

Химический состав рациона

	Белок, г		Жиры, г	Углеводы, г	Калорийность	Витамины, мг					Минеральные вещества, мг		
	общее количество	животн.				А	В ₁	В ₂	РР	С	Са	Р	Fe
Завтрак	25,89	15,55	35,24	104,6	863,2	0,325	0,407	0,638	2,42	0,1	213,15	406,15	2,63
Обед	35,83	22,06	29,47	131,75	961,04	0,992	0,726	0,564	9,344	18,21	196,3	703,7	6,52
Полдник	13,41	6,52	7,88	53,94	349,5	0,1	0,3	1,18	1,8	1,0	254,0	338,0	2,0
Ужин	21,13	7,72	22,62	133,33	843,7	0,814	0,48	0,307	4,36	18,85	379,05	588,45	4,95
Итого	96,26	51,85	95,21	423,62	3017,44	2,231	1,9	2,689	17,924	37,16	1032,5	2036,0	16,1

воспитания. Одновременно с этим необходимо изучить вопрос об организации дифференцированного питания учащихся школ-интернатов с учетом возрастных особенностей и энергетических затрат. Полученные нами данные обсуждались при активном участии директоров школ-интернатов, школьных и санитарных врачей на специальном совещании при горисполкоме и на эпидсовете при Республиканской СЭС. Приняты конкретные решения, направленные на улучшение питания учащихся школ-интернатов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Воробьева А. М. *Вопр. пит.* 1958, 6.— 2. Громашевская Л. Л. Там же. 1957, 2.— 3. Коломийцева М. Г., Неймарк И. И. Зоб и его профилактика. Медгиз, М., 1963.— 4. Молчанова О. П. *Нов. мед.* 1951, вып. 22.— 5. Черкес Л. А. *Вопр. пит.* 1958, 1.— 6. Шарпенак А. Э. Там же. 1959, 1.— 7. Шицков М., 1959.— 8. Порываев Н. Ф. Материалы науч. конф. по проблеме эндемического зоба и микроэлементов. Казань, 1964.— 9. Сабитова Г. Ш. Там же.

Поступила 2 апреля 1964 г.

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

УДК 616.21

ОТОЛАРИНГОЛОГИЧЕСКАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ШКОЛЬНИКОВ И МЕРЫ БОРЬБЫ С НЕЮ ПО ДАННЫМ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОСМОТРОВ

Р. А. Абукова

Клиника болезней уха, горла и носа (зав. — проф. Н. Н. Лозанов) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института на базе Республиканской клинической больницы (главврач — К. Л. Свечников)

Хотя успехи, достигнутые советским здравоохранением в области охраны здоровья детей, и велики, все же и по настоящее время в ней остается еще ряд нерешенных проблем. К ним, в частности, должна быть отнесена отоларингологическая заболеваемость детей и меры борьбы с нею. Актуальность этой проблемы в настоящее время определяется не только большей частотой у детей ЛОР-заболеваний (ангины, риниты и синуситы, отиты и слуховые расстройства), но и тяжестью таких связанных с ними заболеваний, как ревматизм и ревматоидные процессы во всем их многообразии (Д. Д. Лебедев, Е. И. Волкова, 1957; Д. Д. Лебедев и А. В. Долгополова, 1961). В тесной связи с воспалительными процессами в области носа и глотки стоит и заболеваемость детей хроническими неспецифическими пневмониями (И. Л. Кручинина, 1964).

Все же этим далеко не исчерпывается практическое значение анализа ЛОР-заболеваний в детском возрасте. Отечественными отоларингологами были подробно изу-

чены значительные нарушения физического и умственного развития у детей с хроническими заболеваниями носа и глотки, сопровождающимися нарушением нормального носового дыхания. Их типичные особенности известны с конца прошлого века и объединены в группу под названием *habitus adenoidicus* (В. Мейер; Н. Н. Княжецкий, 1899; Н. В. Белоголовов, 1908; Н. П. Симановский, 1916; и др.). В последующем симптоматика нарушений носового дыхания была дополнена при многочисленных исследованиях, посвященных выяснению состояния при этом различных систем и функций организма — сердечно-сосудистой и дыхательной (Б. Н. Луков, 1928; Е. Н. Павловский, 1946; И. Л. Кручинина, 1964), центральной и вегетативной нервной системы (Н. Н. Лозанов, 1935); Е. С. Викторова, 1937; В. А. Буков, 1957), желудочной секреции (В. К. Трутнев и В. В. Громов, 1936 и др.), азотного обмена (Н. А. Бобровский, 1932), газообмена крови (И. И. Щербатов, 1937) и т. д.

