

После съезда его участники были приглашены на 4-ю научную сессию Научно-исследовательского института экспериментальной хирургической аппаратуры и инструментария.

Директор института М. Г. Ананьев сообщил данные о внедрении в промышленность и медицинскую практику хирургических изделий, разработанных в институте. Крупным достижением отечественной хирургии и медицинской техники явилось создание и передача в клинику аппарата искусственного кровообращения (АИК). В настоящее время наше качественное отставание от заграницы в данной области ликвидировано.

Профессора Б. А. Королева, Л. К. Богущ, Н. В. Антелава доложили об опыте применения сшивающих аппаратов в грудной хирургии; В. Е. Петерсон, Ю. Я. Грицман, Т. В. Калинин, Н. П. Петрова, Ли Тин-Мин и другие — о применении сшивающих аппаратов при операциях на желудочно-кишечном тракте и сосудах.

Был продемонстрирован усовершенствованный АИК, который выгодно отличается от аппарата Мелроуза (М. Г. Ананьев, Е. А. Вайриб). Профессора А. А. Вишнеvский, Б. П. Петровский, С. А. Колесников, Ф. Г. Углов и др. поделились опытом экспериментального и клинического применения АИК системы НИИЭХАИ. Эти работы сопровождались систематическим изучением патоморфологических и патофизиологических изменений организма (А. Г. Бухтияров, Е. М. Масюкова, М. С. Маргулис и др.).

О применении аллопластических трансплантатов, протезов, аппаратов и инструментов сообщили А. А. Арутюнов, С. Ф. Федоров, В. А. Жмур, Д. К. Языков, К. М. Сиваш, Т. Я. Арьев и др.

Прекрасная выставка инструментария и аппаратуры, демонстрация цветных научных кинофильмов, подробное ознакомление с устройством разнообразного оборудования и показ его в действии при операциях — все это дополнило очень интересную, хорошо организованную научную сессию.

М. Ю. Розенгартен  
(Казань)

## КОНФЕРЕНЦИЯ ПО ВОПРОСАМ ШКОЛЬНОЙ ГИГИЕНЫ

(3—5 февраля 1960 г., Москва)

Конференция была организована Научно-исследовательским институтом физического воспитания и школьной гигиены Академии педагогических наук РСФСР.

Ряд докладов был посвящен вопросу гигиены производственного обучения школьников старших классов. В результате анализа изменений физиологических функций организма школьников, работающих на металлообрабатывающих и текстильных предприятиях, в горячих цехах сталелитейных заводов и в учебно-производственной типографии, можно прийти к выводу, что труд положительно влияет на организм школьников, если условия работы соответствуют гигиеническим требованиям.

Там, где на предприятиях не соблюдаются правила гигиены, работа производится в условиях недостаточной вентиляции, сильной вибрации, шума, несоответствия размеров станков росту школьников, недостаточного освещения рабочих мест и т. д., в состоянии здоровья учащихся наблюдаются нежелательные сдвиги (переутомление, повышение АД, снижение жизненной емкости легких и пр.).

У большинства школьников, работающих в 1-ю смену, было выявлено недосыпание из-за раннего вставания, а при работе во 2-ю смену — нарушение режима питания, сокращение времени пребывания на воздухе. В группе детей, работающих в наборном цехе типографии, выявилась свинцовая интоксикация (снижение гемоглобина и токсическая зернистость эритроцитов).

При работе в сельском хозяйстве, наряду с общим укрепляющим и дисциплинирующим влиянием труда, выявился и целый ряд недочетов. Сезонность сельхозработ создает перегрузку для школьников в весенне-летнее время. Дети фактически лишаются летних каникул, так как работают по 6—8 часов ежедневно. Имеет место несоответствие сельхозинвентаря силам и росту учеников, отсутствует спецодежда и пр.

Выступавшие в прениях пришли к выводу о необходимости создания специальных учебных цехов, полностью отвечающих гигиеническим требованиям. К таким цехам целесообразно прикреплять несколько школ по районам. Работу в типографиях как вредную для здоровья школьников (свинец), пока не внедрен бессвинцовый сплав, — запретить. Необходимо продолжать исследования, особенно по вопросам режима дня и сочетания занятий в школе с производственным обучением.

О самообслуживании в школах выступили с докладами Н. Г. Дьячкова (Москва) и Г. В. Колчина (Сталино). Во многих школах при проведении самообслуживания нарушаются требования гигиены, нет специальной одежды и необходимых для уборки предметов. К мытью полов с передвижкой парт привлекаются дети 9—10 лет, для которых эта работа трудна и ведет к переутомлению. Докладчики и выступавшие в прениях по этому вопросу предлагают при проведении самообслуживания строго

придерживаться инструкции, за чем обязаны следить педагоги. К мытью полов привлекать детей лишь начиная с 13—14 лет.

В. М. Левин (Ленинград) сообщил о медицинской профессиональной консультации школьников. Школьные врачи на основании данных медосмотра должны давать совет, в какой профессии лучше работать ученику. Для этого они сами должны знать профессии и медицинские противопоказания к ним. Необходимо повысить знания школьных врачей по вопросам гигиены труда.

Ряд докладов был посвящен вопросу проектирования детских учреждений и освещения в школах.

Е. А. Тимохина (Москва) выдвинула вопрос о целесообразности размещения физкультурных зал и учебных мастерских вдали от классов. Докладчик предлагает или располагать мастерские в первом этаже с отдельно стоящим гимнастическим залом, или строить их в отдельном крыле здания, где гимнастический зал располагать во втором этаже.

Оживленные прения вызвало выступление С. С. Познанского (Киев) о пересмотре конфигурации классов. В связи со снижением проектной высоты школьных помещений предлагается квадратный класс размером 7,2 на 7,2 метра с двойным светом (слева и справа). Предложение вызвало целый ряд возражений.

В докладах отмечалась недостаточность естественного и, особенно, искусственного освещения в школах. Коэффициент естественной освещенности должен быть доведен до 2,5%, а освещенность на рабочем месте школьника должна быть не менее 150 люксов. Добиться этого можно путем двустороннего освещения классов (основное слева, дополнительное — справа), уменьшения простенков и переплетов рам, устранения всех затемняющих предметов и светлой окраской стен и мебели. Были предложены металлические рамы с узкими переплетами, увеличивающие освещенность на 25—30%. Парты и классные доски рекомендовалось окрашивать в зеленый цвет.

Для улучшения искусственного освещения предложено увеличить число световых точек в классе с 6 до 9 (3 ряда по 3 точки в каждом) и мощность ламп накаливания, внедрять люминесцентные лампы.

Было отмечено, что арматура для люминесцентных ламп («ребристый потолок») несовершенна, неудобна для эксплуатации и лампы часто выходят из строя. Для ламп накаливания, наряду с молочным шаром, рекомендуется кольцевая металлическая арматура. Она хорошо рассеивает свет, очень прочна, дешева, удобна.

В заключение конференции, проф. А. Т. Маркосян (Москва) внес предложение об усилении научно-исследовательской работы в области школьной гигиены, об унифицировании методик исследования, особенно в связи с «физиологизацией» школьной гигиены.

Асс. О. Ф. Чернова  
(Казань)

## НАУЧНЫЕ КОНФЕРЕНЦИИ, ПОСВЯЩЕННЫЕ 40-ЛЕТИЮ ТАССР КАЗАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

(7—10/V-60 г.)

Конференция проходила в течение четырех дней. Было заслушано 204 доклада.

На пленарном заседании после краткого вступительного слова директора института доц. Р. А. Вяселева доктор мед. наук В. В. Трейман сообщил о развитии культуры и здравоохранения в ТАССР за 40 лет.

За годы Советской власти в институте сделан ряд важных открытий в разных областях медицины: широко известны имена ученых Казани — профессоров Н. А. Миславского, А. Н. Миславского, А. Ф. Самойлова, В. Н. Терновского, М. Н. Чебоксарова, С. С. Зимницкого, Н. К. Горяева, А. В. Вишневского, И. В. Домрачева, Е. В. Адамюка, В. К. Меньшикова, В. С. Груздева и многих других, ныне работающих в Казани профессоров — В. В. Милославского, Л. И. Оморокова, З. И. Малкина, Н. В. Соколова, Т. Д. Эпштейна. В настоящее время в медицинском институте работает немало ученых татарской национальности — известные профессора А. Г. Терегулов, Х. Х. Мещеров, М. А. Ерзин, доценты З. Х. Каримова, Г. З. Ишмухаметова и ряд других, вносящих ценный вклад в развитие медицинской науки.

