

на секреторную функцию мозговой части надпочечников. Эти авторы сообщают, что после новокаиновой блокады чревных нервов содержание катехоламинов в плазме резко снижается. Имеются данные, что новокаиновая блокада увеличивает секрецию коры надпочечников [3, 20]. По-видимому, значение новокаиновых блокад при остром панкреатите выходит за рамки борьбы с болью. Оно заключается также в возможности влиять рефлекторным путем на эндокринные железы, особенно надпочечники, и через них на функциональное состояние поджелудочной железы. В связи с имеющимися фактами о состоянии раздражения вегетативной нервной системы при остром панкреатите [23, 45] многие авторы считают также целесообразным применение средств, вызывающих блокаду вегетативных ганглиев. С этой целью нашли применение этамол, гексаметоний [24, 30], гидергин и пантезин [23, 45], ларгактил [10].

Таким образом, в ряде экспериментов и клинических наблюдений был с несомненностью показан нервный генез острого панкреатита. Возможно, что он встречается более часто, чем это принято думать. Так, И. Попиванов [43] приводит истории болезни 5 больных панкреатитом, развившимся в результате психической травмы. Операции в области различных отделов нервной системы, особенно связанные с травмированием системы блуждающего нерва, могут иметь в качестве осложнений острый панкреонекроз. Поэтому, практически важно не забывать о своеобразных формах острого панкреатита, при которых нервные факторы играют решающую роль.

ЛИТЕРАТУРА

1. Берн Г. Функция химических передатчиков вегетативной нервной системы. Медгиз, М., 1961.—2. Вишневский А. В., Вишневский А. А. Новокаиновая блокада и масляно-бальзамические антисептики как особый вид неспецифической терапии. Медгиз, М., 1948.—3. Волков В. Е. Экспер. хир. и анестезиол., 1964, 2.—4. Генес С. Г. Нервная система и внутренняя секреция. Медгиз, М., 1955.—5. Годинов В. М. Тр. ВММА, 1950, 24.—6. Кокурин О. И. Клин. мед., 1955, 1.—7. Кочнев О. С. Казанский мед. ж., 1963, 3.—8. Лобачев С. В. Острые панкреатиты. Медгиз, М., 1953.—9. Луценко Г. М. Врач. дело, 1960, 1.—10. Маждраков Г. Болезни поджелудочной железы. София, 1961.—11. Павлов И. П. Полное собрание трудов, Медгиз, М.—Л., 1951, 2.—12. Петров Б. А., Лобачев С. В. Вестн. хир., 1956, 10.—13. Пинес Л. Я. Нервная система и внутренняя секреция. Ленмедгиз, Л., 1932.—14. Рабкина Л. Е. Тез. докл. на объединенной сес. Всесоюз. и Украинского ин-тов эксперим. эндокринологии, М., 1954.—15. Руфанов И. Г. Панкреатиты в связи с воспалительными процессами желчных путей и желчного пузыря. М., 1925.—16. Рукосуев С. Г. и Тоскин К. Д. Хирургия, 1955, 2.—17. Соболев Л. В. Anat. Anz., 1912, 41.—18. Стоиц Н. Л. Острый панкреатит в клинике внутренних болезней. Медгиз, М., 1960.—19. Тон-Тхат-Тхунг. Хирургия, 1956, 5.—20. Трутнев Е. И. В кн.: Материалы 2-й Поволжской конференции физиол. биохим. и фармакол., Казань, 1961.—21. Халитова З. А. Бюлл. эксп. биол. и мед., 1958, 1.—22. Baker J., Boles T. Gastroenterol., 1955, 28, 536.—23. Baumgart K., Muszgun C. Zbl. Chir., 1960, 8, 325.—24. Berk J. JAMA, 1953, 152, 1.—25. Bernard A. Arch. Mal. Appar. dig., 1957, 46, 265.—26. Becker V. Sekretionsstudien am Pankreas. Stuttgart, 1957.—27. Bleyl U. Gastroenterol. (München), 1963, 1, 335.—28. Cannon W., Rosenbluth A. Denervated Structures. New-York, 1949.—29. Coujard, Theret. C. R. Soc. Biol., 1952, 1883.—30. Cunha J. Surgeri, 1942, 58, 1.—31. Fritsch M. Wien. klin. Chir., 1957, 24.—32. Gelin A., Piquard R. Acta gastroenterol. belg., 1954, 9—10, 724.—33. Gilsdorf R. a. o. JAMA, 1965, 192, 394.—34. Girard M. J. Med., 1964, 1064.—35. Godt E. Brun's Beitr. klin. Chir., 1962, 202, 105.—36. Knappe W. Virchow's Arch., 1912, 207.—37. Laporte A., Compagnon A., de Buit H. C. R. Soc. Biol., 1937, 858.—38. Leriche. Lyon. Chir., 1944, 11—12, 690.—39. Leonard A. JAMA, 1964, 187, 589.—40. Mallet-Guy P., Feroldi J., Rubeol. Lyon. Chir., 1949, 5—6, 281.—41. Mallet-Guy P. Zbl. Chir., 1947, 32.—42. Montaldo G. Pancreatitis aquada. V Congress Uruguayen de Chirurgie. Montevideo, 1954.—43. Попиванов Ив. Острый панкреатит. София, 1964.—44. Seifert G. Dtsch. med. Wschr., 1965, 2, 91.—45. Schmidt G. Zbl. Chir., 1960, 12, 470.—46. Sthal M. Z. mikr.-anat. Forsch., 1963, 70, 62.—47. Tusques J. Biol. med., 1949, 5—6.—48. Wehner W. Z. Arztl. Fortbild., 1962, 11.

