сперанского, сформулированное как стройная система, является неотъемлемой частью общefизиологического учения о нервизме советской физиологической школы, физиологического учения И. П. Павлова о высшей нервной деятельности.

БИБЛИОГРАФИЯ И РЕЦЕНЗИИ

М. Г. Соловей. Желудок и нарушение обмена (клинико-морфологические исследования). Медицина, 1969

Монография посвящена относительно новому вопросу — роли функции желудка в обменных процессах организма в целом. Дело в том, что желудочный сок, продуцируемый слизистой оболочкой желудка, содержит ряд элементов, имеющих непосредственное отношение к обмену веществ всего организма, — воду, электролиты, белки и остаточный азот. Это обстоятельство позволило в свое время Ашофу (1923) назвать слизистую желудка с ее железистым аппаратом «гастральной системой». В дальнейшем клиницисты выдвинули положение о роли желудка как «мембраны» между тканями, кровью и внешней средой. Эта идея и положена в основу многолетних исследований автора монографии — о функции желудка в выделении ряда элементов обмена при нарушении последнего. Основная функция желудка, которая интересует автора и на которой построена вся его работа, — экскреторная. С этой точки зрения, разумеется,

понятия «секреция» и «экскреция» представляются нам условными, так как обменные элементы, составляющие желудочный сок, желудок черпает из крови и тканей.

Развивая свою идею, автор предварительно высказывает теоретическое положение, что при нарушении в организме обмена веществ изменения его должны выявляться в желудке раньше, чем в крови, так как в последней эти вещества, благодаря существующей буферной системе, представляют собой биологическую константу, могущую противостоять тем факторам, внешним и внутренним, которые могли бы ее нарушить. В отношении же желудка мы такой системы буферов не знаем.

При изучении роли желудка в водном обмене оказалось, что эта роль имеет две стороны. Первая состоит в том, что привратник регулирует поступление воды из желудка в кишечник — сколько бы мы ни пили, постепенный переход жидкости в кишечник предохраняет организм от гипергидратации. Автор задался целью выяснить, каково влияние обильного питья у тех, кто лишился привратника после резекции. Оказалось, что у этих лиц после приема даже 600 мл воды в 1 раз натошак в крови отмечаются явления гидремии, в то время как у лиц с нормальным желудком этой гидремии нет. Этот факт имеет большое практическое значение в хирургии. Больному после резекции привратника следует назначать режим не только в еде, но и в питье. Эти лица не должны работать в горячих цехах или находиться в других условиях, где будут вынуждены много пить, им грозит гипергидратация с развитием водной интоксикации.

Другая сторона вопроса сводится к тому, что при гипергидратации в желудке наблюдается гиперсекреция. Клинически и экспериментально на фистульных собаках автор показал, что диуретические средства оказывают свое влияние на весь организм, наблюдается переход жидкости в ткани и в кровь, а желудок, до наступления диуретического эффекта, выделяет эту жидкость в свою полость, обуславливая гиперсекрецию. Этот факт — внепочечное действие диуретиков — имеет практическое значение, так как отсюда вытекает, что нельзя начинать лечение сердечных больных с отеками с мочегонных без предварительного укрепления миокарда сердечными. В противном случае мы заставляем и без того ослабленный миокард производить работу, равносильную приему неумеренного количества жидкости.

Когда мы говорим о водном обмене, то имеем в виду водно-солевой обмен, и вполне естественно, что, продолжая свою мысль, автор в последующей главе переходит к вопросу о роли желудка в обмене электролитов. Автор показывает, что у беременных, когда их организм тратит много Са на формирование плода, в желудочном соке величины Са значительно снижены, в то время как в крови они остаются на нормальном уровне, опять-таки в силу той же биологической константы, какую мы имеем в крови.

При хронических нефритах содержание Са в желудочном соке значительно возрастает. Клиницисты и патологоанатомы давно знают о наличии «нефрогенного остеопороза» или «рэнального рахита». Этот остеопороз обусловлен тем, что из костей извлекаются основные валентности в процессе борьбы организма с ацидозом при развивающейся азотемии, разумеется, не без участия паратгивидных желез. В этом процессе Са выделяется кишечником и желудком. К и Na в составе желудочного сока находятся в тесной связи с таковыми во всем организме.

Автор приводит ряд микрофотограмм пораженных остеопорозом костей больных, погибших от уремии, у которых при жизни Са в желудке был повышен.

Особое внимание автор посвящает вопросу о выделении желудком белков и остаточного азота при нефритах, при нарушении мочевыделения и при гипертонической болезни. При этих заболеваниях, когда так или иначе имеет место поражение почек, в желудке содержатся белки и остаточный азот в повышенном количестве, в то время как в крови они остаются на нормальном уровне. Автор рассматривает это как вспомогательный акт со стороны организма («желудок мочится»). К этому ранее известному положению автор прибавил один чрезвычайно важный факт. Оказывается, что «помощь» со стороны желудочных желез не бесконечна. Рано или поздно наступает декомпенсация желез, остаточный азот в желудке начинает снижаться, что и предшествует азотемии и уремии. Это положение автор мог вывести лишь потому, что изучаемых им больных он наблюдал в течение 10, 12 и более лет, исследовал у них белок и остаточный азот в крови и в желудке на всех этапах заболевания. Этот факт имеет прогностическое значение.

Автор выделяет специальную главу — патоморфология желудка с нейростологией различных отделов желудка тех же больных, которых он ранее изучал функционально при наблюдении в течение ряда лет, а также экспериментальных животных, которых он наблюдал месяцами.

Оценивая монографию М. Г. Соловей, следует сказать, что мы имеем перед собой работу, содержащую ряд новых мыслей и новых фактов, имеющих теоретическое и практическое значение. Нельзя не согласиться с мнением действ. чл. АМН СССР проф. Б. Е. Вотчала, который в своем предисловии пишет: «монография представляет интерес для широкого круга врачей — патофизиологов, терапевтов, хирургов, урологов».

Монография не свободна от некоторых недочетов. Обращает на себя внимание разбросанность в книге микрофотограмм морфологии желудка в других главах, хотя автор выделяет для этого вопроса отдельную главу. Не все источники, приводимые в тексте, указаны в списке литературы.

Книга написана хорошим, доходчивым языком и в целом представляет значительный интерес как вклад в клиническую медицину.

Чл.-корр. АМН СССР проф. Б. В. Огнев (Москва)