На этом же заседании был заслушан доклад проф. З. И. Малкина о коллагенозах, над изучением которых работает кафедра факультетской терапии. Второй доклад по этой проблеме был сделан проф. Е. Н. Коровяевым об особенностях течения ревматизма у детей, над чем работает кафедра госпитальной педиатрии.

В терапевтической секции 8 и 9/V заслушано 35 докладов, в которых была освещена клиника и терапия внутренних, инфекционных и профессиональных заболеваний. Заслуживают быть отмеченными сообщения Т. В. Распоповой, В. В. Талантова,



Л. С. Афонской о новых препаратах из группы фосфорорганических соединений, предложенных Казанским филиалом АН СССР (Б. Е. Арбузов), продуктивно работали в поликлинике по борьбе с грудной жабой Д. Е. Потехин, Р. С. Фазлуллина, Х. С. Бикбулатова, достигнуты успехи в борьбе с профессиональными заболеваниями и вредностями в химической промышленности (В. П. Камчатнов, И. Е. Голубовский). Сообщены новые данные о патологической реактивности организма (Н. В. Старкова, Ф. Т. Красноперов, В. И. Катеров, В. А. Ломакина и др.), о лечении язвенной болезни желудка, ревматизма, бластоматозных заболеваний (И. Л. Билич, С. И. Шербатенко, С. Г. Ключарева, Р. М. Шакирзянова и др.).

В хирургической секции выступили 14 докладчиков. Д. М. Зубаиров сообщил интересные данные о значении протромбинового комплекса, роль которого, по мнению докладчика, преувеличена; Б. Ф. Сметанин представил оценку прополиса, влияние которого при хирургических заболеваниях довольно ограничено. О строении рецепторной иннервации почек сообщил В. Н. Швалев, чем дополнительно осветил механизм влияния блокады по А. В. Вишневному; А. М. Хакимова представила материалы о зобной эндемии в ТАССР и необходимости борьбы с ней.

В акушерско-гинекологической секции было заслушано 12 докладов. К. Н. Сызганова выступила с интересными данными о консервативных методах устранения бесплодия; З. Х. Якубова, З. В. Сизова и С. П. Кудряшов сообщили об успешном применении препаратов гипофиза для ускорения родов; В. М. Зайцев и Б. Г. Садыков — об успешном лечении кортизоном посттрансфузионного шока, вызванного введением резус-несовместимой крови. Ряд докладов касался приемов обследования беременных, контрацепции, прерывания беременности и пр. (И. Ф. Поляков, К. А. Юрко, Л. В. Гизатуллина). Исследованием гликопротеинов сыворотки занималась Л. Г. Сотникова, что имеет значение в патогенезе токсемиков.

Секция гигиены и организации здравоохранения заслушала 21 доклад. Обширность программы свидетельствует о возросшем внимании к делу организации здравоохранения. Приступлено к разработке изучения смертности у пожилых. Для расширения работ в этом направлении предложено организовать секцию геронтологии в обществе гигиенистов. Целый ряд докладов был посвящен изучению заболеваемости и смертности, зобной эндемии в ТАССР и др.

В педиатрической секции были представлены доклады о лечении дифтерии, кишечных инфекций, ревматизма. Было сообщено о значении прививок при дифтерии, о распространении ее в старших возрастах и др. (В. И. Качурец, Н. П. Кудряшева, С. Х. Насыбуллина, Г. Г. Надырова), о тяжелом течении дизентерии на фоне гелиминтизации сообщила Н. А. Романова, об изменениях белковых фракций крови в динамике ревматизма — Е. М. Окулова, о частоте и особенностях течения васкулита — Н. В. Козлов.

В стоматологической секции интересен для врачей других специальностей доклад Н. Ф. Скоркиной об использовании для диагностики язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки гингивитов, стоматитов и других изменений слизистой рта. Л. М. Демнер сообщил данные о пораженности кариесом детей Казани, что связано, между прочим, с недостатком фтора в питьевой воде. Т. С. Шигабутдинов представил интересные данные о безболевым препарировании зубов с помощью турбодора с 250 тыс. об. в минуту. А. А. Погодина указала, что при искусственном вскармливании сохраняются младенческая прогнатия и недостатки прикуса. Представлены были сообщения о новых аппаратах и методах (Т. С. Шигабутдинов и С. А. Дубивко, Г. Г. Насыбуллин, М. З. Миргазизов, Л. М. Демнер).

Успешно работала секция дермато-венерологов. В связи с присутствием на ней 17 гостей, прибывших из районов ТАССР, из Горьковского мединститута, из Чувашской и Мордовской АССР, секция превратилась в своего рода межобластную конференцию. Украсила заседания выставка достижений дермато-венерологической службы в ТАССР в виде ряда диаграмм и таблиц. Заслушано 22 доклада. Была освещена история борьбы с венерическими и кожными заболеваниями в ТАССР (Б. С. Биккенин, В. К. Сучкова, Г. Г. Нурева и др.). Почти полностью ликвидированы в ТАССР заразные формы сифилиса, снижена заболеваемость гонорреей, почти нет чесотки, усилена борьба с дерматомикозами. 5 докладов было посвящено проблеме красной волчанки (К. Ф. Фомин, Б. С. Биккенин). Г. А. Главинская (Горький) указала на положительное влияние кортикостероидов в ее лечении. Сообщены данные об эффективности лечения дерматофитий фосфорорганическими соединениями (А. И. Бизяев и Б. С. Биккенин), о диспротениемии при пузырьчатых дерматозах (Н. А. Добротина, Горький).

На секции физиологов заслушано 19 докладов — 10 с кафедры физиологии, 6 — с патологической физиологии, 3 — с фармакологии. О трофической роли ацетилхолина в деятельности мионеврального соединения сообщил Л. Н. Зефир, об изменениях в ацетилхолинообразовательном процессе — Д. И. Малкина и Х. С. Хамитов, о сдвигах в активности тканевой холинэстеразы при депанкреатизации — Х. С. Хамитов, врач Р. М. Давлетшина представила новые данные о липокаине. Доклады с кафедры касались значения медиаторов в физиологических процессах, происходящих в нервной системе. Под влиянием лучевой болезни наступает нарушение синтеза симпатина (И. Н. Волкова и др.), при перитонитах нарушаются холин- и адренэргические системы (О. С. Кочнев). С кафедры патологической физио-

логии были представлены интересные данные о нарушениях регуляции кровообращения и дыхания при дифтерии (И. П. Гаранина), о путях рефлекторных влияний с желчного пузыря на кровообращение и дыхание (Т. Б. Толлегина), о выработке антител в лимфоузлах при брюшном тифе (В. И. Курочкин). Кафедра фармакологии представила новые данные о препаратах производных этиларсиновой и этилфосфиновой кислот и тарина (Д. М. Зубаиров, Г. Ф. Ржевская, И. В. Заиконникова и др.).

В секции микробиологов З. Х. Каримова сообщила о новом методе культивирования лептоспир на плотных средах, о выделении нового вида лептоспиры-«раттус» в ТАССР, о лечении прополисом гриппа, парши, радикулитов и некоторых инфекционных болезней. Е. К. Наумова сообщила о новой теллуритовой среде для выделения дифтерийных микробов, об экспресс-диагностике дифтерии, о действии прополиса на дифтерийные микробы. К. Б. Старосельская и др. доложили о бактерицидном действии сложных эфиров этилфосфиновой кислоты на возбудителей брюшного тифа, дизентерии и других заболеваний.

На секции психиатров и невропатологов (8 докладов) были заслушаны сообщения об организации психиатрической помощи, вопросы клиники и судебно-медицинской экспертизы.

В пленарном заседании 10 мая проф. В. Н. Мурат сообщил итоговые сведения об исследованиях коллектива кафедры за ряд лет по вопросу изучения системы нервного снабжения органов брюшной полости через блуждающий нерв. Сделанные сотрудниками морфологические изыскания (Мещеряков, Коротков, Петрова и др.) позволяют сделать вывод о новой системе нервного снабжения брюшных внутренностей, что получило признание также на Всемирном конгрессе морфологов в Нью-Йорке, где автор доклада сделал сообщение в апреле 1960 г.