УДК 618.11—616—071

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ РАКА ЯИЧНИКОВ

К. В. Воронин
(Казань)

Неудовлетворительные результаты лечения злокачественных опухолей яичника объясняются поздней обращаемостью больных и довольно частыми ошибками в диагностике. Процент запущенных форм рака яичника остается высоким — 80 и более [4, 13 и др.].

Усилия ученых за последние годы направлены на разработку методов своевременной диагностики рака яичников: рентгенологических (гинекография, биконтрастная пельвеография, флебокавография, лимфоаденография и др.); эндоскопических (кульдо-лапароскопия); цитологических (исследования пунктатов заднего свода — кульдоэксцизии, асцитической или плевральной жидкостей) и др.

Рентгенография органов малого таза на фоне пневмоперитонеума [2, 6, 8, 11, 14, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 29, 30] приобретает большое значение в диагностике и дифференциальной диагностике опухолей яичников у девочек, девственниц и тучных женщин. Метод способствует правильной топической диагностике опухолей, уточнению их взаимоотношения с органами малого таза. Хотя на основании пневмогинекограмм нельзя дифференцировать воспалительные процессы придатков матки и доброкачественные опухоли матки от злокачественных, тем не менее в ряде случаев только после гинекографии можно подтвердить или отклонить необходимость операции. Так, по данным Я. П. Манкевича, у 24 из 85 женщин было снято подозрение на опухоль яичника, и больные были избавлены от чревосечений.

Биконтрастная пельвеография (двойное контрастирование) используется значительно реже, когда рентгенопельвеограмма не позволяет четко отличить контуры матки от опухолевидных образований в малом тазу. Так как гонадная доза при рентгенологическом исследовании никогда не бывает равна нулю и при этом методе делают минимум 3 снимка, что, по измерениям А. Цецулеску (1961), соответствует дозе 2—3 р, И. М. Грязнова (1965) справедливо считает этот метод допустимым только по строгим показаниям и в случаях неясной картины пельвеографического снимка.

Гонадное воздействие рентгеновских лучей, опасности, связанные с техникой наложения пневмоперитонеума (подкожная эмфизема, повреждение внутренних органов, газовая эмболия, образование пневмоторакса, медиастинальной эмфиземы и др. [6, 25]), определенные противопоказания (заболевания сердца, легких, воспалительные и спаечные процессы в брюшной полости и др.) ограничивают использование газовой и биконтрастной пельвеографии; она возможна только в квалифицированных гинекологических учреждениях по ограниченным показаниям.

Тазовая флебокавография в онкогинекологической практике применяется сравнительно недавно [3, 6, 7, 9, 29, 38, 43, 46, 48].

При внутривенном и внутрикостном способах введения контрастного вещества, как правило, получается изображение только париетальной системы вен, в то время как внутриорганный (маточный) способ дает изображение и висцеральной, и париетальной систем тазовых вен. Злокачественные опухоли яичников, распространяясь за пределы пораженного органа, могут вызвать те или иные изменения в венозной системе вследствие инфильтрирующего роста в окружающие ткани и органы, и это находит свое отражение на флебограммах. Хорошо определяются на флебограмме метастатически пораженные лимфатические узлы (вследствие низкого давления в венах и эластичности их стенок).

