

дающимся в комнате дежурного врача или в аудитории, откуда осуществляется включение телевизионной системы. Передающая камера приводится в движение поворотным механизмом с дистанционным управлением, позволяющим видеть на экране телевизора любого больного.

## ИСТОРИЯ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ МЕДИЦИНЫ

УДК 616—089.23 (092 Владимиров)

ВЛАДИМИР ДМИТРИЕВИЧ ВЛАДИМИРОВ

С. Г. Дукельский

*Кафедра факультетской хирургии (зав. — проф. И. Ф. Харитонов)  
Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института  
им. С. В. Курашова*

В. Д. Владимиров (1838—1903 гг.) родился в семье мелкого чиновника в г. Томске. В 1855 г. он поступил на медицинский факультет Казанского университета, который блестяще закончил в 1860 г. За выдающиеся способности он был оставлен ординатором госпитальной хирургической клиники, а в 1865 г. по представлению проф. Ф. О. Елачича получил командировку на 2 года за границу для подготовки к профессорскому званию. В Берлине он слушал лекции и посещал клиники профессоров Лангенбека, Люшке, занимался в библиотеках.

В 1867 г. В. Д. Владимиров был досрочно отозван в Казань и приступил к преподаванию оперативной хирургии. Одновременно он работал ординатором хирургического отделения земской больницы. Сочетание клинической и научной деятельности, богатая эрудиция привлекали к нему значительное количество слушателей, занятия со студентами продолжались даже в каникулярное время.

В. Д. Владимиров принимал активное участие в деятельности общества врачей г. Казани, в котором занимал различные выборные должности, выступал с докладами по клинической хирургии, редактировал учебник для фельдшеров, написанный его учеником, впоследствии известным профессором Н. И. Студенским. В «Трудах» общества В. Д. Владимиров опубликовал ряд научных статей: «Уранопластика» (1870), где он описал способ закрытия дефекта твердого неба, о лечении холеры (1871), «Об образовании мочевого камня в результате попадания инородного тела в мочевой пузырь» (1871), «Несколько новых остеопластических операций на нижней конечности» (1872). Последняя работа послужила темой его докторской диссертации. В работе предлагались три новых оригинальных вмешательства, разработанные на основе знаменитой операции Н. И. Пирогова. Первое из них принесло ее автору широкую известность.

• Впервые В. Д. Владимиров применил свой оперативный способ 2/III 1871 г. при туберкулезе костей голеностопного сустава. Цель вмешательства состояла в удалении пораженных тканей и сохранении опорной функции конечности. Сущность операции заключалась в том, что были резецированы таранная и пяточная кости, а затем опилены дистальный участок голени и задние поверхности ладьевидной и кубовидной костей. После соединения вновь образованных поверхностей была сформирована «конская стопа». Ортопедический эффект, по мнению автора, был вполне удовлетворительным: конечность была укорочена на 6 см, больной ходил без палки, закладывая под пальцы эластическую подкладку.

Показаниями для своей операции В. Д. Владимиров считал в первую очередь травмы костей стопы, в том числе огнестрельные ранения и различные заболевания (туберкулез, злокачественные новообразования). Остальные операции В. Д. Владимирова представляли собой модификации первой на коленном суставе.

7/V 1872 г. В. Д. Владимиров успешно защитил диссертацию и получил ученое звание доктора медицины.

К сожалению, вскоре В. Д. Владимиров был вынужден покинуть Казань. Он работал в Пензенской земской больнице, где много и успешно оперировал, но условий для научной работы у него не было. Последние годы своей жизни В. Д. Владимиров провел в г. Калуге, в одиночестве, испытывая тяжелые материальные затруднения. В 1903 г. он скончался от гангрены стопы.

Как известно, в 1880 г. Микулич предложил операцию, тождественную способу Владимирова, она вошла под его именем в руководство по хирургии того времени и получила значительное распространение за границей. В защиту истинного положения вещей в 1884 г. на VIII Копенгагенском съезде врачей выступил проф. Н. В. Склифосовский, после чего приоритет отечественного автора был восстановлен.

Более широко операция Владимирова — Микулича в России начала применяться лишь в 1900—1905 гг. Ряд авторов (Р. В. Бутц, М. М. Трофимов, Р. И. Венгловский)

на основании литературных данных и собственного опыта указывали на ее хороший ортопедический эффект, так как в 81,8% были получены благоприятные исходы. Этот способ применяли П. И. Дьяконов, Н. В. Склифосовский, Н. П. Напалков, С. П. Косломнин. Распространению операции мешал укоренившийся среди хирургов неправильный взгляд, что основным показанием для нее является туберкулез костей стопы, который встречается сравнительно редко.