Особую актуальность профилактические мероприятия по снижению отоларингологической заболеваемости среди детей приобретают в связи с тем, что верхние дыхательные пути у детей занимают второе место после пищеварительного тракта по частоте проникновения в организм аллергенов. Аллергизация чаще возникает после катаров верхних дыхательных путей, гриппа, ангины и ряда других детских инфекционных заболеваний. У детей, страдающих рецидивирующими катарами верхних дыхательных путей, со временем возникают различные аллергические заболевания: ринит, аденонит, рецидивирующий средний отит, хронический тонзиллит, бронхиальная астма и ряд других инфекционно- или токсико-аллергических заболеваний, как ревмокардит, рецидивирующие хронические пневмонии, нередко находящиеся в тесной связи с состоянием верхних дыхательных путей (Б. С. Преображенский, 1962, 1964; Н. А. Бобровский, 1961; И. Л. Кручинина, 1964; Т. Вильсон, 1962 и др.).

При таком положении особое значение приобретают профилактические мероприятия среди школьников и детей дошкольного возраста.

Настоящее сообщение касается результатов профилактической работы, проведенной нами в условиях г. Казани, а также соображений о том, как на основе современных данных отечественного и зарубежного опыта выявить наиболее эффективные меры борьбы с хроническими ЛОР-заболеваниями среди детей школьного возраста.

В настоящее время всеми лечебно-профилактическими объединениями проводится выборочно диспансеризация отоларингологических больных. В последние годы вопросы диспансеризации детского населения освещались в работах В. В. Бойкова (1954), М. И. Вольфовича (1955), И. И. Щербатова (1955), Б. С. Преображенского (1955, 1958, 1961), Л. Г. Горчакова (1962), Г. И. Журба (1957, 1962), Р. Л. Шульман (1964) и ряда других авторов. В работах этих авторов отмечается снижение ЛОР-заболеваний в последние годы, но оно недостаточно. В то же время количество некоторых хронических ЛОР-заболеваний даже увеличивается. Это побудило нас проанализировать показатели ЛОР-заболеваемости детского населения г. Казани и вместе с тем выявить факторы, влияющие на уровень отоларингологической заболеваемости.

Наши профилактические осмотры включали выявление связей ЛОР-заболеваний с другими органами, с влиянием ряда наиболее распространенных экзо- и эндогенных факторов (метеорологические факторы, перенесенные ранее инфекционные заболевания, факторы питания и витаминизация) и состоянием реактивности организма. Как правило, они сочетались с санацией ЛОР-органов у детей.

В течение 1961—1963 гг. осмотрено 2709 учащихся школ-интернатов г. Казани. Полученные данные сопоставлены с материалом профилактических осмотров, проведенных сотрудниками нашей клиники Г. В. Букиной, Н. А. Куприяновой, Г. Л. Файзуллиной в 1951 г., и с уровнем общей ЛОР-заболеваемости по данным обращаемости в 1-ю поликлинику и 6-е детское лечебно-профилактическое объединение г. Казани, а в отношении раннего возраста — материалов Дома ребенка № 1.

При сопоставлении заболеваемости школьников г. Казани в 1951 г. и в 1961 г. установлено следующее:

1. Уровень отоларингологической заболеваемости в 1951 г. составлял 50,7%, в 1961 г. — 38,6%.

2. Среди ЛОР-заболеваний хронические воспалительные заболевания рото- и носоглотки составляли в 1951 г. — 64,37%, а в 1961 г. — 54,74%. Первое место по частоте занимают заболевания хроническими тонзиллитами.

3. В 1961 г. хронические болезни уха составляли 28%, группа болезней носа и придаточных пазух носа — 16,48% и группа болезней гортани — 0,76%.

В наших наблюдениях отмечено некоторое несущественное превалирование ЛОР-заболеваний у девочек.