Я. Маршалек и Л. Женишек (1963) указывают, что внутриматочная флебография может быть использована для дифференциальной диагностики между опухолями матки и опухолями или воспалительными изменениями придатков матки. В основе этого лежит заполнение при висцеральной флебографии сосудистой системы опухолей матки и ее незаполнение при опухолях яичника. И. М. Грязнова (1965), проведя внутриматочную флебографию у 50 женщин, установила, что при кистозных опухолях яичника на флебограммах можно увидеть сосудистый контур, соответствующий венозной системе капсулы опухоли.

Наибольшее распространение как диагностический метод в онкогинекологической практике получила прямая лимфоаденография, впервые предложенная в 1954 г. Кинмос и Тейлор. В нашей стране этот метод введен в практику и модифицирован в 1961 г. Б. Я. Лукьянченко, перу которого и принадлежит вышедшая в 1966 г. монография «Лимфография».

Рак яичников в соответствии с анатомией отводящих лимфатических путей метастазирует главным образом непосредственно в поясничные лимфатические узлы, реже в паховые и подвздошные, доступные для исследования с помощью прямой лимфографии.

Колет (1958) у всех 5 исследованных им больных раком яичников выявил на лимфограммах метастазы в лимфатических узлах. Пикард и соавт. (1964) обнаружили поражение лимфатических узлов у 2 женщин с дисгерминомой яичника и у 1 с эпителиомой.

К настоящему времени накоплен большой опыт по клиническому использованию лимфоаденографии в онкогинекологической практике. Техническая сторона методики отработана и не вызывает принципиальных разногласий у исследователей. Споры, нередко принципиальные, возникают по поводу интерпретации рентгенологической картины. Затруднения вызывает трактовка поражения лимфатических сосудов (стаз, коллатерали, растяжение) и узлов (размеры, форма, контуры, структура), дифференцирование метастатического поражения лимфоузлов с их первичными поражениями (лимфома, лимфосаркома, лимфогранулематоз, хроническая лимфатическая лейкемия и др.) и воспалительными (лимфаденит, инфильтрация) или инволютивными (фиброзно-липоматозный процесс по И. А. Ланцбергу, 1967) изменениями.

Кейзер, Фрисчер (1964) полагают, что рентгенологически можно выявить метастатические очажки в узле размером не менее 4—5 мм; Б. Я. Лукьянченко (1966), Бам,

Брон (1963) считают, что дефект наполнения можно трактовать как метастаз, если его площадь составляет не менее 25% площади лимфоузла.

Трудности в интерпретации рентгенологической картины и обуславливают ошибочную диагностику. Так, Гогенфельнер и соавт. (1965) получили совпадение данных лимфографии с гистологическими только у 86% больных раком уrogenитальной системы; Фукс (1962) — у 85%; Фрисбир (1966) отметил совпадение данных лимфографии с клиническими у 63% исследованных женщин, больных раком яичников.

Сибир (1966), исследуя 75 больных, из которых 45 имели рецидивы гинекологического рака, нашел, что только $\frac{2}{3}$ метастазов были выявлены лимфографией. Причины этих расхождений автор видит в небольшой величине метастазов, которые можно принять за неспецифические воспалительные изменения в лимфоузле; не исключена возможность скрытия пораженного узла другими, непораженными узлами. Не следует игнорировать и тот факт (Б. Я. Лукьянченко), что часть метастатически пораженных тазовых лимфоузлов может выпасть из поля зрения ввиду их незаполнения контрастным веществом.

Осложнения, связанные с лимфографией (инфицирование раны, лимфангоит, жировая эмболия, блокирование путей лимфооттока, разрывы лимфососудов, определенное повреждающее действие масляных контрастных веществ на лимфоидную ткань, реакция организма и т. д.) не связаны со значительным риском для больных, имеют преходящий характер, что дает основание пренебречь ими при исследовании онкогинекологических больных.

Идея использования эндоскопических методов диагностики принадлежит нашему отечественному ученому Д. О. Отту. В 40-х годах эта методика получила широкое распространение в гинекологических клиниках зарубежных стран [41, 49]. В нашей стране эндоскопические методы диагностики в гинекологии вошли в практику только в последние годы [4, 5, 6, 8, 16, 18, 19, 22 и др.].