Проф. А. Г. Терегулов поделился данными о значении внешнего дыхания и его расстройств для клиники, увязав это с открытиями казанских физиологов, в частности Н. А. Миславского.

В целом конференция показала, что ученые Казанского медицинского института, успешно разрабатывая актуальные проблемы медицинской науки и практики, имеют определенные достижения к славному 40-летию ТАССР.

Проф. В. Н. Шубин  
(Казань)

## КАЗАНСКИЙ ИНСТИТУТ ОХРАНЫ ТРУДА

(24—26/V-60 г.)

На конференции присутствовали, наряду с медицинскими работниками, также и инженерно-технические.

Из докладов на санитарно-гигиенические темы привлекло внимание сообщение Н. Н. Краснощекова, охарактеризовавшего условия труда в валяльно-войлочном производстве, где в воздух выделяется пыль в концентрации, в десятки и даже в сотни раз выше предельно-допустимой. Следует отметить, что эта пыль содержит до 50% свободной двуокиси кремния и может вызвать силикоз. Рентгенологические исследования 1000 рабочих, проведенные Н. А. Хасановой, подтверждают вывод о силикозоопасности данной пыли (выявлено 35 чел. с различной стадией силикоза и 36 с подозрением на него). В целях профилактики силикоза и резкого снижения запыленности воздуха необходимо предварительное мытье шерсти, что даст большой санитарно-гигиенический и экономический эффект.

Р. Ш. Самитова в докладе об условиях труда в стекольной промышленности и заболеваемости рабочих в производстве стекловолнока представила данные о профессиональном дерматите, связанном с воздействием одного из замаскивателей. Это обстоятельство должно быть учтено при проектировании предприятий стекловолнока, строящихся в ТАССР.

Б. П. Луговкин доложил о методе определения ацетона в воздухе промышленных предприятий, в присутствии соединений, содержащих карбонильную группу (камафара, метилэтилкетоны), спирты и сложные эфиры.

Ф. И. Труханов сообщил о путях оздоровления условий труда в формалиновых цехах меховых фабрик. В предложенной им схеме механизации производственного процесса по обработке шкур формалином главное место занимает широкопроходная гладильная машина, изготовление опытного образца которой заканчивается. Внедрение ее в производство, в сочетании с формалино-намазной машиной проходного типа, обещает большой оздоровительный и экономический эффект.

В. М. Иоффе доложил об установке для сухого обеспыливания спецодежды. Институтом разработаны чертежи установки, в которой все операции (загрузка, обеспыливание спецодежды и ее выгрузка) механизированы.

Ю. А. Афанасьев сделал попытку создать четкую классификацию причин производственного травматизма, однако предложенная им классификация имеет ряд спорных пунктов.

Канд. техн. наук В. Н. Трояновский детально осветил специфические условия вентиляции приточных и пошивочных цехов обувных фабрик и предложил новые, оригинальные приемы вентиляции.

Им совместно с инж. Б. Г. Бобошиным удачно решена задача по созданию оптимального микроклимата на рабочих местах, разбросанных по большой площади цехов обувного производства, и созданы новые регулируемые приточные плафоны, которые, несомненно, найдут применение во многих отраслях легкой промышленности.

В. И. Калягиным разработан новый способ вентиляции путем совмещения аэрации с механическим местным притоком и размещением душирующих устройств в зоне местного притока. Это позволяет без значительных затрат создавать в летнее время на рабочих местах благоприятные условия для работы.

П. М. Черменский доложил о рационализации освещения на валяльно-войлочных фабриках.

В его рекомендациях доказывается необходимость перехода от симметричного (относительно стен) распределения световых точек к строго локализованному и переводу ряда основных цехов с ламп накаливания на люминесцентные, что позволит поднять освещенность всех рабочих мест до нормы без увеличения суммарной мощности осветительных установок.

Е. Т. Земляничная

## ОБЩЕСТВО ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГОВ

(8—10 июня 1960 г.)

В конференции приняли участие 75 оториноларингологов Казани, районов Татарии и других областей.

Во вступительном слове министр здравоохранения ТАССР Р. Ю. Ярмухаметова отметила успехи здравоохранения республики за годы Советской власти и охарактеризовала большую роль, которая возлагается на Казанское общество в деле подъема качества специализированной помощи.

С обзорным докладом о деятельности Казанского общества оториноларингологов с момента его организации (1927 г.) выступил председатель общества проф. Н. Н. Лозанов. За отчетный период проведено 286 заседаний.

Т. А. Орлова осветила работу ЛОР-отделения Республиканской клинической больницы за 1954—59 гг. по оказанию помощи населению ТАССР, Е. И. Лебедева сообщила о скорой и неотложной ЛОР-помощи, оказанной отделением и кафедрой Казанского медицинского института за тот же период. Ю. В. Нестеров, А. А. Маланничева и М. В. Семенова доложили об оториноларингологическом обслуживании нефтяников и сельского населения районов ТАССР. Все докладчики отметили необходимость дальнейшего расширения коечной ЛОР-сети и пополнения в ряде районов республики кадров ЛОР-врачей.

О подготовке и усовершенствовании врачей-отоларингологов в Казанском ГИДУВе за последние 10 лет доложил проф. В. В. Громов.

Г. Л. Файзуллина сформулировала задачи перед ЛОР-врачами республики в борьбе со злокачественными заболеваниями.

Доц. С. П. Яхонтов сообщил о снижении летальности при отогенном сепсисе, которая пала благодаря активному лечению в последний год до нуля. Доц. Ф. В. Касгорский посвятил свой доклад важности сочетания двух принципов в хирургическом лечении хронических отитов — санационного (радикальное удаление очага) и функционального, осуществление которого достигается методами тимпанопластики и щадящими вмешательствами, направленными на сохранение аппарата звукопроведения. Доц. Г. А. Жарковский поделился опытом диспансерного лечения больных с вестибулярными расстройствами (наблюдение над 200 больными с болезнью Меньера). С докладом «О речевой аудиометрии в диагностике слуховых поражений» выступила З. Ф. Поликарпова, показавшая преимущество речевой аудиометрии перед тональной. О работе Казанского пункта слухового протезирования и практике применения новых слуховых аппаратов доложила врач Р. В. Холопова, поделившаяся опытом применения новых слуховых протезов у 350 тугоухих. О. В. Михайлова, Г. В. Букина сообщили о благоприятном эффекте рентгенотерапии перихондритов ушной раковины.

М. Д. Быстрицкий доложил о диагностике и лечении функциональной афонии, подчеркнул необходимость комплексного лечения (психотерапия, медикаментозное лечение, физиотерапия, тренировка дыхания). Э. В. Зайцева сообщила о резком снижении заболеваемости дифтерией и дифтерийным крупом, в частности в результате успехов профилактики и лечения дифтерии. Т. П. Иваненко привела данные комбинированного лечения папилломатоза гортани (удаление папиллом и лучевая терапия).

Р. А. Абукова охарактеризовала частоту заболеваний верхних дыхательных путей и особенно хроническим тонзиллитом среди юношей 16—18-летнего возраста. Установлено снижение заболеваемости по сравнению с довоенным уровнем. Г. С. Яхонтов поделился наблюдениями оперативного лечения срединных свищей шеи без резекции подъязычной кости. А. Я. Чеканова сообщила о распознавании кист гайморовых пазух на основании их рентгенографии в разных проекциях.

М. В. Загородская обратила внимание в своем докладе на наблюдавшиеся в клинике случаи тяжелых аллергических реакций при применении при ЛОР-заболеваниях пенициллина, биомидина, диканна при самых различных способах их введения (инъекции, приеме внутрь, закапывании). Об исследовании белковых фракций крови как показателе активности инфекционно-аллергических процессов сообщил П. С. Бусыгин. Г. О. Зубаирова сообщила о прогностическом значении электроэнцефалографии при ревматизме.

Выступившие в прениях практические врачи и научные работники поделились опытом работы на местах и внесли ряд конкретных предложений по улучшению ЛОР-помощи.