Большинство ЛОР-заболеваний, выявленных при профилактическом обследовании, составляют или хронические воспалительные процессы (риниты, тонзиллиты, фарингиты, отиты, ларингиты), или их последствия — рубцовые перерождения барабанной перепонки, ее перфорации. Уже из этого вытекают важные для практики выводы:

1. ЛОР-заболевания, наблюдаемые у школьников, чаще начинаются еще в дошкольном возрасте, а некоторые из них (отиты, тонзиллиты, риниты), по-видимому, в первые месяцы или первые годы жизни. Большую роль при этом, как видно из анамнестических данных, играют грипп, корь, скарлатина.

2. Поскольку лечение хронических заболеваний (гнойных отитов, риносинуситов и тонзиллитов) трудно и не всегда завершается полным выздоровлением, профилакти-

тические методы должны занимать основное место в борьбе с ЛОР-патологией, начиная с раннего детского возраста. Примером могут служить успехи в профилактике ЛОР-осложнений при детских инфекциях с момента внедрения в практику антибиотиков и сульфаниламидов.

3. Современное развитие медицины делает реальной задачу снижения ЛОР-заболеваемости в детском возрасте путем профилактического использования средств, повышающих устойчивость организма против бактериальных и вирусных инфекций (скапливание организма, пополнение витаминного баланса, ограждение от алиментарной, медикаментозной сенсibilизации и аутосенсibilизации).

4. В плане лечения острых воспалительных ЛОР-заболеваний ведущей должна быть комплексная терапия антибиотиками, сульфаниламидами, физиотерапевтическими средствами при соответствующем режиме дня, режиме питания и пр. Фактор питания играет роль не только в лечении ЛОР-болезней, но и в профилактике их. Для выявления влияния особенностей питания на ЛОР-заболеваемость детей нами использованы данные ЛОР-заболеваемости, приводимые по Советскому району г. Казани И. В. Победимской (1963). По ее наблюдениям, у школьников число хронических тонзиллитов в 1960/61 уч. году составляло 17%. Наиболее высока заболеваемость хроническими тонзиллитами у учащихся, в рационе которых имелась белково-углеводная перегрузка, проявляющаяся повышенной упитанностью. Это наблюдалось и А. И. Архангельской (1963), проводившей профилактические осмотры школьников в Бауманском районе г. Казани. При сопоставлении уровня заболеваемости хроническими тонзиллитами, установленного И. В. Победимской в данной группе учащихся (17% — 1960/61 уч. г., 9,9% — 1963 г.), с уровнем заболеваемости хроническими тонзиллитами воспитанников школ-интернатов (12,8% — 1961 г., 6,32% — 1963 г.) нами выявлена разница в 4,2—3,58%, которая при статистической обработке оказалась достоверной для суждения о преобладании хронических тонзиллитов у детей с выраженной белково-углеводной перегрузкой рациона ($t=2,35$).

Установленную при прежних наших наблюдениях сравнительно низкую заболеваемость хроническими тонзиллитами (3%) учащихся в Тувинской республике (1954—1957), а также незначительное число гипертрофий лимфоидной ткани у них (1,5%) мы склонны относить в первую очередь за счет местных особенностей питания, исключающих белково-углеводную перегрузку, и вместе с тем и за счет меньшей алергизации, обусловленной малой плотностью населения, удаленностью дорог и т. д., поскольку другие факторы, в частности метеорологические, там мало благоприятны.

Уместно отметить, что в казанских интернатах № 5 и № 8 систематически проводилось снабжение витаминами учащихся в осенне-зимний и весенний сезоны, и здесь обнаружена более низкая заболеваемость тонзиллитами (10,2%) по сравнению с интернатами № 1, 2, 3, 4, где не было витаминизации (14—16%).

Наибольшая заболеваемость ангиной наблюдалась в ноябре—декабре, наименьшая — в июне. Нарушения температурного режима, резкие колебания температуры и относительной влажности в помещениях способствуют большей заболеваемости катарам верхних дыхательных путей. В интернатах № 3 и № 7, где температурный режим нарушается, процент острых ЛОР-заболеваний больше.