Использование визуальных методов исследования (лапаро-кульдоскопия) дает возможность не только установить локализацию опухоли в малом тазу и дифференцировать ее с опухолями соседних органов, но в ряде случаев и определить природу ее, а также степень распространения. Это позволяет у части больных избежать чревосечений (по данным Д. В. Николаевой — у 30,3% женщин).

Д. В. Николаева (1966) отдаст предпочтение кульдоскопии, обеспечивающей спонтанный пневмоперитонеум в коленно-локтевом положении, хорошее смещение кишечника к диафрагме, менее болезненное вхождение троакаром, исключая случаи, когда отсутствуют условия (сохранение девственности, атрезия и сужение влагалища, наличие в дугласовом пространстве опухоли, плоскостные сращения с кишечником, фиксированный загиб матки кзади и др.).

И. М. Грязнова (1966), В. А. Покровский и соавт. (1967) рекомендуют производить лапаро-кульдоскопию при подозрении на опухоль яичника в начальной стадии, когда обычные методы не дают четких результатов, при затруднениях в дифференциальной диагностике между опухолью яичника и матки, опухолью яичника и воспалительными изменениями придатков матки, генитальной и экстрагенитальной опухолью. Необходимость в лапароскопии может возникнуть у больных с асцитом, когда диагноз колеблется между генитоперитонеальным туберкулезом и опухолью яичника (В. А. Покровский, 1967).

Н. М. Дорофеев (1961) произвел эндоскопию брюшной полости 54 больным, среди них у 6 визуально были обнаружены злокачественные опухоли яичника.

В. А. Покровский и соавт. (1967) использовали эндоскопические методы для распознавания или исключения рака яичников у 82 больных. У 4 больных был заподозрен рак яичников (4,8%), что получило гистологическое подтверждение при оперативном вмешательстве.

Е. В. Трушникова и соавт. (1967) из 117 больных, которым была произведена эндоскопия по поводу подозрения на опухоль яичников, у 58 обнаружили опухоли яичников, из них у 15 — малигнизированные.

Доранжон и Пальмер (1962) у 7 женщин из 25 осмотренных с помощью эндоскопии выявили первичную вегетирующую опухоль яичника.

При необходимости И. М. Грязнова (1965), Е. В. Трушникова и соавт. (1967) рекомендуют дополнять эндоскопию пельвеографическим исследованием.

Как известно, современные эндоскопические инструменты позволяют пунктировать опухоль яичника и взять биопсию с целью гистологического анализа, к чему прибегают отдельные исследователи [8, 26]. Многие же авторы [6 и др.] относятся отрицательно к биопсии и пункции опухолей половых органов во время эндоскопии, учитывая опасность диссеминации в случае злокачественной природы опухоли.

Технические трудности использования эндоскопических методов, ряд осложнений, связанных с методикой (газовая эмболия, травма троакарной иглой, кровотечения и др.), определенные противопоказания (заболевания сердца и легких, спайки и др.), воспалительные процессы в брюшной полости и малом тазу и др.) не позволяют эндоскопическим методам распространиться повсеместно, делают их достоянием лишь квалифицированных учреждений. Тем не менее сопоставление эндоскопических и операционных диагнозов позволяет заключить, что эндоскопия опухолей яичников является объективным, точным и достоверным методом диагностики, позволяющим в ряде случаев избежать диагностического чревосечения.

Ценную информацию при раке яичников дает цитологическое исследование мазков, полученных путем пункции заднего свода (кульдозэксия) [36, 37], или из асцитической либо плевральной жидкостей, полученных путем пункции брюшной и плевральной полостей [1, 15, 22, 27, 28, 33].

При производстве кульдозексий с цитологическим исследованием промывной жидкости Грилло и соавт. (1966) обнаружили рак яичника у 2 из 190 женщин, Грахам (1964)—у 8 из 576.

Н. М. Айнбиндер и соавт. (1965) получили совпадение данных цитологического и гистологического исследования опухоли яичника у 62 из 67 женщин, Фут (1956)—у 67,4% женщин.