Проф. Н. Н. Лозанов в заключительном слове отметил, что 40 лет назад в Казани были лишь единицы врачей, по преимуществу хирургов, занимающихся оториноларингологией. Прошедшая конференция, собравшая широкую аудиторию, служит яркой демонстрацией успешного развития оториноларингологии в ТАССР. Особенно ценно участие в конференции врачей с периферии Татарии.

Е. Г. Арсеньев  
(Казань)

## БИБЛИОГРАФИЯ И РЕЦЕНЗИИ

---

Сборник научных трудов 1-й Республиканской клинической больницы г. Ижевска, под ред. проф. А. Я. Губергрица

Коллективы сотрудников 1-й Республиканской клинической больницы и расположенных на ее базе клиник Ижевского медицинского института выпускают под редакцией руководителя госпитальной терапевтической клиники проф. А. Я. Губергрица уже не первый тематический сборник.

Рецензируемый сборник посвящен проблеме язвенной болезни; в нем представлены труды как терапевтов, так и хирургов.

Объединенный общностью тематики, отражающий местный материал и большой личный опыт авторов, сборник, несомненно, представляет интерес для научных работников и практических врачей. Можно, конечно, согласиться с мнением редакционной коллегии, что «хотя многие из сообщений и не вносят принципиально нового, однако, обобщая опыт отдельных коллективов, накопленный в процессе лечения значительного контингента больных, они являются своего рода небольшими крупицами знаний, вкладываемых в общее дело изучения и борьбы с язвенной болезнью».

С этих позиций мы и будем рассматривать настоящий сборник.

Книга открывается содержательной статьей проф. А. Я. Губергрица, который рассматривает некоторые вопросы функциональной патологии и терапии язвенной болезни, обобщая исследования руководимого им коллектива. Приводятся данные о клинической характеристике язвенной болезни по наблюдениям госпитальной терапевтической клиники за 19 лет (1938—1956 гг.—А. В. Белокрылова и С. И. Юдасина); ряд работ посвящен изменениям различных органов и систем, развивающимся при язвенной болезни, своеобразно окрашивающим течение заболевания в каждом отдельном случае. Речь идет о клинических проявлениях и нарушениях функции печени и желчных путей (А. Я. Губергриц), поджелудочной железы (Я. С. Циммерман), толстого кишечника (М. М. Головизнина), периферической крови (В. М. Миронова; В. Г. Безбородова), сердечно-сосудистой системы (В. Ф. Машагатов), щитовидной железы (Л. А. Лещинский) и пр. В ряде работ рассматриваются итоги применения различных лечебных мероприятий, являющихся элементом комплексной терапии язвенной болезни (новокаиновая блокада, удлиненный медикаментозный сон, подкожное введение консервированной крови, физиотерапевтические методы). Две работы посвящены изучению влияния минеральной воды Ново-Ижевского источника на различные функции желудка и больных язвенной болезнью. Специальная статья отведена важному вопросу профилактики и диспансеризации при язвенной болезни (Т. Н. Макарова).

Вторая часть книги (по содержанию, а не по формальному делению) посвящена различным аспектам хирургического лечения язвенной болезни, анализу тактики хирурга при различных осложнениях, преимуществам и недостаткам различных методов оперативного вмешательства.

Так, в статье проф. С. И. Ворончихина обобщаются показания и рассматривается вопрос о методике хирургического лечения больных язвенной болезнью, анализируется тактика хирурга при острых гастродуоденальных кровотечениях, рассматриваются некоторые спорные вопросы лечения прободной язвы, оцениваются отдаленные результаты оперативного лечения больных язвенной болезнью и пр.

Ознакомление с содержанием книги дает возможность сделать несколько замечаний по частным вопросам.

1. Едва ли имеет смысл ориентироваться при клинико-физиологическом анализе секреторной функции желудка целиком на метод Быкова — Курцина, при применении которого отождествляются сложнорефлекторная и механическая секреторные реакции, а также не учитывается последствие первой фазы секреции при последующем изучении второй ее фазы. Характеристика первой фазы секреции при использовании данного метода исследования, как справедливо полагает проф. О. Л. Гордон, оказывается недостаточно полной. Применение спирта в качестве пробного завтрака вряд ли целесообразно, так как спирт обладает сложным механизмом действия и не является для человека адекватным физиологическим раздражителем.

2. Можно согласиться с тем, что применение антибиотиков при холециститах целесообразно, однако, к сожалению, в книге не указывается на необходимость посева желчи, получения соответствующей флоры и определения чувствительности последней к различным антибиотикам с последующим применением наиболее активного, в каждом конкретном случае, антибиотика.

3. Вызывает удивление большое число больных с относительно недавно произведенными гастроэнтеростомиями по поводу язвенной болезни. В настоящее время, когда резекция желудка в этих случаях, бесспорно, стала операцией выбора, каждый случай гастроэнтеростомии должен иметь соответствующее объяснение (тяжесть состояния больного, техническая невозможность резекции желудка, неопытность хирурга и пр.). Мне кажется, что эту мысль следовало бы подчеркнуть в сборнике еще более рельефно. Между тем из 403 оперированных в факультетской хирургической клинике 271 больному был наложен гастроэнтероанастомоз, причем многим больным с органическим стенозом привратника или двенадцатиперстной кишки, что не может не вызвать возражения.

4. Не может не вызвать сомнения и утверждение хирургов Г. И. Волкова и М. Н. Ненилина, что ушивание при прободной язве является методом выбора (авторы, правда, делают оговорку: «особенно больным, поступающим позднее 12 часов с момента перфорации»). Но ведь, по данным авторов, большинство больных (114 человек) «оперировались в первые 12 часов с момента перфорации». Авторы почему-то ограничивают показания к резекции желудка у больных с прободной язвой, каллезной язвой, опасностью стеноза или подозрением на злокачественное перерождение. Между тем известно, что операция ушивания ничего не меняет принципиально в патологических механизмах, ведущих к язвенной болезни, и никоим образом не гарантирует от ее рецидива. В этом смысле резекция желудка обладает неизмеримо большими преимуществами, и, несмотря на большие технические трудности, следует рекомендовать расширение применения этого метода, во всяком случае при быстрой транспортировке больных в хирургическое отделение. Огорчает отсутствие литературного указателя после каждой статьи. В целом книга, несмотря на некоторые основания для дискуссии (что вполне естественно), будет прочитана с интересом и пользой.

О. С. Радбиль  
(Казань)

#### Нижегородцы в естествознании и медицине

*Сб. статей. Горьковский медицинский институт им. С. М. Кирова, г. Горький, 1959, 91 стр., тираж 500 экз., цена 3 руб. 50 коп.*

На местах работа по истории медицины разворачивается очень интенсивно и дает все более интересные результаты. Свидетельство этому — сборник, явившийся итогом двухдневной историко-медицинской конференции, созданной в связи с открытием Горьковского музея истории медицины.

В сборнике в статье В. И. Дмитриевой приведены новые материалы о революционной деятельности Н. А. Семашко в 1905 г. в период его работы в Нижнем Новгороде. «Нет почти ни одного донесения жандармского управления, где не упоминалось бы имя Семашко. Его видели за городом на маевке, где выступал Я. Свердлов. Он был замечен на митинге 12 июля на Острожной площади, в Гацисском училище, в поле «за винным складом» и т. д. Н. А. Семашко часто ездил в Сормово, выступал на рабочих собраниях, уделял много времени работе среди железнодорожников в Канавине, встречался с врачами, ведущими занятия с санитарными дружинницами, принимал горячее участие в подготовке к вооруженному восстанию».



Дело кончилось, как и следовало ожидать, арестом. При обыске 15 декабря у А. П. Невзоровой были найдены заметки Н. А. Семашко по организации клубов, библиотек, развитию пропаганды, устройству митингов и созданию боевой организации. Он регулярно бывал на заседаниях губернского санитарного совета. Выступления Н. А. Семашко в совете отражали настойчивость врача-большевика, верящего в близость революции и подходящего с позиций этого ближайшего будущего к решению вопросов охраны здоровья народа.

Вскоре ему пришлось эмигрировать за границу.

Из эмиграции Н. А. Семашко вернулся в 1917 г. и некоторое время прожил в Н. Новгороде. На губернской партийной конференции, в начале октября 1917 г., он был избран в состав Губернского комитета партии, но вскоре уехал в Москву, где был первым Наркомом здравоохранения. Будучи Наркомом, Н. А. Семашко несколько раз приезжал в Н. Новгород, помогал в организации медицинского дела.

