

покрова (явление Bastedo-Nothnagel'я); при острых воспалительных явлениях в этом отделе, быстрое снятие давящих область сигмовидной кишки пальцев вызывает более резкое раздражение, на которое и реагируют остро воспаленные брюшинные покровы слепой кишки и аппендикса более резкой болью.

По мере угасания острых явлений, по мере исчезновения острого выпота (напр. после операций) мы могли отметить постепенное исчезновение описанных явлений.

На основании наших наблюдений, мы стали считать описываемые симптомы, конечно, выраженные достаточно ясно, большим подспорьем как в дифференциально-диагностическом отношении, так и в смысле показаний к срочному оперативному вмешательству.

---

Из Свердловского научно-исследов. акуш.-гинекологич. института  
(научн. руковод. проф. А. Ю. Лурье, директор Г. С. Айзикович).

## Обследование полости послеродовой матки.

С. Л. Кейлин.

Внутриматочные вмешательства в послеродовом и раннем послеродовом периоде (п. п.) относятся к наиболее серьезным операциям в акушерстве, и от характера этих вмешательств зависит степень тяжести послеоперационного периода. Поэтому становится понятным стремление ряда акушеров дать классификацию внутриматочных вмешательств и выработать строго определенных показания к ним.

Феноменов, Крассовский, Колосов, Побединский и ряд др. акушеров различают ручное отделение детского места (*Solutio seu separatio placentae*), когда последнее отделяется рукой, введенной в полость матки от ее стенок, и ручное извлечение уже отделившегося, но задержавшегося детского места (*extractio placentae*). Яковлев считает, что различная продолжительность манипуляций при этих операциях в полости матки создает больше опасности для развития инфекции при отделении последа, чем при извлечении его.

Отличая ручное отделение последа от ручного обследования полости матки (п. м.), Гентер применяет первое при *placenta adhaerens* и *strictura uteri*, второе—при явных дефектах и подозрении на задержку плацентарной ткани, независимо от наличия или отсутствия кровотечения. Скробанский применяет ручное обследование п. м. при малейшем подозрении на задержку плацентарной ткани. Другие акушеры ставят более строгие показания к ручному обследованию с целью удаления задержавшихся остатков последа: Скутш применяет ручное обследование только при явном дефекте плаценты, а Шпигельберг ставит еще жестче показания к ручному обследованию—он применяет последнее при несомненном дефекте плаценты с наличием кровотечения.

Келлер и Болер, расширяя показания к ручному обследованию п. м., применяют его не только при подозрительной плаценте с наличием или отсутствием патологического кровотечения, но и при целой плаценте с наличием кровотечения. По мнению Штеккеля, источник кровотечения в послеродовом периоде может быть распознан только путем обследования п. м. Нолеус обследует полость матки даже при задержавшейся в ней большей части оболочек. Другого мнения на этот счет придерживаются французские авторы Водон и Гухтенер: они считают, что задержка оболочек после родов еще не является показанием к внутриматочному вмешательству; последнее может быть применено только в отдельных случаях полной задержки оболочек. Гентер также считает допустимым извлечение оболочек лишь при условии их полной задержки.

Ряд авторов, кроме ручного обследования п. м., применяет инструментальное обследование. Колосов рекомендует выскабливание п. м. при незначительных остатках последа, когда их трудно ощупать в полости матки пальцами. Шаута также прибегает к выскабливанию только при незначительных остатках последа, не захватываемых пальцами, при чем выскабливание производит обязательно под контролем пальца. Рунге для удаления остатков плаценты применяет ручное обследование, а выскабливание—при невозможности введения в полость матки пальца. Другие авторы (Бум) предпочитают выскабливание в позднем послеродовом периоде, а ручное обследование—в раннем. Марков, различая обследование и выскабливание полости послеродовой матки, отдает предпочтение последней операции; автор считает единственным противопоказанием к выскабливанию наличие инфекции за пределами матки.

Некоторые авторы применяют обследование п. м. в качестве профилактики инфекции. Брандт, в целях профилактики, производит обследование п. м. при всяком кровотечении после выхода последа. Кок—при наличии в полости матки хотя бы сгустков крови; Цангемейстер—во всех случаях непосредственно после родов, где дефект плаценты, хотя и мало вероятен, но не может быть исключен с полной достоверностью. Он считает, что такое обследование наиболее верно предохраняет женщину от инфекции (Гентер). Илькевич рекомендует обследование п. м. с профилактической целью в случаях лихорадочных родов не только при сомнении в целостности последа, но даже при незначительных кровотечениях.