При учете причин ЛОР-заболеваемости представлялось интересным сопоставить процент страдающих ЛОР-болезнями среди учащихся, перенесших ранее инфекционные заболевания, и среди не болевших ими. Выявлено, что из 2303 воспитанников с инфекционными заболеваниями в анамнезе 958 (41,5%) имели ЛОР-заболевания, а из 406 человек, не болевших инфекционными болезнями, ЛОР-заболевания наблюдались только у 85 (20,93%). У перенесших инфекционные заболевания (грипп, корь, скарлатина и др.) хронические тонзиллиты составляли 14,1% и у не болевших — 5,4%, хронические гнойные отиты соответственно — 5,6% и 0,93%.

По нашим наблюдениям, хронические гнойные отиты в 20% сочетаются с туберкулезной интоксикацией и туберкулезным бронхоаденитом.

У 22,4% детей (1961) было сочетание двух-трех ЛОР-заболеваний (хронические тонзиллиты и гнойные отиты; хронические отиты и аденоиды и т. д.). Зависимость частоты ЛОР-заболеваний от перенесенных ранее инфекций подчеркивали и другие авторы (Ф. В. Касторский, 1946; В. В. Бойков, 1954; С. Ф. Сибуль, 1959; и др.).

Осмотры ЛОР-органов проводились параллельно с обследованием учащихся педиатром, стоматологом, невропатологом, окулистом. Сопоставление показателей отоларингологической заболеваемости с состоянием других органов и систем указывает на многообразие связей ЛОР-заболеваний с другими процессами. Из общего числа детей, страдающих хроническими тонзиллитами, имеют кариозные зубы 90% детей и около 70% — проявления гипертиреоза. Связь хронических тонзиллитов с гипертиреозом отражена в работах Н. А. Преображенского (1952), М. В. Жаврид (1958), В. И. Нацвлишвили (1961) и др. авторов. По их мнению, хронический тонзиллит влияет на развитие заболеваний щитовидной железы.

По нашим данным, около 40% детей, страдающих хроническими декомпенсированными тонзиллитами, имеют проявления тонзиллогенной интоксикации и ревматизма. Б. С. Преображенский (1964) подчеркивает, что эти связи всегда двусторонни и взаимообусловлены, поскольку сопряженные заболевания в свою очередь влияют на течение хронического тонзиллита, а иногда, может быть, являются первопричиной его.

Динамическое наблюдение за уровнем заболеваемости у наших школьников в течение 1961—1963 гг. показало, что имелась некоторая тенденция к ее снижению. Так, в 1963 г. частота всех ЛОР-заболеваний составила 26,1% (против 38,6% в 1961 г.). Однако распределение отдельных групп ЛОР-заболеваний по удельному весу характеризуется тем же соотношением, что и в 1961 г. Анализ характера заболеваний в 1951 г. и в 1961—1963 гг. показывает, что за этот период наблюдался относительный рост числа хронических катаральных отитов, хронических тонзиллитов, протекающих на «аллергическом фоне». Заболеваемость хроническими катаральными отитами, по данным профилактических осмотров, в 1951 г. — 1,51%; в 1961 г. — 1,9%; в 1963 г. — 2,61%; по данным обращаемости в 6-е детское лечебно-профилактическое объединение, за 1959—1960 гг. число острых катаральных отитов возросло с 9,1% до 13%. Заболеваемость хроническими тонзиллитами, по данным профилактических осмотров, в 1951 г. составляла 10,05%, в 1961 г. — 12,8%. По данным обращаемости в 6-е детское лечебно-профилактическое объединение также отмечен рост хронических тонзиллитов с 6,8% в 1959 г. до 8% в 1960 г. Рост числа острых и катаральных отитов и хронических тонзиллитов наблюдался нами и по данным обращаемости в 1-ю поликлинику (1955—1960 гг.). Повышение показателей некоторых хронических ЛОР-заболеваний за последнее время, по-видимому, связано с тем, что реактивность организма школьников, по данным клинических анализов крови и исследования белкового состава сыворотки крови, имеет некоторую тенденцию к понижению; у ряда больных наблюдались вялые, затяжные формы отитов, тонзиллитов, протекающие на фоне лейкопении и гипогаммаглобулинемии.

Сопоставление морфологической картины крови и показателей электрофореза с клиническим течением ряда ЛОР-заболеваний дало следующее.

