

Источники заражения женщин

Источники	1944—48	1949—53	1954—58	Всего
Знакомые	192 (31,6%)	21 (33,3%)	14 (38,8%)	227 (30,7%)
Незнакомые	66 (10,3%)	12 (19%)	10 (27,7%)	88 (11,9%)
Мужья	348 (54,4%)	27 (42,8%)	2 (5,5%)	377 (51%)
Неизвестно	29 (4,5%)	4 (6,3%)	8 (22%)	41 (5,5%)
Бытовое заражение	4 (0,6%)	—	1 (2,8%)	5 (0,6%)

Из данных таблиц мы видим, что значительную роль в распространении венерических заболеваний играют случайные половые связи, дающие наибольший процент заражения сифилисом. Это зависит от моральной нечистоплотности лиц, ведущих беспорядочную половую жизнь, что, в свою очередь, может быть поставлено в связь с недостаточной санитарно-просветительной работой среди населения.

Процент заражения от жен, в сравнении с предыдущими годами, стабилен. Жены как источник заражения сифилисом играли и играют в настоящее время незначительную роль.

В заражении сифилисом женщин основная роль принадлежит мужьям. Случайные половые связи играют здесь значительно меньшую роль, в то время как случайные половые связи у мужчин занимают первостепенное место.

Поступила 7 октября 1959 г.

НОВЫЕ АППАРАТЫ

АППАРАТ ДЛЯ ИНФУЗИИ

В. Г. Морозов

Клиника общей хирургии (зав.— проф. В. Н. Шубин)
Казанского медицинского института

Подкожное введение жидкостей применяется весьма часто.

С давних времен идут поиски прибора, который бы мог облегчить эту манипуляцию, позволил бы производить ее в более короткий срок, без большой травмы для больного и при меньшей затрате труда персонала. До сих пор еще используется

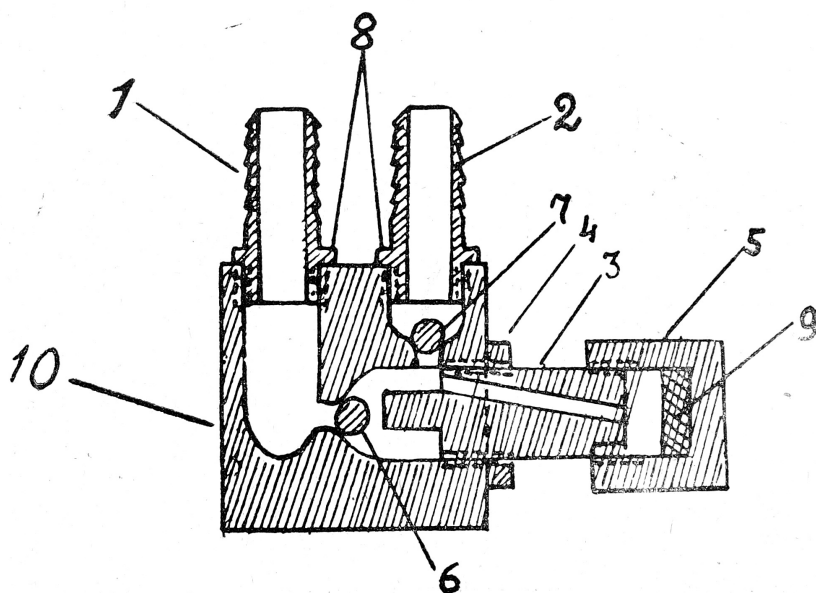


Рис. 1. Схема корпуса клапанной коробки.

аппарат А. А. Боброва, имеющий ряд недостатков: 1) он недостаточно прочен; 2) требует герметичности при работе; 3) требует повышенного давления для своего действия, что часто приводит к порче баллона Ричардсона; 4) он мало пригоден для введения небольшого количества жидкости; 5) стерилизация его неудобна.

Выпущен аппарат Титаренко, имеются шприцы П. В. Маненкова, Б. Ф. Сметанина, В. М. Полякова, но они не вполне удовлетворяют работающих с ними.