Большинство акушеров рекомендует ручное обследование п. м. как метод борьбы с атоническими послеродовыми кровотечениями.

Таким образом, по литературным данным, классификация внутриматочных вмешательств представляется в следующем виде: 1. Ручное отделение последа. 2. Ручное извлечение последа. 3. Ручное обследование полости матки. 4. Инструментальное обследование п. м. (выскабливание).

Кроме того, из приведенных литературных данных явствует,



что основными показаниями к обследованию п. м. признаются: явный дефект плаценты, подозрение на плацентарные остатки, кровотечение. Отсюда понятно, какую ценность представляет точное определение целостности плаценты. К сожалению, тщательный наружный осмотр плаценты не всегда оставляет уверенность в смысле установления ее целостности или наличия дефекта. По статистическим данным, более 50% случаев с задержкой частей плаценты остаются нераспознанными (Гентер). Несмотря на точно разработанные в большинстве руководств по акушерству (Скробанский, Гентер, Малиновский и Кушнир, Штеккель, Скутш и др.) указания о способе наружного осмотра плаценты, диагностика целостности плаценты путем ее осмотра представляется далеко не легкой. И неудивительно поэтому, что в поисках новых и более верных путей, рядом акушеров было предложено много методов определения целостности плаценты: молочная проба (Кюстер), воздушная проба (Франкен), плавательная проба (Закс), химическая проба с сульфосалициловой кислотой (Рюбнер), проба с кипятком (Щербак).

На нашем материале (141 случай обследования п. м.) проводилась проба с кипятком в 47 случаях, причем в 46 случаях проба получилась положительной и в 1 случае — отрицательной. Из 46 сл. давших положительную пробу, 4 раза не было обнаружено в полости матки плацентарных остатков. В одном случае с отрицательной пробой при обследовании п. м. были найдены остатки плаценты.

Приведенные способы определения целостности плаценты не являются абсолютно надежными. Наиболее верным способом продолжает оставаться макроскопический осмотр плаценты, причем та или другая из приведенных проб могут служить подспорьем для определения целостности плаценты. Отсутствие точных методов диагностики обязывает всех акушеров весьма тщательно производить осмотр последа.

Вопрос о времени обследования полости послеродовой матки надо считать решенным в смысле немедленного его применения после выхода последа, — на таком образе действий сходитесь абсолютное большинство акушеров.

По вопросу же о методе обследования п. м. среди акушеров нет единодушного мнения. Мы имеем два основных направления; ручное обследование п. м. и инструментальное обследование (выскабливание).

Защитники ручного обследования п. м. (Груздев, Кипарский, Илькевич, Малиновский и Кушнир, Бум, Шауга, Рунге, Скутш и др.) считают этот метод наиболее бережным, наиболее гарантирующим отыскивание в матке плацентарных остатков и одновременно являющимся мощным средством в борьбе с атоническими кровотечениями. В защиту своих взглядов сторонники ручного обследования указывают на возможность ряда осложнений при выскабливании п. м.: 1) большая травматизация стенок матки, ведущая иногда к перфорации, 2) опасность воздушной эмболии, вследствие поступления воздуха в обнаженные сосуды

матки, 3) опасность наступления трудно останавливаемых маточных кровотечений, 4) в случаях выскабливаний по поводу поздних послеродовых кровотечений—нарушение целостности лейкоцитарной зоны, что способствует распространению инфекции за пределы матки (Яковлев).

Сторонники инструментального обследования (Шотмюллер, Марков, Микеладзе и др.) считают, что при этой операции значительно уменьшается опасность инфекции, что операция эта протекает скорее и нежнее, чем ручное обследование п. м. Опасность же перфорации матки не устраняется и при ручном обследовании, за что говорит случай, описанный Липманом. Единственным противопоказанием к выскабливанию является наличие инфекции за пределами матки (Марков). Преимущество лучшей ориентировки в полости послеродовой матки, выставляемое защитниками ручного обследования, оспаривается представителями инструментального метода, считающими, что ручное обследование не дает уверенности в том, что полость матки освобождена от остатков (Бобров и Кузьмина).