Таким образом, рассмотренные методы диагностики, применяемые раздельно или комбинированно, в трудных случаях дают достаточно полное представление о состоянии яичников у женщины. Тем не менее следует всегда помнить, что они являются вспомогательными, а не основными методами диагностики. Они могут дать полный диагностический эффект только после тщательного и всестороннего клинического исследования больных (И. М. Грязнова, 1965).

По мнению И. Д. Нечаевой, активное выявление определенных групп больных с опухолями яичника, бессимптомными фибромиомами матки, хроническими воспалительными процессами в придатках матки, неопределенными опухолевыми массами в тазу с последующим тщательным и детальным их обследованием в квалифицированном учреждении с помощью вышеназванных дополнительных методов во многом помогут улучшить качество диагностики рака яичника и обеспечить максимальную эффективность его комплексной терапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Айнбиндер Н. М., Нечаева И. Д., Птоков М. П. *Вопр. онкол.*, 1965, 8.—2. Атовмен Ж. Л. В кн.: Современные методы диагностики злокачественных опухолей. Медицина, М., 1967.—3. Василевская Л. Н., Голозко Н. В. *Акуш. и гинек.*, 1964, 2.—4. Гиллерсон А. Б., Соловьева Л. А. *Мат. к симпозиуму. Профилактика, диагностика и лечение злокачественных опухолей яичников*. Л., 1967.—5. Голубев В. А. *Акуш. и гинек.*, 1961, 4.—6. Грязнова И. М. *Акуш. и гинек.*, 1961, 4; Рентгенопельвиография, флебография и эндоскопия в гинекологии. Медицина, М., 1965.—7. Грязнова И. М., Чехова В. И. *Акуш. и гинек.*, 1966, 10.—8. Дорофеев Н. М. *Акуш. и гинек.*, 1961, 1.—9. Кучинский Г. А., Маринбах Е. Б. *Вестн. рентгенол. и радиол.*, 1965, 1.—10. Ланцберг И. А. *Лимфография при опухолях почек и мочевого пузыря. Автореф. канд. дисс.*, М., 1967.—11. Линденбратен Л. Д. *Искусственный пневмоперитонеум в рентгенодиагностике*. Медгиз, М., 1963.—12. Лукьянченко Б. Я. *Лимфография*. Медицина, М., 1966.—13. Нечаева И. Д. *Опухоли яичника*. Медицина, Л., 1966; *Мат. к симпозиуму. Профилактика, диагностика и лечение злокачественных опухолей яичников*. Л., 1967.—14. Новикова Л. А., Марморштейн С. Я. *Вопр. онкол.*, 1959, 5.—15. Новикова Л. А. *Сов. мед.*, 1961, 8.—16. Николаева Д. В. *Вопр. онкол.*, 1966, 11; *Сов. мед.*, 1967, 1.—17. Отт Д. О. *Акуш. и женск. бол.*, 1901, 7.—18. Покровский В. А. *Мат. к симпозиуму. Профилактика, диагностика и лечение злокачественных опухолей яичников*. Л., 1967.—19. Селезнева Н. Д., Моисеева Е. Н. *Сб. науч. тр. ин-та акушерства и гинекологии*. М., 1961.—20. Селезнева Н. Д. *Тез. докл. XI Всесоюзн. съезда акушеров-гинекологов*, М., 1963.—21. Спиров В. С. *Тр. Омского мед. ин-та*, 1957, т. 21.—22. Трушников Е. В., Кувалдина А. М., Манкевич Я. П., Николаева Д. В. *Мат. к симпозиуму. Профилактика, диагностика и лечение злокачественных опухолей яичников*. Л., 1967.—23. Тухватуллина Л. М. *Каз. мед. ж.*, 1966, 5.—24. Цецулеску А. *Вестн. рентгенол. и радиол.*, 1958, 6; В кн.: *Вопросы методики рентгенологических исследований*. Медгиз, М., 1961.—25. Виттман И. *Лапароскопия*, Будапешт, 1966.—26. Доранжон П., Пальмер Р. В кн.: *Труды VIII Международного противоракового конгресса*. М.—Л., Медгиз, 1963, т. 5.—27. Илиеску Ф., Фадеи Л., Ионеску Н., Ионеску В. В кн.: *Труды VIII Международного противоракового конгресса*, М.—Л., Медгиз, 1963, т. 5.—28. Матейко Г. М., Копак М. Ю., Розенблюм Л. В кн.: *Труды VIII Международного противоракового конгресса*, М.—Л., Медгиз, 1963, т. 5.—29. Маршалек Я., Женишек Л. *Рентгенодиагностика заболеваний женской половой сферы*. Прага, 1963.—30. Bittenberg D. *Geburtsh. u. Frauenh.*, 1960, 5.—31. Baum S., Bron K. M., *Radiology*, 1963, 81, 2.—32. Collette J. M. *Acta Radiol.*, 1958, 49, 2.—33. Foot N. C., *Am. J. pathol.*, 1956, 32, 5.—34. Frischbier H. J. *Geburtsh. u. Frauenh.*, 1966, 26, 9.—35. Fuchs W. A. *Acta Radiol.*, 1962, 57, 6.—36. Graham J. B., Graham R. M., Schueller E. F. *Cancer (Philad.)*, 1964, 17, 11.—37. Grillo D., Stienmier R. H., Lowell D. M. *Obstet. a. Gynec.*, 1966, 28, 3.—38. Guilhelm P., Baux R., Voisin R. *Bull. Fed. Soc. Gynec. Obstet. franc.*, 1951, 3.—39. Hohenfellner R., Janisch H., Ludvik W. *Geburtsh. u. Frauenh.*, 1965, 25, 4.—40. Keiser D., Frischhies H. J. *Fortschr. Röntgenstr.*, 1964, 100, 3.—41. Kelly J. V., Rock J. *Am. J. obstet. a. gynec.*, 1956, 72.—42. Kinmonth J. B., Taylor G. W. *Ann. Surgery*, 1954, 139, 2.—43. Kunstadt E., Szepesi A., Kazar A. *Radiol. diagn. (Berl.)*, 1966, 7, 4.—44. Picard J. D., Babinet J.