1. Изменений гемограммы, характерных для воспалительных изменений ЛОР-органов, не выявлено. При хроническом компенсированном тонзиллите, рините, гайморите, аденоидах отмечались умеренная лейкопения (4000—5000), эозинопения (0—1%), нормальная РОЭ.

2. При декомпенсированных тонзиллитах, острых отитах и обострениях хронического отита, мастоидитах наблюдаются лейкоцитоз (8000—13 000) у 40%, при лимфоцитозе (36—50%) — у 27%, умеренной моноцитопении (1—3%) — у 26%, умеренной эозинофилии (5—10%) — у 15%, повышенной РОЭ (свыше 20 мм/час) — у 50%.

Белковые фракции крови определялись по методике Флина и де Майо (1951) в модификации А. Е. Гурвича (1955), при этом нами установлено:

1. Более чем у половины больных хроническими тонзиллитами, гайморитами, отитами наблюдаются отклонения в белковых фракциях сыворотки крови, особенно резко выраженные при обострившихся хронических гнойных ститах и декомпенсированных тонзиллитах.

2. У большинства больных отмечается относительное снижение уровня альбуминов. Соотношение между альбуминами и глобулинами при хронических компенсированных тонзиллитах равно 1,55; при декомпенсированных тонзиллитах — 1,39; при хронических гнойных гайморитах — 1,55; при хронических рецидивирующих гнойных отитах — 1,35; при гнойных отитах в стадии обострения — 1,2.

3. Относительное нарастание глобулиновой фракции (на фоне общей гипопроотеинемии) характеризуется относительным увеличением α_1 , β и особенно α_2 -глобулиновых фракций. Количество глобулинов относительно низкое при хроническом тонзиллите, гайморите, отите. Уровень γ -глобулинов у ряда больных повышается при обострениях процесса, но в среднем несколько ниже уровня γ -глобулинов в контрольной группе практически здоровых детей.

4. Имеет место нормализация уровня γ и β -глобулинов после проведения санлирующей операции и консервативного лечения; α_1 и особенно α_2 -фракции глобулинов остаются повышенными более длительное время.

5. На фоне клинического выздоровления появляется медленная тенденция к нормализации белковых фракций.

Результаты исследований белковых фракций крови убедили нас в том, что эти исследования в сочетании с другими клиническими тестами являются чувствительным методом, позволяющим судить о реактивных возможностях организма, активности воспалительного очага.

У 30 детей мы проследили эффективность введения γ -глобулина при острых и наиболее тяжелых ЛОР-заболеваниях. Амбулаторным больным с рецидивирующими гнойными отитами одновременно проводилось местное — консервативное лечение, антибиотики не назначались. γ -глобулин назначался 1 раз в месяц (3—4 инъекции на курс). Стационарным больным проводилось хирургическое лечение и лечение антибиотиками. Если процесс не имел тенденции к излечению, вводился γ -глобулин 1 раз каждые 3—5 дней, всего три раза.

Белковые фракции крови исследовались при поступлении, затем на 1—2-й день после введения γ -глобулина, через неделю и через месяц. Введение γ -глобулина почти не влияет на уровень сывороточных белков, что отмечалось и рядом других авторов (Р. Wallenborn, 1960; U. K. Kiviranta, 1964; и др.).

Клиническое излечение и отсутствие рецидива заболеваний мы отметили у 17 детей из 30, улучшение — у 12, отсутствие эффекта — у одного: ему γ -глобулин был введен однократно.