В наших случаях применялся, как метод ручного обследования п. м., так и инструментальный метод.

Дать сравнительную оценку этим двум методам—задача данной работы.

За 5 лет—с 1932 года по 1936 год включительно—на 25987 срочных и преждевременных родов мы имели 141 случай обследования полости послеродовой матки, что составляет 0,54% к общему числу родов.

Сравнивая наши данные с данными других авторов, мы получаем следующие колебания в частоте обследования полости послерод. матки:

Таблица 1.

Автор	Годы	Число родов	Число обследований полости матки	Процент
Александровский . . . . .	1928—1932	22629	201	0,90
Роговенко . . . . .	1929—1931	24209	142	0,58
Найдич и др. (сборная) . .	1930—1931	56837	547	0,96
Киселев . . . . .	1927—1932	14256	397	2,78
Новикова . . . . .	за 2 года	7374	58	0,80
Наши данные . . . . .	1932—1936	25987	141	0,54

В литературе имеются указания на еще более низкий процент обследования, чем на нашем материале, как например, Карлин—0,45% (Александровский).

Обращает внимание частота обследования п. м. при преждевременных родах. В случаях срочных родов (23622) обследование п. м. было произведено 112 раз, в случаях преждевременных (2365)—29 раз. Следовательно, при преждевременных родах обследование производилось в 2,3 раза чаще, чем при срочных. По данным Александровского, обследование п. м. было произ-

ведено при преждевременных родах в 3,3 раза чаще, чем при срочных. По Панченко и Родиной задержка кусков плаценты при преждевременных родах вдвое чаще, чем при срочных.

У повторнородящих обследование п. м. было произведено в 86 случаях (61%), у первородящих—в 55 случаях (39%), причем чаще в возрасте от 20 до 30 лет (80,9%).

Обследование п. м. было произведено после оперативных вмешательств в 14 сл. (10%) и после спонтанных родов 127 сл. (90%).

На нашем материале мы имеем ряд моментов, способствующих неправильному течению послеродового периода, что также нельзя не поставить в связь с обследованием п. м.: беременных двойнями—7, hydramnion—1, эклампсия—2, нефропатия—2, беременных с *vitium cordis*—2, острая желтая атрофия печени—1, роды мацерированным плодом—1, краевое предлежание последа—1; кроме того, у 3 больных были в анамнезе септические послеродовые заболевания, у 2—атонические кровотечения при предыдущих родах, у одной—эклампсия при предыдущих родах; четверо больных поступили с повышенной температурой: двое—с температурой 37,8°, 1—38,1° и 1—38,4°, причем у последней больной был *Endometritis sub partu*.

При наличии в анамнезе аборт, обследование п. м. произведено 56 раз (40%); по отношению к повторнородящим этот процент возрастает: на 86 обследований, произведенных у повторнородящих, аборты в анамнезе имелись в 42 случаях (48,8%); у повторнобеременных этот процент еще выше: на 95 обследований аборты в прошлом были в 56 сл. (59%). На связь между обследованием п. м. с предшествующими абортами указывают и другие авторы.

Показания к обследованию п. м., по нашим данным, сравнительно с данными других авторов, приведены в таблице 2.

Таким образом, явный дефект детского места с наличием кровотечения или без него является основным показанием к обследованию п. м.: по нашим данным это показание имело место в 54% сл., по данным Александровского—в 67,6% сл., по данным Найдича—в 60% случаев.

Из 76 случаев, где показанием к обследованию являлся явный дефект д. м., только в 3 случаях (4%) при обследовании п. м. не было обнаружено плацентарных остатков.

Из 28 случаев обследования п. м. по поводу сомнения в целостности детского места—в 6 случаях (20,7%) при обследовании плацентарных остатков найдено не было; причем в одном из них была ошибочно заподозрена добавочная доля последа в связи с оболочечным прикреплением пуповины. У Шевалдышевой при обследовании п. м. из 58 сомнительных случаев в смысле задержания плацентарных остатков—в 8 случаях матка оказалась пустой (13,8%).

Из 20 случаев обследования п. м., произведенных по поводу кровотечения при видимой целостности д. м.,—в двух случаях были обнаружены в полости матки незначительные плацентарные остатки, в 7 случ.—остатки оболочек со сгустками крови, в 9 сл.—



только сгустки крови, и в двух случаях—матка была пуста.

