

фективностью обладает пиперазин (84,6%), далее кислород (82,4%), гептилрезорцин (82,1%), хеноподиевое масло — в 64,6%, сантонин — в 63%, санкофен — при однодневном курсе лечения — в 62,1%.

К. М. Кац и доктор медицинских наук А. И. Кротов остановились на теории кислородотерапии аскаридоза. Аскариды гибнут в атмосфере кислорода в 10 раз быстрее, чем в атмосфере воздуха (Н. П. Кравец, 1957). Смерть аскарид при воздействии кислорода наступает от развития паралича двигательных отделов нервной системы и последующего мышечного окоченения. Механизм воздействия кислорода сводится к тому, что при избытке кислорода в организме нематоды не нейтрализуют образующийся в процессе усиленного аэробного дыхания избыток перекиси водорода, в связи с недостатком соответствующих ферментов — пероксидазы и каталазы (Н. В. Болдырева, 1956, А. И. Кротов, 1957). Лезер (1944), а затем Кротов (1957) показали, что в атмосфере кислорода у аскарид полностью угнетается активность каталазы.

Кандидат медицинских наук М. С. Муджари сообщил о том, что полученный им уксуснокислый экстракт из коры гранатового дерева оказался при цестодозах более эффективным и менее токсичным, чем эфирный экстракт мужского папоротника и водный экстракт коры гранатового дерева. Этот препарат не имеет противопоказаний и применяется при тениаринхозе в дозах от 6,5 до 10,0 г с положительным результатом в 65% всех случаев. При повышении дозы до 12,0 эффективность достигает 87,5%. При лечении гименолепидоза у детей (48 чел.) в возрасте от 3 до 10 лет препарат этот был эффективен при двукратной даче у большинства, и только в 33,3% потребовалась трехкратная дача.

Весьма интересным было сообщение кандидата медицинских наук Н. П. Кравец, предложившего лечение трихоцефалеза осарсом в целлоидно-желатиновых капсулах. Слабая эффективность терапии обычными методами объясняется тем, что гельминты локализуются преимущественно в толстом кишечнике, и препараты, применяемые *per os* и *per rectum*, не достигают паразита.

С целью непосредственного воздействия в толстом кишечнике предложено заключать осарсол в желатиновые капсулы, покрытые целлоидином. Растворение желатиновых капсул, покрытых целлоидиновой пленкой, происходит только в толстом кишечнике под влиянием кишечной микрофлоры. Концентрация препарата в толстом кишечнике увеличивается в несколько раз по сравнению с тем, что имеет место при обычной даче препарата. Осарсол размещивается сернокислым барием 1:1, помещается в желатиновые капсулы № 3 (в детской практике — № 1 или № 2), которые затем погружают на 1—2 секунды в раствор целлоидина (уд. вес — 0,75—0,8). После просушивания капсул при комнатной температуре в течение 2—3 минут они пригодны для употребления. Доза осарсола — обычная или в 1,5 раза выше общепринятой. Курс лечения — 6 дней. Осарсол назначается утром за 1—2 часа до приема пищи в дозе 1,5 г в день (0,25 в каждой капсуле), он дается в первый, второй, четвертый и пятый день. На 3 и 6 день утром дается солевое слабительное. Капсулы заглатывать в течение 1—2 минут. Полное излечение при этом методе автор наблюдал в 62% всех случаев. При данном методе лечения не требуется специальной подготовки больного. Пищевой режим — обычный.

Конференция подвела итоги громадных успехов, достигнутых советской гельминтологией, и поставила задачу резкого снижения таких распространенных инвазий, как аскаридоз, эхинококкоз и др.

Р. И. ХАМИДУЛЛИН

Поступила 8 января 1958 г.

ПЛЕНАРНОЕ ЗАСЕДАНИЕ ХАРЬКОВСКОГО МЕДИЦИНСКОГО ОБЩЕСТВА И КОНФЕРЕНЦИЯ ПО ПРОБЛЕМЕ БОЛИ, ПОСВЯЩЕННЫЕ 75-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ ПРОФЕССОРА А. И. ГЕЙМАНОВИЧА

28 сентября 1957 г. состоялось пленарное заседание Харьковского медицинского общества и 29 сентября — научная конференция по проблеме боли, посвященные 75-летию со дня рождения проф. А. И. Геймановича. В работе пленума и конференции приняли участие научные сотрудники и практические врачи гор. Харькова и области, а также гости из Москвы, Ленинграда, Киева, Сталино, Ворошиловграда, Симферополя и других городов.