Очень интересные данные о первой русской женщине-враче нижегородке Н. П. Суловой приведены А. Ф. Ефремовым.

Н. П. Сулова училась сначала в Москве; она была первой русской женщиной, поступившей в Медико-хирургическую академию. «Для этого, как сообщал журнал «Дело», ей пришлось выдержать полный гимназический экзамен (не женской, а мужской гимназии). Несмотря на то, что экзамены из латинского языка и математики продолжались по два часа каждый, несмотря на всю строгость, с которой производилось это испытание, г-жа Сулова получила такое свидетельство, что имела бы право, если бы была гимназистом, на получение золотой медали, какие даются воспитаннику, кончающему курс в гимназии первым».

Однако закончить курс в Академии ей не удалось. Вместе с Боковой-Сеченовой Суловой пришлось поступить в Цюрихский университет, который блестяще закончила в 1867 г. Вместе со своим мужем Ф. Ф. Эрисманом, впоследствии известным гигиенистом, она в 1869 г. приехала в Россию и стала врачом-практиком, сначала акушером-гинекологом в Петербурге, а последние годы своей жизни провела в Крыму близ Алушты, где 75 лет от роду, в 1918 г. скончалась.

«И. М. Сеченов и Нижегородский край» — так назвал свою статью проф. Н. Ю. Беленков. Село Теплый Стан, родина И. М. Сеченова, входит в пределы Горьковской области. Здесь он провел первые 14 лет своей жизни. Порвав с Инженерным училищем, Сеченов вернулся в Теплый Стан, после чего вскоре поступил в Московский университет. С родиной он не порывал и каждый год во время каникул приезжал в Теплый Стан, часто бывал и в Н. Новгороде, где «с большой охотой и мастерством» читал научно-популярные лекции.

Русскому предшественнику Дарвина — К. Ф. Рулье посвящены две интересные статьи сборника — В. Д. Семенова и М. М. Абрашева. В одной речь идет о вкладе ученого в науку; в другой — о годах, проведенных им в Н. Новгороде. До последнего времени, как говорят исследователи научного наследства К. Ф. Рулье — Л. Ш. Давиташвили и С. М. Микулинский, — «о родителях, равно как и о детских годах, пока ничего не известно». По документам Горьковского областного архива М. М. Абрашев установил, что знаменитый ученый родился в семье сапожника в 1814 г. Интересно отметить, что среди его друзей и приятелей было много ремесленников, находившихся под строгим полицейским надзором.

Каждая деталь жизни ученого интересна, в особенности, если вспомнить, что А. И. Гершен характеризовал К. Ф. Рулье как человека, прокладывавшего новую дорогу в науку, ученого большой смелости и живого понимания науки.

Известному гигиенисту проф. А. Н. Сысину посвящена статья проф. И. И. Беляева. Уроженец Н. Новгорода, Алексей Николаевич Сысин за участие в «студенческих беспорядках» в Московском университете был выслан на родину, где был одним из создателей «Нижегородской социал-демократической организации». Студенты издавали листовки и прокламации, вели пропагандистскую работу на заводах. В феврале 1902 г. А. Н. Сысин был арестован, год сидел в тюрьме и затем по этапу выслан в Сибирь. В 1905 г. был освобожден по амнистии и вернулся в Н. Новгород, где вошел в состав городского комитета социал-демократов, опять был арестован, но вскоре бежал из заключения.

По окончании университета А. Н. Сысин стал работать в Нижегородском земстве санитарным врачом.

В сборнике есть статьи и о рядовых врачах, работавших в Н. Новгороде и губернии, например, о санитарном враче Е. А. Брагине, вся долгая жизнь которого связана с родным городом.

Земский врач Д. А. Венский — еще один из тех, кого Горький называл «маленькие великие люди». 32 года непрерывно проработал он в Нижегородской губернской земской больнице; десятки тысяч людей с благодарностью вспоминали его имя.

Многие другие замечательные врачи Н. Новгорода и Нижегородской губернии отмечены в статьях данного сборника.

Ценны соображения Н. В. Иванова в статье «Значение философских взглядов Н. А. Добролюбова для становления отечественной психотерапии».

Интересную страничку из истории хирургии в Нижегородской губернии открывает статья проф. А. А. Ожерельева, вспомнившего хирургов прошлого — ученика

Н. И. Пирогова Егора Богдановича Еше, начавшего свою деятельность в Н. Новгороде более 100 лет тому назад; хирурга А. Н. Куняева, одним из первых в России предложившего резекцию желудка по поводу рака; выдающегося хирурга и автора многих научных работ П. Н. Михалкина.

Сборник насыщен материалами, читается с неослабевающим интересом, выход его следует приветствовать и порекомендовать его читателям.

Следует отметить и недостатки книги.

Прежде всего, приходится пожалеть о краткости и фрагментарности многих статей. Наряду с такими статьями, как, например, В. И. Дмитриевой о Н. А. Семашко, где с достаточной полнотой описана его деятельность в Н. Новгороде, имеются и статьи, скорее напоминающие тезисы.

Отсутствует вводная статья, посвященная истории города, его общественным традициям, истории его общественных учреждений — всем тем условиям, которые наложили свой отпечаток и на деятельность медиков и естествоиспытателей.

Приходится пожалеть, что в сборнике нет ни одной фотографии. Если приводить фотографии Семашко излишне, то фотографии гораздо менее известных врачей и ученых, вышедших из Н. Новгорода, следовало бы поместить. Недостатком является и отсутствие библиографии.

Недостатки эти — следствие новизны дела, и, надо думать, в последующих изданиях они будут устранены.

Следует пожелать, чтобы подобного рода конференции, посвященные жизни и деятельности медиков, уроженцев того или иного города, области были проведены в каждом культурном центре нашей страны. Можно себе представить, сколько интересного таят в себе архивы города Казани с его старейшим университетом.

Кафедрам истории медицины многих городов можно только порекомендовать последовать примеру Горьковского медицинского института: В каждой области и в каждом городе были знающие, преданные своему делу, своему народу, самоотверженно трудившиеся и завоевавшие любовь и уважение врачи, акушерки, фельдшера, жизнь которых достойна внимания и изучения. Давно пора начать более глубокое и систематическое изучение и истории медицины советского периода и достижений советских медиков.

Научные общества историков медицины, возникшие за последние годы в десятках городов Советского Союза, и научные общества врачей разных специальностей могут сделать хорошее дело, если, не откладывая в долгий ящик, проведут у себя такого рода конференции.

Б. Д. Петров  
(Москва)

## КРАТКОЕ СОДЕРЖАНИЕ СТАТЕЙ, ПОСТУПИВШИХ В РЕДАКЦИЮ

Н. А. Сулимовская, О. И. Криволицкая, Н. М. Конакова  
(Харьков). Клинико-патофизиологическая характеристика  
действия коргликона при сердечной недостаточности

Под нашим наблюдением было 125 больных, леченных коргликоном. У большинства из них сердечная недостаточность развивалась на фоне ревматических пороков сердца, реже вследствие атеросклеротического кардиосклероза, и еще реже — легочно-сердечной недостаточности.

Коргликон применялся внутривенно в дозах 0,0006—0,0009 в 20 мл 40% раствора глюкозы по одному, а у некоторых больных — по два раза в день на протяжении 15—45 дней. Многие больные получали также камфару, кофеин и при ревматических эндокардитах антибактериальные и десенсибилизирующие средства.

Самым ранним проявлением положительного действия коргликона является замедление сердечного ритма у большинства больных на 10—25 ударов в мин. При мерцательной аритмии дефицит пульса исчез у 23 больных, у 10 уменьшился и у 4 не изменился. Увеличение суточного диуреза наступало уже после 3—4 вливаний и достигало 1,2—2 л в сутки.

Улучшалось общее самочувствие больных, уменьшались одышка, сердцебиение, размеры печени; значительно уменьшались, а у многих больных и совсем исчезали застойные явления в легких, отеки на конечностях и асцит.

У 13 больных с далеко зашедшими изменениями в сердечной мышце, циррозом печени, обычно с нарушением кровообращения III степени, коргликон не оказал должного терапевтического действия.

Длительное применение коргликона не вызывает никаких побочных явлений.