В 17 случаях было произведено обследование по поводу поздних послеродовых кровотечений (спустя 2—36 дней после родов). Только в одном случае при обследовании (на 8-й день после родов) плацентарных остатков найдено не было: гистологическим исследованием в этом случае обнаружено: „сгустки крови с массой полинуклеаров и очень незначительное количество погибшей децидуальной ткани; фетальных элементов нет“. В остальных 16 случаях при обследовании п. м. макроскопически были обнаружены остатки плацентарной ткани (в 4 из них данные макроскопического осмотра были подтверждены гистологическим исследованием).

Таблица 2.

Показания к обследованию п. м.	Данные Александровского		Данные Найдича и др. (сборная)		Наши данные				
	Число случ.	‰	Число сл	‰	Число случ.	‰	Из них (по методу обслед.)		
							Руч. обсл.	Выс-каб.	Смес-шан.
I. Ранний послеродовый период:									
1) Явный дефект д. м. с налич. кровотечения . .	72	35,8	329	60,0	48	34,0	31	14	3
2) Явный дефект д. м. без кровотечения . . . .	64	31,8			28	20,0	14	13	1
3) Сомнение в целости д. м. с налич. кровотечения .	20	10,0	—	—	18	12,7	9	8	1
4) Сомнение в целости д. м. без кровотечения . . . .	35	17,4	—	—	10	7,1	6	4	—
5) Кровотечение без подозрения на дефект д. м.	9	4,5	215	39,4	20	14,2	17	2	1
6) Дефекты оболочек без кровотечения . . . . .	—	—	3	0,6	—	—	—	—	—
II. Кровотечение в позднем п. п. с подозрением на остатки плац. ткани . .	1	0,5	—	—	17	12,0	2	15	—

В числе причин, определявших необходимость обследования п. м., кровотечение без дефекта последа, с явным дефектом или с сомнением в целости его служили показанием к выскабливанию п. м. в 39 случаях из 56 (69,6%) и к ручному обследованию п. м. в 59 случаях из 79 (74,7%). При анализе результатов обоих методов обследования оказалось, что при выскабливании остатки последа обнаружены в полости матки в 87,5% случаев, а при ручном обследовании—в 73,4% сл. Разница в результатах объясняется различными показаниями при указанных методах обследования п. м., а именно из 56 случаев выскабливания кровотечение в раннем послеродовом периоде без подозрения на дефект д. м. явилось показанием к обследованию только в двух случаях (3,6%); из 79 случаев ручного

обследования кровотечение при целости детского места явилось показанием в 17 случаях (21,5%). Из указанных двух случаев выскабливания одно было предпринято в связи с припадками послеродовой эклампсии при наличии кровотечения—удалены незначительные кусочки децидуальной ткани, кровотечение и припадки эклампсии прекратились. В другом случае выскабливание было произведено при наличии обильного кровотечения—удалены сгустки крови, кровотечение прекратилось.

Во всех 17 случаях применения ручного обследования при наличии кровотечения и целости детского места,—кровотечение в результате этого вмешательства прекратилось.

В одном случае (смешанное обследование п. м.) с целью удаления сгустков при обильном кровотечении и целой плаценте было произведено выскабливание, не давшее положительных результатов, ввиду чего для остановки кровотечения применено повторное обследование п. м. ручным способом—удалены сгустки, кровотечение прекратилось.

Метод ручного обследования п. м. с целью удаления сгустков крови при послеродовых кровотечениях известен давно,—он был предложен еще Левре 200 лет тому назад. В настоящее время ручное обследование п. м., получив признание большинства акушеров, считается могучим средством в борьбе с атоническими кровотечениями. При этом, одни акушеры (Бум, Штекель, Феноменов) в случаях атонических кровотечений рекомендуют производить одновременно с ручным обследованием и массаж матки снаружи над сжатой в кулак внутренней рукой; другие (Строганов,—рукой, введенной в полость матки, производят скользящие движения, вызывая этим сокращение матки.

По времени обследования п. м. после выделения последа наш материал представляется в следующем виде: в первый час после выделения последа обследование п. м. произведено в 107 случаях (76%); от 1 до 7 часов—в 17 случаях (12%); от 2 до 36 суток после родов—в 17 сл. (12%).