Проф. Я. М. Павлонский в докладе «Жизнь и творческий путь Александра Иосифовича Геймановича» кратко охарактеризовал многостороннюю врачебную и научно-общественную деятельность юбиляра.

Член-корр. АН УССР проф. Д. Е. Альперн в сообщении «Проблема компенсации и декомпенсации в деятельности нервной системы» осветил механизмы процессов компенсации и декомпенсации, которые играют большую роль в осуществлении защитно-физиологических функций организма при заболеваниях нервной системы. Среди механизмов, с помощью которых нервная система восстанавливает нарушение функции, весьма существенное значение необходимо придавать химическим процессам. Нервная система в процессе возбуждения или торможения выделяет особые химические вещества, которые играют определенную роль в ее компенсаторных реакциях.

Этими химическими веществами являются медиаторы — ацетилхолин и адреналин. С помощью этих химических факторов осуществляется процесс передачи нервного возбуждения. Химическая медиация является фактором, обязательным и необходимым для осуществления любого нервного процесса, и поэтому совершенно понятно стремление разгадать, каково участие этих химических факторов в реализации нервных реакций. Исследования автора показали, что все процессы противорегуляции и процессы взаимодействия ацетилхолина и адреналина являются во всех случаях осуществлением синаптических функций.

Проф. Г. Д. Лещенко привел данные свои и своих сотрудников о нейросоматическом единстве в патологии. Исследования проводились на больных пояснично-крестцовым радикулитом. Изучалась функция ретикуло-эндотелиальной системы по следующим показателям: 1) кожная проба с трипановой синью, 2) проба на гидрофильность и 3) клеточное содержимое экссудата кантаридинового пузыря.

Установлено, что организм реагирует на местный патологический процесс в корешках пояснично-крестцовой области как целостная структура, полисистемно, с направленностью реакций по отдельным системам. Изменения в реагирующих системах в основном имеют нейродинамический характер и раскрываются в свете корково-подкорковых взаимоотношений.

Проф. Г. Д. Лещенко в докладе «Состояние кожного анализатора при болях» сообщил об исследованиях болевой чувствительности волосковой методикой Фрея у больных с односторонним пояснично-крестцовым радикулитом и ствольным ишиасом. Выявлен ряд особенностей в состоянии болевого анализатора.

Снижение чувствительности обнаружено не только в зоне болей, но и на туловище и конечностях. Отмечаются повышение порога возбудимости клеток болевого анализатора, извращение чувствительности. Полученные данные позволяют думать о развитии в зоне коркового конца анализатора не возбуждения, как принято считать, а торможения в различных фазовых стадиях. Тотальный характер расстройства чувствительности указывает на изменения в сетевидной субстанции ствола мозга.

Доклад Д. А. Каплан был посвящен вопросу о парестезиях и интерорецепции. Автор обследовал 31 больного с различными заболеваниями, у которых наблюдались разнообразные парестезии.

Состояние интерорецепции изучалось методом введения в вену раствора сернокислой магнезии. Магнезиальная проба, предложенная автором, выгодно отличается от других известных методик тем, что раздражитель действует непосредственно на интерорецепции без участия кожи. Проведенные исследования дали автору возможность прийти к выводу, что почти постоянное совпадение территории расстройства интерорецепции с территорией выпадения поверхностных видов чувствительности дает возможность использовать магнезиальную пробу для подтверждения расстройства чувствительности.

Проф. В. В. Шостакович коснулся проблемы боли в психиатрической клинике. По его данным, основанным на изучении более 1000 больных с различными галлюцинациями, не было ни одного пациента, у которого они сопровождались бы болями. Этот факт автор объясняет тем, что боль всегда имеет значимость сигнала какой-то реальной опасности. Поэтому болевые ощущения у душевнобольных остаются выражением действительной реальности.

И. З. Вельвовский, Д. С. Губергриц, Н. Д. Лукьянова и М. М. Нетреба сообщили о значении исследования бисульфитсвязывающих соединений (БСВ) в моче для диагностики боли. Авторы изучали содержание бисульфитсвязывающих веществ в моче у рожениц, прошедших психопрофилактику болей, у больных с невралгией V нерва и у больных с заболеваниями периферической нервной системы. Об эффекте обезболивания судили по повышению или снижению содержания «БСВ». На основании своих данных, авторы пришли к заключению, что исследование «БСВ» в моче физиологических рожениц с обезболиванием и без обезболивания, у больных с невралгией V нерва и у большинства больных с заболеванием крестцового отдела периферической нервной системы показало себя как чувствительный функциональный метод, дающий закономерное снижение «БСВ» при уменьшении болей и повышение при их нарастании.

