

К нижней полой вене наибольшее количество ветвей отходило на уровне первого поясничного позвонка.

К общим подвздошным сосудам (артериям и венам) наибольшее количество ветвей отходило на уровне четвертого и пятого позвонков, причем на уровне каждого позвонка почти в одинаковом количестве.

Так как операция симпатэктомии производится чаще всего при заболеваниях артериальных сосудов, то для практической хирургии особое значение имеют нервные ветви от симпатического ствола, идущие в аорту и в общие подвздошные артерии, откуда они в определенном количестве проходят по сосудистой стенке дальше на периферические сосуды нижних конечностей.

Наибольшее количество ветвей к аорте, как было указано выше, отходит на уровне третьего поясничного позвонка и прилегающих к нему половинок второго и четвертого поясничных позвонков. На этом уровне располагаются чаще всего второй и третий узлы симпатического ствола. Следовательно, для наибольшего разобщения нервных ветвей к аорте следует удалить отрезок симпатического ствола на протяжении от середины второго до середины четвертого поясничных позвонков, где проходит больше 60% всех нервных ветвей, вступающих в аорту.

И. П. Панкрац (Краснотурьинск, Свердловской обл.). К диагностике некоторых переломов лицевого черепа при позднем обращении и применение при них перкуссии по скуловой кости.

Больные с ушибами лица не всегда обращаются в первые дни заболевания. Иногда тупые ушибы сочетаются с переломами костей лица.

При позднем обращении по поводу ушиба лица можно употреблять сравнительную перкуссию по скуловой кости. При непосредственной перкуссии одним пальцем по скуловой кости мы получаем, при некоторых переломах лицевого черепа, измененный перкуторный звук — «дребезжащий звук треснутого горшка». В норме звук звонкий с тимпаническим оттенком.

Применение перкуссии для диагностической цели при переломах лицевого черепа при позднем обращении возможно только у взрослых, у которых гайморова полость и лобная пазуха достаточно воздушны и где процесс окостенения по костным швам окончен.

Не следует перкутировать при свежих переломах, так как возможно смещение обломков костей, да и сама перкуссия очень болезненна. Дают измененный перкуторный звук переломы в области челюстного и лобного отростков скуловой кости (или в области обоих отростков).

Если в анамнезе имеется ушиб лица и при перкуссии по скуловой кости на большой стороне получается дребезжащий звук треснутого горшка, можно подозревать перелом кости лицевого черепа. С помощью перкуссии мы не можем определить локализацию перелома, но этот симптом пригодится особенно в амбулаторной практике при большом количестве больных. Этот симптом поможет нам отобрать больных, которые действительно нуждаются в рентгенографии. Если симптом — дребезжащий звук треснутого горшка — будет положительным, но рентгенографическое заключение будет отрицательным, необходимо сделать повторно рентгенографию и выяснить причины расхождения.

ДИСКУССИЯ

МЕДИЦИНСКАЯ ГЕОГРАФИЯ, ЕЕ ПОЛОЖЕНИЕ В НАУЧНЫХ ОБЩЕСТВАХ; ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЕЕ СОДЕРЖАНИЯ, МЕТОДОВ И ЗАДАЧ

Проф. Н. П. Соколов

(Андижан)

В условиях современного развития народного хозяйства нашей страны, освоения целинных районов, роста науки и здравоохранения по-новому встает вопрос и о медицинской географии.

В опубликованной в Информационном бюллетене № 1 комиссии медицинской географии и Географического общества СССР (ноябрь 1959 г.) статье Е. И. Игнатьева затрагивается важный для развития медицинской географии в нашей стране вопрос — какие организационные формы должна принять дальнейшая работа в этой области.

На этот счет имеются две точки зрения. Одну из них — создание комиссии медицинской географии при Географическом обществе и его отделениях на местах — защищает Е. И. Игнатьев.

Другие приходят к выводу, что правильнее организовать комиссию медицинской географии при одном из медицинских обществ.