ВЫВОДЫ

1. Уровень отоларингологической заболеваемости школьников г. Казани в настоящее время снизился по сравнению с предыдущим десятилетием (38,6% против 50,7% в 1951 г.).
2. На первом месте среди ЛОР-заболеваний находится группа хронических воспалительных заболеваний носоглотки и ротоглотки (54,8% — 1961 г.). Среди последней группы первое место занимают заболевания хроническими тонзиллитами (12,8% — в 1961 г., в 1951 г. — 10,08%). Второе место занимает группа хронических болезней уха — 28% (1961 г.), причем хронические гнойные отиты преобладают — 4,9% (в 1951 г. у школьников было 2,68%). Третье место по удельному весу занимает болезни носа и придаточных пазух — 16,48% (в 1951 г. — 17,9%).
3. Среди острых ЛОР-заболеваний имеется сезонная цикличность, особенно характерная для ангины, что видно из сопоставления числа заболеваний ангиной и данных температуры воздуха и относительной влажности. По нашим наблюдениям, наибольшая заболеваемость ангиной отмечается в ноябре — декабре, наименьшая — в июле.
4. В группе учащихся, переболевших инфекционными заболеваниями, ЛОР-заболевания встречаются в 2 раза чаще; особенно ярко выступает влияние инфекций (корь, скарлатина, грипп) на частоту хронических отитов и тонзиллитов.
5. В патогенезе заболеваний ЛОР-органов могут иметь значение некоторые другие заболевания. У большинства (70%) детей, больных хроническими тонзиллитами, особенно с гипертрофией миндалин, наблюдаются проявления гипертиреоза. Около 40% детей, страдающих хроническими тонзиллитами, по нашим данным, имеют проявления токсиллогенной интоксикации и ревматизма.
- Хронические гнойные отиты в 20% сочетаются с туберкулезной интоксикацией и туберкулезным бронхоаденитом.
- 22,4% детей (1961 г.) страдают двумя-тремя ЛОР-заболеваниями (хронические тонзиллиты, гнойные отиты, хронические отиты и аденоиды и т. д.).
6. Часто встречаются вялые, затяжные формы отитов, тонзиллитов, протекающие на фоне лейкопении, гипогаммаглобулинемии, что говорит о снижении реактивности организма у этой группы больных.
7. Применение γ -глобулина является мерой, способствующей предупреждению отитов, хронических тонзиллитов и синуситов. При лечении им этих заболеваний, возможно, более частые инъекции его дают больший эффект, особенно когда имеются гипопротеинемия — гипогаммаглобулинемия. Применение γ -глобулина в сочетании с антибиотиками дает выраженный клинический эффект у тех больных, у которых одни антибиотики не эффективны.
8. Резкие колебания температуры и влажности в помещениях способствуют большей заболеваемости катарам верхних дыхательных путей, тонзиллитами, отитами. Эти заболевания нередко ведут к аллергической перестройке организма, что в свою очередь оказывает влияние на течение данных заболеваний, замыкая тем самым круг патогенетических взаимовлияний, изучение и использование которых может способствовать нормализации реактивности организма, что важно для повышения эффективности оздоровительных мероприятий.
9. При профилактике ЛОР-заболеваний должно быть обращено особое внимание на совершенствование питания, водоснабжения и такие факторы, как охрана чистоты воздуха, почвы, водоемов, предупреждение чрезмерных радиоактивных воздействий и других вредных факторов. Актуальным является проведение общих оздоровительных мероприятий и эффективной естественной и искусственной витаминизации школьников.
10. ЛОР-служба наряду с систематическим лечением заболевших должна включать профилактические осмотры школьников и в первую очередь всех воспитанников школ-интернатов не реже 2 раз в год участковыми отоларингологами, которым ЛОР-станции и научные учреждения должны оказывать всемерную помощь, включающую семинары и консультации для врачей и выделение коечного фонда для нуждающихся в стационарном лечении школьников.
11. Диспансерное наблюдение и лечение детей непосредственно в школах представляет собой наиболее экономичную в смысле времени и целесообразную форму лечебно-профилактического обслуживания детей школьного возраста специализированной ЛОР-помощью.
12. Задачи снижения отоларингологической заболеваемости среди детей диктуют необходимость расширения и укомплектования сети детских ЛОР-учреждений квалифицированными отоларингологами. Тесный контакт отоларингологов с педиатрами и другим обслуживающим персоналом детских учреждений является одним из важных факторов, ведущих к снижению как общей, так, в частности, и отоларингологической заболеваемости среди детей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бобровский Н. А. Тр. Московского НИИ уха, горла и носа, М., 1961, выпуск XII. — 2. Бойков В. В. Организация ЛОР-помощи детям в г. Воронеже. Автореф. канд. дисс. Воронеж, 1954. — 3. Б у к о в В. А. Роль рефлексов с верхних дыхатель-