Вклад В. Д. Владимировича в ортопедию охарактеризовал проф. В. И. Разумовский в следующих словах: «Со времен Пироговской операции это наиболее крупное приобретение русской хирургии XIX века».

## ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ

УДК 616. 988

### ГЕМОРАГИЧЕСКАЯ ЛИХОРАДКА С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ ПО МАТЕРИАЛАМ ГОРОДСКОЙ ИНФЕКЦИОННОЙ БОЛЬНИЦЫ

*Р. Ф. Абдурашитов, А. А. Ваганов, Д. Н. Хунафина, В. М. Ахметов*

*Кафедра инфекционных болезней (зав. — доц. Р. Ф. Абдурашитов)  
Башкирского медицинского института и инфекционная клиническая больница  
(главврач — Р. Г. Сагитова)*

В настоящем сообщении приводятся результаты клинических и лабораторных наблюдений над 464 больными геморагической лихорадкой с почечным синдромом (ГЛПС), находившимися на лечении в клинике инфекционных болезней Башкирского медицинского института в 1970 г.

С диагнозом ГЛПС было направлено в стационар 91,6% больных, остальные 8,4% поступили с диагнозами: брюшной тиф (?), острая дизентерия (?), сыпной тиф (?). С января по август было зарегистрировано 11,6% случаев заболевания, с сентября по декабрь — 88,4%.

В первые 4 дня болезни поступило 13% больных, с 5 по 10-й день — 73,4%, на 11-й день и позже — 13,6%. Лиц мужского пола было 401 (86,4%), женского — 63 (13,6%); в том числе детей от 5 до 14 лет — 14. Преобладали лица в возрасте от 15 до 55 лет, старше 50 лет было 26 чел. У 127 чел. заболевание протекало в легкой форме, у 282 — в среднетяжелой и у 55 — в тяжелой. Жителей Уфы было 408 (87,9%), сельской местности — 56 (12,1%). В эпиданамнезе получено указание на место заражения у 374 (80,7%) больных. У остальных место заражения не установлено.

У большинства больных заболевание начиналось остро, и лишь у 9,9% наблюдалась prodroma (недомогание, легкая усталость, головная боль и катаральные явления со стороны дыхательных путей). Явления prodromы чаще всего держались 2—5 дней, вслед за чем разыгрывалась острая картина болезни. При остром начале появлялся сотрясающий озноб, значительно повышалась температура. У 11 больных (2,3%) лихорадочный период длился до 3 дней, у 131 (28,2%) — от 4 до 6 дней, у 180 (38,2%) — до 9 дней и у 142 (31,3%) — более 10 дней. Температурные кривые различались по продолжительности и характеру подъема и снижения температуры. При тяжелом течении отсутствовали утренние ремиссии, снижение происходило чаще критически, реже в течение 24—48 час. У трети больных и после нормализации температуры отмечались повторные незначительные субфебрильные волны продолжительностью от 12 до 96 часов. В большинстве случаев двух- и трехволновая лихорадка была свойственна больным с легким и среднетяжелым течением болезни. В лихорадочный период в картине болезни доминировали следующие симптомы интоксикации: головная боль, общая разбитость, боли во всем теле, нарушение сна. В тяжелых случаях болезни преобладали жалобы на тошноту, рвоту и жажду.

При постановке диагноза наиболее типичными считаются кровоизлияния в склеру одного или обоих глаз и кожу, кровотечения из носа и слизистых. Эти симптомы наблюдались у 102 (21,9%) больных; чаще всего они появлялись на 4—7-й день болезни, иногда и позже. Рассасывание кровоизлияний происходило медленно. Частыми вспомогательными симптомами в лихорадочном и олигурическом периоде болезни при постановке диагноза являлась гиперемия зева (у 318 больных — 68,5%), гиперемия лица и шеи (у 205—44,1%), одутловатость и бледность лица (у 230—49,9%).

Отмечались явления нерезко выраженного бронхита, рентгеноскопически у 12 чел. была выявлена в основном мелкоочаговая или бронхопневмония.

При поражении сердечно-сосудистой системы характерным симптомом являлась глухость тонов сердца, гипотония или кратковременная гипертензия. АД снижалось обычно в конце лихорадочного периода и особенно на фоне падения температуры. Гипертензия была чаще свойственна больным тяжелой формой. В лихорадочном