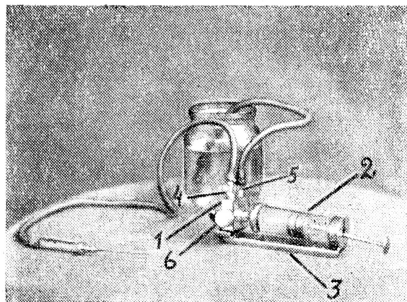


Рис. 2. 1 — корпус клапанной коробки; 2 — 20 мл шприц «Рекорд»; 3 — фиксатор; 4 — нагнетательный штуцер; 5 — всасывающий штуцер; 6 — клапан-гайка спускового вентиля.

С 1957 г. мы в клинике пользуемся аппаратом, состоящим из трех основных частей: корпуса клапанной коробки, 20 мл рекордовского шприца и фиксатора.

Корпус клапанной коробки (10) (см. схему, рис. 1) состоит из: всасывающего штуцера (1), нагнетательного штуцера (2), регулирующего клапана-гайки спускового вентиля (5), всасывающего клапана (6), нагнетательного клапана (7), буртиков-штуцеров (8), резиновой подушечки (9).

Действие аппарата основано на шариковых клапанах.

На рис. 2 представлен аппарат в собранном виде.

Аппарат портативен, прост в обращении, безотказен в работе, легко стерилизуется. Вместе с резиновыми трубочками он уместается в небольшой коробочке (16×7×4 см). Может быть использован также и для отсасывания, например, содержимого плевральной полости.

Поступила 30 ноября 1959 г.

РЕЦЕНЗИИ

Б. В. Ильинский. Атеросклероз (вопросы этиологии и патогенеза и приложение их к клинике). Медгиз, Ленинградское отделение, 1960.

Проблема атеросклероза заняла одно из центральных мест в борьбе за увеличение продолжительности жизни и здоровья человека. Многочисленная литература, часто с весьма противоречивыми данными; многочисленные конференции, симпозиумы, посвященные природе атеросклероза в тех или иных ее аспектах; наконец, живой интерес широкой массы врачей — диктуют необходимость подведения известных итогов, сопоставления материалов и выводов. Эту задачу и поставил в своей монографии Б. В. Ильинский, хорошо известный своими работами по атеросклерозу.

Монография начинается статистическими данными. Основные различия в распространении атеросклероза в разных странах автор объясняет различиями в условиях жизни и питания и неодинаковой частотой предрасполагающих к атеросклерозу заболеваний. Вместе с тем, тенденцию к постепенному увеличению смертности от атеросклероза в некоторых странах (США) он связывает с повышением средней продолжительности жизни населения, повышением требований к нервной системе, с интенсификацией жизни, ростом таких заболеваний, как диабет, гипертония, предрасполагающих к атеросклерозу.

Следующие главы посвящаются истории учения об атеросклерозе, морфологии и вопросам морфогенеза процесса, вопросам структуры и обмена липидов и, в особенности, холестерина, биосинтеза его, методикам определения содержания холестерина в крови, колебаниям его уровня у здоровых и больных, значению нагрузок липидами и их влиянию на липидемию.

Эти главы, занимающие почти треть книги, написаны с большим знанием вопроса, насыщены личным опытом автора, и, по существу, вводные главы приобретают самостоятельное значение.

Вместе с тем, отчетливо выступают «белые пятна» и спорные звенья в учении о липидном обмене и, особенно, «сложных» механизмах его регуляции.

Считая этиологию атеросклероза «наименее разработанным его разделом», автор начинает изложение вопросов его природы с патогенеза. Уже с первых страниц книги красной нитью выступает понимание автором атеросклероза в свете теории, сформулированной Н. Н. Аничковым и развитой в серии его работ и в работах его многочисленных учеников и последователей. Тезис Н. Н. Аничкова, что «без холестерина нет атеросклероза», автор считает прошедшим проверку временем и приводит многочисленные доказательства в пользу этой концепции.