ных путей в нормальных и патологических условиях. Докт. дисс. Л., 1957. — 4. Викторова Е. С. Тр. Татарского НИИ теор., экспер. и клин. медицины, Казань, 1937, вып. 4. — 5. Вольфович М. И. Вест. оториноларингол. 1955, 1, 3. — 6. Горчаков Л. Г. Сб. «Вопр. дет. отоларингол». Саратов, 1962. — 7. Жаврид М. В. Функциональное состояние щитовидной железы при хроническом тонзиллите. Автореф. канд. дисс. Минск, 1958. — 8. Лебедев Д. Д., Волкова Е. И. Хронический тонзиллит и заболевания сердца у детей. М., Медгиз, 1957. — 9. Лебедев Д. Д., Долгополова А. В. Хронический тонзиллит у детей. Медгиз, М., 1961. — 10. Лозанов Н. Н. Журн. ушн., нос., горл. бол. 1935, 12. — 11. Луков Б. Н. Вест. риноларингоотитрии. 1928, 2. — 12. Павловский Е. Н. В кн. «Вопросы лечения ранений и заболеваний уха, горла и носа». Казань, 1946. — 13. Преображенский Б. С. Программные доклады I Всероссийского съезда ЛОР. М., 1962; В кн. «Материалы расширенного пленума Российского общества ЛОР». М., Медгиз, 1964; Вест. оториноларингол. 1955, 1; 1961, 31. — 14. Преображенский Н. А. Там же, 1951, 1. — 15. Симановский Н. П. Вест. ушных, горловых, носовых бол. 1916, 3—4; 5—6; 7—8. — 16. Трутнев В. К. и Громов В. В. Журн. ушных, горловых, носовых болезней, 1936, 1. — 17. Шульман Р. Л. Тез. пленума правления Всесоюзн. науч. общ. ЛОР, М., 1964. — 18. Щербатов И. И. Сб. тр. IV Всесоюзного съезда отоларингологов. ОГИЗ, 1937; Вест. оториноларингол. 1955, 1. — 19. Flynn F. V. de Mayo P. Lancet, 1951, v. 2. — 20. Kiviranta U. K. Acta oto-laryng. vol. 57, 1964, fasc. 1—2. — 21. Meyer W., Arch. f. Ohrenh., 1874, 2. — 22. Wallenborn P. A. The Laryngoscope. 1960, 01. — 23. Willson T. Diseases of the Ear, Nose and Throat in Children Medical books. London, 1962.

ИСТОРИЯ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ МЕДИЦИНЫ

УДК 61(091)

ВИКТОР ВАСИЛЬЕВИЧ ПАШУТИН

(1845—1901)

(120 лет со дня рождения)

И. М. Рахматуллин и Т. Б. Толпегина

Кафедра патологической физиологии (зав.—проф. М. А. Ерзин) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института



С именем В. В. Пашутина связан новый этап развития общей патологии в России. Именно ему мы обязаны тем, что он, сумев придать общей патологии экспериментально-физиологическое направление, тем самым превратил ее в экспериментальную науку — патологическую физиологию. Следует отметить, что это преобразование общей патологии впервые осуществилось на медицинском факультете Казанского университета.

В. В. Пашутин родился 16 (29) января 1845 г. в Новочеркасске, учился в духовном училище, и затем 2 года — в Воронежской духовной семинарии. Но его влекли естественные науки, а не религиозные учения, и, преодолев многие препятствия, он в 1862 г. поступает в Петербургскую медико-хирургическую академию. В его студенческие годы там преподавали такие выдающиеся деятели науки, как химик Н. Н. Зинин, физиолог И. М. Сеченов, терапевт С. П. Боткин. В то время И. М. Сеченов наряду с Чернышевским и Писаревым был властителем дум прогрессивной молодежи. Со второго курса академии В. В. Пашутин становится учеником И. М. Сеченова и выполняет в его лаборатории свою первую научную работу. Вскоре была

опубликована совместная научная работа (на русском языке в Петербурге и на немецком — в Берлине) И. М. Сеченова и В. В. Пашутина. С третьего курса В. В. Пашутин — ассистент И. М. Сеченова. В январе 1868 г. В. В. Пашутин окончил академию с серебряной медалью и был оставлен на 3 года при академии. В связи