Мы определяли содержание каталазы, пероксидазы и сахара в крови до лечения

у 98 больных и после лечения коргликоном у 37 больных сердечной недостаточностью II-Б и III степеней.

Коргликон, как и глюкоза, оказывает стимулирующее влияние на активность окислительных ферментов в крови. Коргликон вызывает повышение сахара в крови, очень сходное с повышением после введения адреналина. Можно полагать, что кризис сахара после введения коргликона по своему генезу — адреналиновые. Отсутствие повышения сахара в крови после введения коргликона может быть обусловлено не только нарушением углеводной функции печени, но и понижением функции коры надпочечников.

**Л. И. Жуковский** (Васильковская райбольница, Киевской области). **АКТГ-цинк-фосфат и кортизон в комплексной терапии уретро-окуло-синовиального синдрома (Рейтера)**

В советской литературе описано очень немного больных с данным синдромом. Поэтому нам казалось уместным привести свои наблюдения над двумя такими больными.

I. Б-ная Я., 51 г., поступила 30/VII-58 г. с жалобами на острые боли в суставах — плечевых, локтевых, лучезапястных, кистей рук, коленных и голеностопных; отеочность коленных, плечевых и суставов кистей рук, повышение температуры по вечерам до 37,6°, общую слабость, недомогание.

Считает себя больной с 1953 г. После простудного заболевания появились боли в суставах, отеочность суставов верхних и нижних конечностей, повышение температуры. Лечилась в районной больнице, а затем — в Украинском институте клинической медицины им. акад. Н. Д. Стражеско, где был проведен курс лечения АКТГ. В течение года чувствовала себя хорошо, затем снова наступило ухудшение с поражением суставов. Лечилась амбулаторно в Москве радоновыми ваннами, уроданом, пирамидоном. Улучшение наступило после трехмесячного амбулаторного и санаторно-курортного лечения, после чего возобновились боли в суставах и отеочность их, появились рези при мочеиспускании, иногда — приступы почечной колики, и больная поступила в стационар.

Жалуется на головные боли, плохой сон, раздражительность, одышку при быстрой ходьбе, боли колющего характера в области сердца. Указаний на дизентерию в анамнезе нет.

Общее состояние тяжелое, положение в постели пассивное, на спине, без движений, выражение страдания на лице. Подкожный жировой слой развит значительно. Видимые слизистые оболочки бледно-розовые, слизистые век гиперемированы. Дыхание везикулярное. Пульс 86, ритмичный, удовлетворительного наполнения, АД — 120/80. Левая граница сердца смещена на 2 см влево от грудинно-ключичной линии. Первый тон на верхушке приглушен, сопровождается коротким систолическим шумом, акцент 2-го тона на аорте. Симптом Пастернацкого слабopоложителен с обеих сторон. Отеочность суставов кистей.

Консультация отоларинголога: миндалины атрофичны, рыхлы, содержат пробочки. Консультация гинеколога: за последние 2 года месячные нерегулярные, климакс. Консультация уролога: пиелостит.

Нв — 66%, Э — 3 970 000, Л — 6 800, формула без особенностей.

Анализ мочи: уд. вес — 1025, следы белка, лейкоцитов — 30—40 в поле зрения. Гонококк Нейссера в мазке из уретры не обнаружен. Данные ЭКГ говорят за диффузные дистрофические изменения миокарда, больше левого желудочка.

Назначены пенициллин 600 000 ед. в сутки и АКТГ-цинк-фосфат по одной внутримышечной инъекции в сутки в дозе 20 ед.

На 5-й день лечения почувствовала себя значительно лучше, боли в суставах уменьшились, движения в них стали свободнее. С 21-го дня лечения получала в сутки 10 ед. АКТГ-цинк-фосфата в течение 10 дней, а затем инъекции производились 2 раза в неделю. Всего в стационаре получила на курс 540 ед. АКТГ-цинк-фосфата. Побочных явлений не отмечалось. Б-ная начала ходить, температура нормализовалась, РОЭ снизилась до 20 мм/час, дизурические явления прекратились. Выписана со значительным улучшением, назначено амбулаторное лечение — введение препарата по 10 ед. 2 раза в неделю.

II. Б-ная К., 30 лет, поступила 16/X-58 г. с жалобами на боли в суставах рук и ног, в позвоночнике, отсутствие движений в коленных и голеностопных суставах, ощущение скованности и болезненности в челюстных суставах, плохое открывание рта, рези при мочеиспускании, склеивание век по утрам.

Считает себя б-ной с 1948 года, когда после сильного переохлаждения появились боли и отеочность в коленных суставах, повышение температуры. Лечилась в сельской больнице и вскоре болезненные явления прошли. В 1949 г. наступило новое обострение, отеки лучезапястные и межфаланговые суставы, а затем и голеностопные, появились рези при мочеиспускании. Не могла ходить, но лечилась только домашними средствами и за медицинской помощью не обращалась. Полного восстановления движений в суставах рук и ног не наступило, остались тугоподвижность и скованность. Начиная с 1950 г. после нового обострения болезни, улучшения бывали кратковременны и неполны, исчезли движения в коленных суставах, затем в локтевых, голеностопных, в позвоночнике, и на протяжении 8 лет б-ная оставалась прико-

ванной к постели, постоянно нуждаясь в посторонней помощи и уходе. Особенно тягостным положение стало, начиная с лета 1958 г., когда все меньше начал открываться рот, и она уже могла питаться только жидкой пищей. В таком состоянии поступила в отделение.

Указаний на дизентерию в прошлом нет.

Б-ная пониженного питания. Температура — 37°. Положение в постели — вынужденное, на спине, с согнутыми в коленях ногами. Мышцы конечностей атрофичны. Кожные покровы бледны, влажные, видимые слизистые бледно-розовые, конъюнктивита век и склер инъецирована, язык влажный, чистый. Дыхание ослабленное. Левая граница сердца смещена на 1 см кнаружи от срединно-ключичной линии; первый тон на верхушке приглушен, сопровождается систолическим шумом, акцент 2-го тона на легочной артерии. Пульс 70, ритмичный АД — 100/60. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон.

Консультация окулиста: конъюнктивит. Консультация уролога: цистит.

Нв — 75%, Э. — 3 804 000, Л. — 8600, формула без особенностей. РОЭ — 15 мм/час.

Анализ мочи: реакция кислая, уд. вес. — 1017, белка — 0,66‰, лейкоцитов 10—15 в поле зрения, эритроцитов измененных и мало измененных — 30—40 в поле зрения, цилиндры. Проба по Зимницкому отклонений от нормы не представляет. Мазок из уретры: большое количество слизи и лейкоцитов, гонококк Нейссера не обнаружен.

При рентгенографии коленных суставов определяется резкая атрофия костей. Губчатое вещество разрыхлено, перекладины грубые. Суставные хрящи разрушены. Костные суставные поверхности резко деформированы и срослись в сведенном состоянии под углом 90°, образуя костный анкилоз. Заключение: конечная стадия хронического полиартрита с образованием костного анкилоза обоих коленных суставов.

ЭКГ: левое преобладание, частично за счет высокого стояния диафрагмы. Диффузная гипоксия миокарда.

Больной проведено лечение кортизоном (всего 3,0 на курс). Кроме того, она получала антибиотики (синтомицин, стрептомицин), альбуцид (глазные капли) и бутадон (15,0 на курс).

Под влиянием лечения общее состояние существенно не изменилось. Единственным ощутимым успехом следует считать восстановление движений в челюстных суставах, благодаря чему восстановилась жевательная функция и получена возможность нормально питаться. Явления конъюнктивита уменьшились.

**Н. А. Лифшиц (Ленинград). Течение казеозной пневмонии у туберкулезных больных, лечившихся антибактериальными препаратами**

За 1952—57 гг. под нашим наблюдением было 53 больных казеозной пневмонией в возрасте от 20 до 60 лет и выше; мужчин — 34, женщин — 19. У 6 казеозная пневмония была первым проявлением болезни, у 47 явилась обострением прогрессирующего легочного туберкулеза (у 46 — хронического фиброзно-кавернозного, у 1 — диссеминированного). У 21 давность заболевания туберкулезом равнялась 3—5 годам, у 26 — свыше 5 лет. У 7 человек казеозная пневмония развилась вследствие аспирации крови при легочном кровотечении.