В пользу создания комиссии медицинской географии в Географическом обществе Е. И. Игнатьев приводит следующие основания: необходимость разработки теоретических основ советской медицинской географии в тесном контакте с представителями географических наук, большая работа Русского географического общества по развитию медицинской географии в России в прошлом, наличие постоянной комиссии медицинской географии Международного географического общества и работа секций медицинской географии на 17 и 18 Международных географических конгрессах (стр. 11).

Вряд ли можно всерьез принять только что приведенные аргументы Е. И. Игнатьева в пользу организации комиссии медицинской географии при Географическом обществе и его отделениях на местах, даже если иметь в виду в прошлом успешную работу отдельных врачей в Географическом обществе и осуществление ими медико-географических исследований. На первых этапах она принесла несомненную пользу, но при современном уровне развития советской медицины наступил период самостоятельного существования медицинских обществ, и такая форма явно устарела.

Поэтому явно устаревшим является предложение Е. И. Игнатьева, по существу ведущее к повторению пройденного этапа развития медицинской географии как самостоятельной научной дисциплины.

Для дальнейшего развития медицинской географии и оказания действенной помощи местным органам здравоохранения необходима организация самостоятельного медико-географического общества в составе научных медицинских обществ.

Только в системе такой широкой организации, какой является сеть научно-медицинских обществ в нашей стране, все работающие в области медико-географических проблем смогут обеспечить выполнение своих научных и практических задач, в соответствии с достижениями современной медицины и задачами органов здравоохранения.

Основными чертами дальнейшего развития медицинской географии в нашей стране должны явиться ее практическая направленность, тесная связь с деятельностью органов здравоохранения, научно-исследовательскими институтами АН СССР, комплексность в осуществлении исследования, что может обеспечить только организация самостоятельного научного медико-географического общества.

В статье А. А. Шошина, Е. И. Игнатьева, А. П. Марковина, В. П. Бякова дается следующее определение содержания, методов и задач медицинской географии в нашей стране.

Медицинская география — «отрасль географии и медицины, изучающая природные и социально-экономические условия с целью познания законов влияния объективно существующих комплексов этих условий и их отдельных компонентов на состояние здоровья населения, возникновение и распространение болезней человека на земном шаре».

С таким определением медицинской географии согласиться нельзя, так как в нем непомерно расширено понятие о предмете медицинской географии. Если согласиться с ним, то как же в таком случае провести границу между медицинской географией и, например, гигиеной?

Авторов такого определения задач медицинской географии следует спросить: не слишком ли много задач для одной науки? Где в таком случае специфика медицинской географии и каков предмет ее исследования? До тех пор, пока предмету исследования не дано четкого и ясного определения, научные исследования будут отличаться отсутствием целенаправленности.

Что является методологической основой для медицинской географии? Ведь известно, что каждая специальная наука изучает определенные объективно существующие формы движения материи.

Согласно классификации наук, разработанной Ф. Энгельсом, каждая из конкретных наук «анализирует отдельную форму движения или связанных между собой и переходящих друг в друга форм движения».

Следуя системе классификации наук, разработанной Энгельсом¹, следует признать, что медицинская география ставит своей задачей изучение объективных закономерностей географического распределения болезней человека на земном шаре и обоснование профилактики и лечения болезней человека с использованием всех особенностей определенных географических зон.

Акад. Е. Н. Павловский² дает определение медицинской географии как науки, изучающей «распространение и причины распространения болезней на Земле, приме-

¹ Ф. Энгельс. Диалектика природы, 1955, стр. 198.

² Е. Н. Павловский. О принципах изучения географии природно-очаговых и паразитарных болезней. Материалы ко второму съезду Географического общества СССР, 1954, отд. отт., стр. 89.

нительно к материкам, территориям государств или каким-либо другим частям земной поверхности».

Особенностью медицинской географии является изучение всех географических факторов, имеющих значение для возникновения болезней человека и их профилактики. В противном случае термин «географический» терял бы всякий смысл.