Из 79 случаев ручного обследования п. м.—в 70 сл. ручное обследование было произведено в течение первого часа после выделения последа, в 4 случаях—через 2 часа, в 3 случаях—через 3,5 и 7 часов и в 2 случаях—через 10 и 20 суток. Из 56 сл. выскабливания п. м. последнее было произведено в первые 6 часов только в 41 сл. и от 2 до 36 суток после родов—в 15 случаях. Смешанное обследование п. м. было произведено 6 раз: в 3 случ.—сначала выскабливание и тотчас после него ручное обследование, примененное, как метод борьбы с атоническим кровотечением; в одном случае—через 4 часа после выскабливания произведено пальцевое обследование вследствие начавшегося кровотечения; в одном случае—ручным обследованием не удалось отделить от стенки матки незначительных остатков последовой ткани, каковые были отделены последующим кюретажем; в одном случае—через 9 дней после ручного обследования произведено выскабливание в связи с поздним послеродовым кровотечением.

После ручного обследования наблюдались послеродовые осложнения в 34,2% случаев, в то время как после выскабливания процент осложнений был равен 25%.

Один смертный случай произошел после смешанного обследования п. м. Привожу краткие сведения из истории болезни этого случая: кровотечение после выхождения послета, детское место—под сомнением, выскабливанием удалены незначительные кусочки послеродовой ткани; через 4 часа после выскабливания кровотечение возобновилось, в связи с чем произведено пальцевое обследование—удален кусочек послеродовой ткани; в день обследования у больной отмечается желтушность кожи конечностей; через 3 дня при явлениях резкой желтухи—exitus. Патолого-анатомический диагноз: острая желтая атрофия печени.

Для выяснения количества и характера заболеваний в послеродовом периоде, связанных непосредственно с обследованием полости матки, мы исключили случаи заболеваний после оперативных родов, случай смерти от острой желтой атрофии печени и один случай с endometritis sub partu, и после редукции мы получили следующие данные:

Таблица 3.

Метод обследования полости матки	Нормальное течение		Осложнения					
			Повышение темпер. (б/локализации)			Subinvolut uteri, Endometritis Sep. is	Всего осложнений	Всего обследован.
	колич. случ.	процент	Однократ.	Двукрат.	Трехкрат.			
Ручное обследование п. м.	52		7	1	1	5 6 1	21	73
Выскабливание полости матки	42		4	12,8% 2	1	16,5% 1 2 —	10	52
Смешанное обследование п. м.	3		—	13,5% —	—	5,7% — 2 —	2	5
Всего	97	74,6%	11	3	2	6 10 1	33= =25,4%	130

Из 130 редуцированных случаев обследования п. м.—в 97 случаях (74,6%) мы имеем нормальное послеродовое течение и в 33 сл. (25,4%)—осложнения в послеродовом периоде. Летальность в наших случаях после редукции равна нулю. Сравнивая наши данные с данными других авторов, мы находим: у Роговенко летальность после обследования п. м. в нередуцированных случаях—1,4%, после редукции—0,7%; у Александровского нередуцированная летальность—0,99%, после редукции—0,5%; у Найдича—1,1%; у Карлина—1,4%; у Хейровского—1,5%.

Нельзя не отметить разницу между течением послеродового периода в наших случаях после ручного обследования и после выскабливания: из 73 случаев ручного обследования в 21 сл. (28,8) были послеродовые осложнения; из 52 сл. выскабливания—послеродовые осложнения были в 10 случаях (19,2%). Кроме того, характер осложнений, как видно из таблицы, тяжелее при ручном обследовании, чем при выскабливании. Об этом говорит и разница в количестве койко-дней, падающих в среднем



на осложненный случай при различных методах обследования п. м.: при ручном обследовании среднее количество койко-дней в осложненных случаях равно—13,0; при выскабливании—10,7. Наибольшее среднее количество койко-дней осложненных случаев дает смешанное обследование—19,5 к/д. Если же мы еще учтем, что из 52 случаев выскабливания п. м.—15 были произведены в позднем послеродовом периоде, когда не исключена возможность наличия инфекции в матке, а из 73 случаев ручного обследования только два были произведены в позднем послеродовом периоде,—станут еще убедительнее преимущества выскабливания полости матки.