В ПОМОЩЬ ПРЕПОДАВАТЕЛЮ И СТУДЕНТУ

ПРОГРАММИРОВАННОЕ ОБУЧЕНИЕ В МЕДИЦИНСКИХ ВУЗАХ

Проф. С. С. Михайлов

(Москва)

В настоящее время в высшей медицинской школе изыскиваются новые формы и методы обучения. Опубликованные работы отечественных и зарубежных авторов, касающиеся организации медицинского образования (Б. В. Петровский, 1966; С. Я. Чикин и С. С. Михайлов, 1966; И. П. Лидов, 1967; Д. Синклер, 1955; П. Риоб, 1958; П. Ли, 1962; Д. Андерсон и Ф. Робертс, 1965, и др.), доклады на III Всемирной конференции по медицинскому образованию (1966) содержат ту мысль, что современные системы медицинского образования во всех странах не соответствуют требованиям здравоохранения и состоянию медицинской науки и практики. Отдельные исследователи приходят к заключению, что несмотря на существенный прогресс медицинской науки, системы медицинского образования, учебные планы высших медицинских школ и методы обучения длительное время по существу не претерпевали изменений. В последние годы в связи с бурным возрастанием объема информации и неизменностью учебных планов, форм и методов обучения возникает серьезное беспокойство о качестве подготовки специалистов. Поэтому ЦК КПСС и Совет Министров СССР постановлением от 3/IX 1966 г. «О мерах по улучшению подготовки специалистов и совершенствованию руководства высшим и средним специальным образованием в стране» поставили перед органами управления вузами и преподавательскими коллективами учебных заведений задачу дальнейшего резкого улучшения качества подготовки кадров с учетом современного производства, науки, техники и перспектив их развития. Несмотря на большие успехи отечественной высшей медицинской школы за 50 лет Советской власти, качество подготовки врачей в настоящее время не соответствует возросшим требованиям практики здравоохранения и достижениям медицинской науки. В формах обучения много формального, нередко процветает так называемое «экзаменаторское направление» преподавания, при котором от студента требуют не овладения знаниями, не умения применить их на практике, не выработки практических навыков, а исключительно запоминания материала учебника к зачету или экзамену. В клиниках многих институтов нет учебных студенческих лабораторий, в которых учащийся мог бы проделать все современные диагностические и лечебные манипуляции, исследования и пробы. Поэтому у него не возникает потребности, необходимости самостоятельно изучать ряд прикладных вопросов дисциплины, задуматься и практически попробовать применить полученные теоретические сведения к данному курируемому им больному. На многих кафедрах на занятиях процветает метод вопросов и ответов. В институтах плохо вырабатываются способности к систематической самостоятельной