Однако географические факторы нельзя рассматривать оторванно от социальных, и каждая наука имеет свой аспект их изучения. Когда медицинская география исследует, например, закономерности изменения йодного баланса эндемического по зубу района, то увеличение его или, наоборот, уменьшение будет зависеть от влияния на ландшафт степени развития хозяйства и, следовательно, влияния хозяйства на самый йодный баланс. Такой аспект влияния социальных условий должен обязательно иметь любой раздел медицинской географии.

При изучении закономерностей влияния природных ландшафтов на образование и профилактику природноочаговых болезней человека обязательен учет социальных факторов, а именно — в какой стадии развития находится ландшафт, что определяет развитие производительных сил и производственных отношений.

С развитием производительных сил нашей страны значительно расширяется сфера воздействия человека на природу. Именно в таком аспекте возможно изучение социальных условий в медицинской географии. Другой аспект их изучения имеют теория организации здравоохранения, гигиена и другие науки. Взаимосвязи, переходы каждой из наук данного ряда к следующей соответствуют, как указывал В. И. Ленин, переходу «в иную плоскость природных явлений» (В. И. Ленин. Философские тетради, 1933, стр. 195).

Только марксистско-ленинский метод исследования позволяет правильно понять значение природных и социальных факторов в их влиянии на здоровье человека.

Современное развитие медицинской географии характеризуется все большей специализацией и возникновением на стыках различных ее областей новых направлений, обусловленных самим развитием науки и требованиями практики.

Медицинская климатология и метеорология как отдельные области медицинской географии получили в данное время самостоятельное значение.

Успешно развивается новый раздел метеорологии — биосиноптика, представляющая собой комплекс методов географического изображения и анализа биологических процессов, протекающих на определенных территориях, методы их прогноза в медицинском аспекте. Круг изучения проблемы «климат и организм» очень обширен. Это изучение процессов акклиматизации на разных этапах, влияние высоких и низких температур на различные физиологические функции, биохимические процессы, выявление особенностей возникновения, развития и распространения болезней и т. д.

Получили развитие такие разделы медицинской науки, как курортология, бальнеология, опирающиеся на данные медицинской географии. Наряду с этим, в данный момент осознается, например, насущная необходимость в вычленении и оформлении собственного раздела медицинской географии — медицинской радиационной географии, задачей которой должно являться выяснение закономерностей влияния радиационного фона на происхождение и распространение некоторых болезней человека (например, лейкозов). Этому разделу науки вместе с гигиеной предстоит разработать прогнозную оценку территории для выработки профилактических мероприятий. Радиоактивность, являясь неотъемлемым свойством географической оболочки земного шара, имеет одновременно различное количественное выражение в различных географических зонах Земли.

Получает более широкое развитие и другой раздел медицинской географии — изучение биогеохимических провинций и связанных с ними эндемических болезней человека. Теория природной очаговости болезней в свое время послужила стимулом для разработки многих проблем медицинской географии, успешно развивающейся в нашей стране и являющейся примером практического приложения достижений медицинской географии.

Авторы информационного бюллетеня № 1, в соответствии со своим определением медицинской географии, подразделяют ее на общую (теоретическую) часть и частные разделы. В общей части, по представлению авторов, разрабатываются предмет и задачи медицинской географии, история ее развития в Советском Союзе и за рубежом, а также изучаются в медико-географическом отношении отдельные элементы природных и социально-экономических факторов. Частными разделами медицинской географии являются «медицинское ландшафтоведение (медико-географическое изучение природных комплексов), медицинское страноведение, низогеография, медицинская картография» (стр. 31, 32).

Такое деление не выдерживает критики, поскольку задачей общей и частной медицинской географии, прежде всего, является выяснение общих и частных закономерностей происхождения и распространения болезней человека на Земле.

Различие между общими и частными законами не исключает их единства, поскольку общее и единичное неразрывно связаны в любом явлении. Этим и обуславливается диалектическое единство общих и частных законов в любой отрасли науки.

Повсеместное распространение убиквитарных болезней (по терминологии Ш. Д. Мошковского) имеет иные закономерности, чем распространение болезней эндемических и т. д.