Осложнения в послеродовом периоде по времени обследования п. м. представляются в следующем виде: в раннем послеродовом периоде после ручного обследования—27,9% осложнений после выскабливания—18,9%; в позднем послеродовом периоде в 15 случаях выскабливания—осложнений было 3 (20%) и в двух случаях пальцевого обследования—осложнений было два (100%).

В отношении кровопотери наш материал, в связи с неоднородностью записей количества теряемой крови во время родов, разбит на две группы. Одна группа обнимает 52 случая обследования п. м. с указанием на большое кровотечение. В этой группе послеродовая заболеваемость равнялась 32,7% (17 сл.). Анализ второй группы обследования (61 сл.), где кровопотери во время родов измерялись, дал следующие результаты: при кровопотере до 500 г (17 сл.) процент заболеваемости—17,6% (3 сл.); от 500 до 1000 г (14 сл.)—28,6% (4 сл.); от 1000 до 1500 г (19 сл.)—10,5% (2 сл.); выше 1500 г (12 сл.)—33,3% (4 сл.).

Таким образом, несмотря на отсутствие на нашем материале равномерного повышения процента послеродовой заболеваемости параллельно с увеличением кровопотери, и из наших данных можно все же сделать вывод, что при больших кровопотерях процент заболеваемости, несомненно, повышается.

Послеродовая заболеваемость после обследования п. м. была больше при раннем отхождении вод.

Наибольший процент послеродовых осложнений дали случаи обследования п. м. после других акушерских операций, предшествовавших родам: из 14 произведенных операций осложнения были в 9 случаях (64,3%), причем наибольший процент осложнений при последующем обследовании п. м. дают щипцы (80%).

На основании изучения нашего материала и литературных данных считаем возможным дать следующую оценку существующим методам обследования полости послеродовой матки:

1. Выскабливание полости матки дает гораздо меньше осложнений, чем другие методы обследования, как в раннем, так и в позднем послеродовом периоде.

2. При выскабливании возможно удаление совсем незначительных остатков детского места, в то время как ручное обследование не гарантирует обнаружения их в полости матки.

3. Выскабливание полости матки имеет преимущество перед ручным обследованием, так как является хирургической операцией.

4. Исходя из указанных выше выводов, выскабливание следует признать лучшим из существующих методов обследования полости послеродовой матки.

5. Ручное обследование, как сильнейший механический раздражитель внутренней поверхности матки, имеет преимущество перед выскабливанием только в случаях борьбы с атоническими кровотечениями и при задержках частей последа, сопровождающихся профузными кровотечениями.

---

### **По поводу статьи проф. П. В. Маненкова „К вопросу о радикальном лечении фибромиом матки“<sup>1)</sup>.**

**Доц. А. Л. Каплан.**

Рентгенотерапия миом и маточных кровотечений представляет весьма обширную и интересную главу в истории глубокой рентгенотерапии вообще. Не будет ошибкой, если мы скажем, что лечение миом и климактерических кровотечений явилось пробным камнем в развитии всей глубокой рентгенотерапии. Прошло уже свыше 30 лет с тех пор, как успешно применяется этот метод лечения миом и климактерических кровотечений, и все же основная масса наших врачей-гинекологов до сих пор, к сожалению, очень мало знакома с клиникой рентгенотерапии миом.

В этом отношении статья проф. П. В. Маненкова, руководителя акушерско-гинекологической кафедры старейшего медицинского вуза в нашем Союзе, является своевременной.

Надо согласиться с а., что в выборе метода лечения указанных заболеваний до сих пор нет единой точки зрения. Некоторые возводят рентгенотерапию в панацею и считают возможным все миомы лечить лучами рентгена. Такая установка безусловно неправильна и может быть объяснена (отчасти) незнанием и непониманием основ этого метода лечения.

Другие, наоборот, считают единственным целесообразным методом лечения миом и маточных кровотечений для всех случаев только нож. К последним, повидимому, относится и П. В. Маненков. Может быть в меньшей степени, но на сегодня безусловно неправильна и такая точка зрения.

Что имел в виду автор, говоря, что эти два способа радикальной терапии считаются конкурирующими. Для каких случаев? Рентгенотерапия в тех случаях, где она безусловно показана, считалась и считается методом выбора больной и врача. Там,

---

<sup>1)</sup> „Казанский м. ж.“, № 5, 1936.