Все больные лечились комбинациями стрептомицин + фтивазид + ПАСК, стрептомицин + фтивазид, стрептомицин + ларусан, стрептомицин + фтивазид + тибон. Количество их варьировало от 35,0 до 150,0 стрептомицина и от 25,0 до 200,0 фтивазида. У 2 больных с первичной казеозной пневмонией лечение антибактериальными препаратами было дополнено пневмоперитонеумом и френикоалкоголизацией, и у 2 — только пневмоперитонеумом.

У всех 6 больных «истинной» казеозной пневмонией легочной процесс был купирован и переведен в хроническую фазу. Из 47 больных казеозной пневмонией, которая явилась проявлением терминальной вспышки хронического прогрессирующего туберкулеза, 42 погибли, и лишь у 5 казеозную пневмонию удалось ликвидировать.

38 больных погибли при явлениях легочно-сердечной недостаточности, у 16 развился тяжелый амилоидоз внутренних органов.

Отсутствие клинического эффекта от антибактериальной терапии и длительное ее применение в течение всего периода болезни позволили предположить, что у этих больных развилась устойчивость туберкулезных бактерий к указанным препаратам, что у части больных и было подтверждено бактериологическим исследованием. У 5 больных с выраженной клинической картиной острого заболевания (высокая температура, ознобы, поты) через 3—4 месяца после начала описанного лечения наступил положительный клинический эффект. Ни у одного из них не было хронической легочно-сердечной недостаточности и общего амилоидоза.

Доц. Ф. А. Мальчик (Курск). Влияние коллапотерапии у легочно-туберкулезных больных на оксигеметрические показатели.

При помощи оксигеометра Крепса были исследованы 50 больных (от 2 до 11 раз), поступивших для коллапотерапии с ранними формами легочного туберкулеза небольшой протяженности. 30 лечились интраплевральным пневмолизом, остальные только антибактериальными препаратами. У 29 больных кислородное насыщение крови было ниже нормы (94—90% и ниже).

До коллапотерапии у 20% больных отмечалось нормальное количество кислорода в крови, в пределах 95—92% у 20 и у 10 — 81—85%.

В процессе первичного введения газа в плевральную полость больные реагируют снижением уровня кислорода крови, у большинства больных не на длительное время: у половины исследованных насыщенность была в пределах 95—92%, у остальных — 80% и ниже, только у двух человек вдвигание не отразилось на оксигеметрических данных.

Непосредственно после первичного наложения пневмоторакса, несмотря на частичный коллапс легкого, оксигенация крови у больных улучшается: у одной трети исследованных кислород крови поднялся на 2%, увеличилось количество больных с нормальным содержанием кислорода.

Оксигеметрические определения во время повторных поддуваний аналогичны данным, полученным во время первичной инсуффляции.

Непосредственные исследования после повторных вдвиганий давали цифры, почти идентичные полученным после первичного.

Последующие наблюдения больных через 10—12, 20—22 и 30 дней после начала лечения пневмотораксом показывали, что уменьшение интоксикации, адаптация организма к новым условиям нормализуют кислородную насыщенность крови; реже, чем до коллапсотерапии, наблюдались случаи со значительным дефицитом кислорода крови.

Торакокаустика с последующим коллапсом легкого не оказала отрицательного действия на содержание кислорода крови.

10 больных, преимущественно с диссеминированными формами туберкулеза легких, лечились пневмоперитонеумом. До вдвигания оксигеметрические показатели у 6 были в пределах нормальных цифр. Во время введения воздуха в брюшную полость (500—600 мл газа) наблюдалось снижение кислорода крови на 2—4%, у четырех это снижение было до 84%. Непосредственно после первичного пневмоперитонеума оксигенация крови вновь восстановилась, содержание кислорода в артериальной крови меньше 92% нами не наблюдалось. В дальнейшем, по мере адаптации к новым условиям, кислород крови почти возвращался к первоначальным цифрам. Только в единичных случаях, так же как и до пневмоперитонеума, были отмечены малые цифры кислородной насыщенности крови.

#### Л. Я. Вепринцева и Б. П. Богомолов (Астрахань). Два случая кандидомикоза

Кандидомикоз возникает при длительном бесконтрольном и, чаще всего, при комбинированном применении антибиотиков у ослабленных лиц пожилого возраста и детей.

Нами наблюдались следующие случаи кандидомикоза.

1. Б-ная Ш., 61 г., поступила 13/XI-58 г. с диагнозом — хронический лимфаденоз (сублейкемическая форма), сопутствующее заболевание: опоясывающий лишай (гангренизирующая форма). Дома получила 6 млн. ед. пенициллина, назначенного дерматологом.

Состояние тяжелое. Жалобы на слабость, головокружение, потерю в весе, боли в наружных половых органах. Температура — 37,2°. На туловище рассеянные мелкие пузырьковые элементы; в области крестца, правой половой губы — некротические участки. Подмышечные и паховые лимфатические узлы величиной с грецкий орех; плотные, безболезненные. Дыхание везикулярное. Границы сердца расширены влево; тоны приглушены, систолический шум на верхушке, акцент II тона на зорге. Пульс — 72, ритмичен, удовлетворительного наполнения. АД — 140/85. Живот мягкий. Печень пальпируется на 5 см ниже реберной дуги, мягкая, слегка болезненная. Симптом Пастернацкого положительный справа. Мочиться самостоятельно не может. Стул со склонностью к запорам.

Анализ мочи: уд. вес — 1007, белка нет, в осадке — эпителиальные клетки — 2—4, лейкоциты 15—25, свежие эритроциты — 0—2 в поле зрения. Оксалаты в небольшом количестве. Дрожжеподобные клетки в большом количестве.

Назначены пенициллин (всего 1 050 000 ед.), стрептомицин (всего 1 000 000 ед.).

При микроскопическом исследовании осадка мочи (от 15/XI-58 г.) были обнаружены большие скопления грам-положительных почкующихся клеток и нитей мицелия, представляющих визуальную чистую культуру дрожжеподобного грибка. Посевами на глюкозный агар и среду Сабуро выделен *Candida albicans*, абсолютно нечувствительный к пенициллину, стрептомицину, биомицину, левомицетину.

Кролик, зараженный внутривенно 1 мл смыва суточной агаровой культуры грибка, пал в начале третьих суток. При посевах из легких, печени, селезенки, кишечного содержимого, осадка мочи выделены типичные *C. albicans*.

Антибиотики отменены.

21/XI-58 г. переведена в кожную клинику, где ей снова были назначены пенициллин и местно — 5% синтомициновая эмульсия.

25/XI-58 г. микробиологическому исследованию подвергнут материал из-под струпа язвы, располагающейся на крестце, со слизистой оболочки рта, из влагаллица, а также фекалии и осадок мочи. Всюду обнаружены почкующиеся клетки и мицелий *C. albicans*. В тот же день был отменен пенициллин.

Проведено лечение йодистым калием, хлористым кальцием, димедролом, аскорбиновой кислотой, рибофлавином, местно — раствором риванола. Состояние улучшилось.



10/XII-58 г., то есть через 13 дней после отмены антибиотиков, при посевах крови, осадка мочи, фекалий, содержащего везикул, расположенных на левом предплечье, отделяемого из язвы на крестце и с угла губ *S. albicans* не обнаружены. Единичные колонии грибка выросли при посевах мазков со слизистой рта.

20/XII-58 г. больная выписана в удовлетворительном состоянии.

11. Б-ной В., 51 г., поступил в клинику 30/VIII-57 г., с жалобами на постоянную сильную одышку и приступы удушья, кашель с обильной слизисто-гноющей мокротой, похудение, резкую слабость и повышенную температуру. Болен с 1943 г., дважды перенес воспаление легких и плеврит. С 15/VIII-57 г. состояние ухудшилось. Повысилась температура до 38°, усилилась одышка, появились боли в грудной клетке, участились приступы удушья.

Состояние тяжелое, положение в постели вынужденное, полусидячее. Цианоз слизистых и акроцианоз. В легких справа спереди, начиная с IV межреберья и под лопаткой укорочение перкуторного звука, на остальном протяжении коробочный звук. В подлопаточной области справа множество мелкопузырчатых хрипов. На остальном протяжении легких дыхание ослаблено. Число дыханий — 32. Границы сердца расширены, тоны приглушены. Пульс — 96, слабого наполнения. АД — 80/60. Печень прощупывается ниже реберной дуги на 3 см, селезенка не прощупывается. Мочиспускание, стул в норме.