Включение, например, медицинской картографии в частный раздел неверно, поскольку картография является разделом общей медицинской географии и, в свою очередь, подразделяется на математическую картографию с картометрией, картоведение с историей картографии, составление карт и т. д.

Предметом картирования в медико-географическом аспекте может являться не только одна или несколько стран, но и весь земной шар.

Следовательно, медицинская география как наука исследует определенные формы движения материи, но под углом зрения применения их к патологии, терапии и профилактике болезней человека, и с этой стороны медицинская география является медицинской наукой и не может быть одновременно «отраслью географии и медицины», как об этом пишут некоторые авторы. Она может находиться на стыке этих наук, но это не исключает принадлежности ее именно к разделу медицинских наук, так как предметом изучения являются болезни человека и борьба с ними.

Аналогичное положение занимают биофизика и биохимия, выделившиеся под влиянием успеха физики и химии, ставшие важными звеньями между физикой и биологией, между химией и биологией; однако они входят не в физические или химические науки, а в биологические. Часто биофизику и биохимию относят к физиологии, а не к биологии, но это не меняет существа дела.

*
* *

ПО ПОВОДУ СТАТЬИ Л. А. КОЗЛОВА «РУЧНОЕ ИЛИ ИНСТРУМЕНТАЛЬНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ПОЛОСТИ МАТКИ В РАННЕМ ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ»

Проф. К. Н. Жмакин

(Москва)

В № 5 «Казанского медицинского журнала» за 1960 г. помещена статья Л. А. Козлова, который утверждает, что операция ручного обследования матки в раннем послеродовом периоде не имеет преимуществ перед инструментальным ее обследованием.

Автор обосновывает вывод на изучении ближайших результатов 912 подобных операций в акушерской клинике им. проф. В. С. Груздева.

Однако ознакомление со статьей позволяет выявить ряд ошибочных положений автора. Так, прежде всего, он приводит сводные литературные данные о двух указанных выше акушерских операциях и отмечает, что осложненный послеродовой период наблюдался в одинаковом (23,5 и 23,7%) проценте случаев, а смертность после ручного обследования матки — 0,3%, тогда как после инструментального обследования — 0%.

Между тем при решении вопроса о преимуществах той или иной операции нельзя оперировать сводными литературными данными, так как они относятся к различным периодам времени — до и после применения антибиотиков и ко многим учреждениям с весьма различным числом наблюдений.

Далее Л. А. Козлов отмечает высокую смертность (0,3%) после ручного обследования матки и отсутствие смертности после инструментального обследования матки.

Здесь следовало бы указать, наблюдались ли эти смертельные исходы до применения антибиотиков или в последние годы. Между тем, по материалам В. И. Тайгро (512 случаев) и Н. М. Матрусовой (530 случаев), собранным за последние годы, ни одна из этих операций не дала смертельных исходов.

Переходя к вопросу о травматичности двух акушерских операций — ручного и инструментального обследования матки, автор указывает, что обнаружение мышечных волокон в соскобе из послеродовой матки не подтверждает травматичности операции, и проводит аналогию с обычной операцией выскабливания матки при абортax. Подобное сравнение совершенно не обосновано и не доказательно, так как при ранней беременности нет ни столь обширной плацентарной площади, ни столь значительного разрыхления матки, как в раннем послеродовом периоде. Кроме того, Л. А. Козлов подчеркивает, что при исследовании ткани, удаленной путем ручного обследования матки, также могут быть обнаружены мышечные волокна. Однако автор не учитывает при этом, что мышечные волокна значительно чаще обнаруживаются после инструментального обследования матки, чем после ручного. Так, по О. И. Авдеевой соответствующие проценты 10,4 и 0%, по В. И. Тайгро — 10,4 и 3,3%. Очень важно также базироваться не на сводных данных, как это делает Л. А. Козлов (хотя и они против его вывода), а на данных одного учреждения, где все операции проводятся в одинаковых условиях и с применением тупой большой кюретки (как об этом пишут Н. М. Матрусова, Л. С. Персианинов, В. И. Тайгро).