Л. Б. Литвак в докладе «Висцеральные боли, их механизмы и клинические варианты» приводит новые данные о механизме висцеральных болей, значении порога возбудимости висцеральных рецепторов в возникновении боли, о роли различных центральных механизмов.

На основании своих наблюдений автор приводит 3 основные группы висцеральных болей:

- 1) собственно висцеральные боли;
- 2) отраженные висцеральные боли;
- 3) псевдоорганные висцеральные боли.

Различная клиническая характеристика вариантов этих болей определяет возможности патогенетической терапии у отдельных больных.

И. И. Меркулов в своем докладе указал, что орбито-окулярные боли могут наблюдаться, прежде всего, при некоторых патологических процессах в глазу, а также при различных аномалиях рефракции и нарушениях в деятельности мышечного аппарата глаза. Кроме того, орбито-окулярные боли могут быть следствием поражения цилиарных нервов и цилиарного узла. Наконец, орбито-окулярные боли наблюдаются еще как проявление реперкуссивной вегеталгии.

И. Ф. Тютюнник изучил болевые симптомы у 560 больных при закрытых переломах костей предплечья в дистальном отделе.

Болевые симптомы сочетаются с нарушением висцерально-эффекторной иннервации. Обратное развитие симптомов зависит от стойкости и выраженности ирритативного очага.

Лечение должно быть направлено на возможно раннее устранение очага ирритации путем местной новокаиновой блокады.

О. Речицкий остановился на особенностях вегетативного болевого синдрома при различных вариантах спондилеза.

П. А. Бугаенко для изучения физиологического и патофизиологического характера боли использовал сосудистую реакцию, регистрируемую плетизмографом. Применение этой методики не только дало возможность объективно учитывать течение основных нервных процессов, но и показало, что формирование ощущения боли связано с появлением очага возбуждения, а исчезновение боли — с развитием процесса торможения.

Ф. Ф. Харченко осветил вопрос о диссоциации скелетномышечной и кожноболевой чувствительности. В клинике у некоторых больных наблюдалась резко выраженная болезненность мышц и суставов с одновременным понижением болевой чувствительности кожи.

Вегетативные пробы указали на вегетативную патологию, динамически меняющуюся, в зависимости от снижающегося или усиливающегося контраста болевой чувствительности кожи и мышц.

Морфологическим выражением внутреннего взаимодействия нейронов является желатинозная субстанция спинного мозга с находящимися в ней сильно ветвящимися клетками Гольджи. Непрерывный поток скелетномышечных импульсов вызывает в желатинозной субстанции торможение кожноболевой и температурной чувствительности.

Н. Б. Чибукмахер, К. И. Пеньковой и А. М. Цынкин привели данные об операциях на теменной и затылочных долях мозга в условиях экспериментальной гипотермии. Авторы, располагая 41 наблюдением экспериментальной гипотермии, из которых в 17 были проведены операции на теменной и затылочных долях мозга, убедились в положительной стороне метода гипотермии.

Проф. Я. М. ПАВЛОНСКИЙ и врач К. И. ПЕНЬКОВОЙ

Поступила 14 декабря 1957 г.

**МЕЖОБЛАСТНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ МЕДИЦИНСКИХ
РАБОТНИКОВ ОБЛАСТЕЙ ПОВОЛЖЬЯ
И XIII ВЫЕЗДНАЯ НАУЧНАЯ СЕССИЯ
ГОСУДАРСТВЕННОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ИНСТИТУТА
им. П. А. ГЕРЦЕНА**

С 21 по 24 октября 1957 г. в гор. Казани состоялась межобластная конференция медицинских работников областей Поволжья и XIII выездная научная сессия Государственного онкологического института им. П. А. Герцена.

На конференции были обсуждены вопросы организации онкологической помощи в областях Поволжья, некоторые проблемы теоретической онкологии, вопросы диагностики и лечения рака легкого, желудка, женских половых органов. Специальное заседание было посвящено лучевому лечению рака губы, пищевода, легких и шейки матки.