Рентгеноскопия грудной клетки от 2/IX-57 г. — данные за нижнедолевую хроническую интерстициальную пневмонию в стадии обострения и инфильтрации.

Диагноз. Хроническая интерстициальная пневмония. Пневмосклероз. Хронический бронхит. Бронхоэктазия. Эмфизема легких. Легочно-сердечная недостаточность III степени.

Б-ной получал пенициллин (всего 4 800 000 ед.), сердечные, отхаркивающие, кислород, хлористый кальций, отвлекающие процедуры, мочегонные, проводились разгрузочные дни. Состояние оставалось тяжелым. Температура была высокой, появились отеки верхних и нижних конечностей, туловища, половых органов, асцит.

14/X-57 г. в мокроте обнаружены дрожжеподобные грибки. Был заподозрен кандидомикоз легких. Отменен пенициллин. Через 6 дней после этого температура понижалась до нормы.

В мокроте от 27/X-57 г. дрожжеподобные грибки не обнаружены. Общее состояние несколько улучшилось. По настойчивой просьбе больной выписан из клиники.

Приведенные случаи указывают на необходимость систематических исследований на дрожжеподобные грибки экскретов, главным образом, осадков мочи ослабленных больных, длительно лечатых антибиотиками, с тем, чтобы принять своевременные меры для предупреждения и лечения кандидомикозов.

#### Канд. мед. наук Я. С. Циммерман (Ижевск). О лечебном действии минеральной воды Ново-Ижевского источника при заболеваниях пищеварительного аппарата

Ново-Ижевский источник был открыт в 1949 г. в районе Ижевска и быстро получил признание. С начала 1958 г. на базе источника открыт санаторий «Металлург»

Вода «Ново-Ижевского источника» содержит ряд активно действующих микроэлементов: бром (17,7 мг/л), йод (1,3 мг/л), литий, стронций, марганец, и обладает небольшой радиоактивностью (1,10 ед. Махе).

Эффективность источника была прослежена у 214 больных, страдающих хроническими заболеваниями печени и желчных путей типа холецистита, холецистогепатита (у 144), хроническими гастритами и гастродуоденитами (у 46), язвенной болезнью в стадии нерезкого обострения (у 24 — при отсутствии кровотечения и сужения привратника).

Минеральная вода назначалась внутрь 3 раза в день по  $\frac{3}{4}$  стакана, время ее приема до еды и температура варьировались в зависимости от характера заболевания и кислотности желудочного сока. Курс лечения в стационаре — обычно 3—4 недели, с соблюдением диеты, но медикаментозная терапия у них не применялась.

Диспептические жалобы прекращались обычно уже спустя 7—12 дней от начала лечения. Нормализовался (при микроскопическом исследовании) и состав желчи, получаемой при дуоденальном зондировании: порции «А» — у 32,5%, порции «В» — у 43%, порции «С» — у 31%. Наконец, у 30,5% была отмечена нормализация ранее субфебрильной температуры тела.

Наблюдения нормализация типа желудочной секреции и ускорение элиминации краски нейтральрот слизистой оболочкой желудка к концу курса лечения. Терапевтический эффект был достигнут у 78,5% при хронических холецистогепатитах, у 74% — при гастритах и гастродуоденитах и у 70,8% — при язвенной болезни.

#### Доц. В. А. Бахтияров и Г. М. Казаков (Свердловск). Патоморфология хронического неспецифического мезентериального лимфаденита у детей

Произведено детальное гистологическое исследование (окраска гематоксин-эозинном и по Ван-Гизону) брыжеечных лимфоузлов и червеобразных отростков у 16 детей (7 мальчиков и 9 девочек), страдающих хроническим неспецифическим мезенте-

риальным лимфаденитом и ошибочно оперированных нами с диагнозом хронического аппендицита, поскольку дети жаловались на схваткообразные кратковременные боли в животе, плохой аппетит, периодические запоры или поносы при нормальной температуре.

При операции, как правило, обнаруживались резко увеличенные мезентериальные лимфоузлы с гистологическими изменениями типа хронического неспецифического воспаления (гиперплазия фолликулов, расширение краевых и промежуточных синусов, десквамация эндотелия, утолщение капсулы и развитие элементов соединительной ткани). В червеобразных отростках не обнаружено каких-либо морфологических изменений. Следовательно, при аппендэктомиях по поводу хронического аппендицита у детей, когда отросток оказывается неизменным, необходимо тщательно осматривать брыжейку и ее корень.

## К. П. Кузьмин (Остров). К казуистике торако-абдоминальных ранений

Комбинированные ранения грудной и брюшной полостей относятся к наиболее тяжелым травмам.

Клиническая картина их отличается сложностью и разнообразием, так как включает симптомы со стороны органов грудной, брюшной полости, диафрагмы и развивается на фоне шока и коллапса.

Этим можно объяснить тот большой процент диагностических ошибок, который наблюдался в период минувших войн и, по-видимому, продолжает иметь место в практике мирного времени при распознавании подобных ранений.

Наше наблюдение касается 6-ного Ф., 48 лет, получившего в марте 1958 г. ножевое ранение в область 9-го межреберья по лопаточной линии левой половины грудной клетки. Вскоре после травмы в участковой больнице произведена обработка раны, наложены швы, и через 6 часов после ранения больной доставлен в хирургическое отделение районной больницы г. Острова.

Состояние тяжелое; он беспокоен, жалуется на боли в левой половине грудной клетки и в верхнем отделе живота. Неоднократная рвота цвета «кофейной гущи». В окружности ранее ушитого раневого отверстия — умеренно выраженная подкожная эмфизема. Пульс — 115, ритмичен, среднего наполнения. АД — 135/100. Границу сердца слева определить не удается из-за тимпанита. Правая граница — на 2 см кнаружи от правого края грудины. Тоны сердца резко приглушены на верхушке, но отчетливо выслушиваются в других точках. Перкуторный звук над легкими справа — легочной, слева по передней поверхности — с тимпаническим оттенком, в заднебоковых отделах укорочен. Дыхание справа — везикулярное, слева — ослабленное, жесткое. Язык влажный. Живот правильной формы, несколько втянут. В акте дыхания заметно отставание верхнего отдела живота, где отмечается напряжение мышц брюшного пресса. Симптомы раздражения брюшины выражены неубедительно. Кишечные шумы звучные, обычной интенсивности, прослушиваются даже со стороны грудной клетки слева от мечевидного отростка.

Срочно под местной анестезией верхне-срединным разрезом вскрыта брюшная полость (К. П. Кузьмин). Рукой, подведенной под левый купол диафрагмы, удалось установить, что в последней имеется дефект, выполненный выпавшими в плевральную полость брюшными органами (дно желудка, селезеночный угол ободочной кишки, петли тонкого кишечника).

Пришлось перейти на эфирный наркоз и произвести дополнительный разрез по краю левой реберной дуги, что позволило извлечь выпавшие в плевральную полость ущемившиеся в раневом отверстии диафрагмы органы брюшной полости и осмотреть купол диафрагмы. Рана диафрагмы размером 6×5 см располагалась в верхне-заднем ее отделе. Через рану из плевральной полости выделилось большое количество крови и желудочного содержимого.

Рана желудка, размером 3×1 мм, располагалась по большой кривизне, несколько выше места прикрепления селезеночно-желудочной связки. Раневое отверстие ушито двухрядными швами.

На рану диафрагмы удалось наложить отдельные шелковые швы. В брюшную полость введены антибиотики. Рана брюшной стенки послойно ушита наглухо.

Послеоперационный период осложнился гемоплевритом. Выписан на 33 день после поступления в хорошем состоянии.

Осмотрен через 3 месяца. Жалоб не предъявляет. Работоспособен. При рентгенокопии органов грудной клетки выявлены незначительные плевральные наслоения в нижне-боковых отделах левого легкого.

Примененный нами хирургический доступ, разработанный и предложенный А. Н. Мачабели (Хирургия, 1957, прилож., стр. 78) при левосторонних диафрагмальных грыжах, рекомендован и при левосторонних торако-абдоминальных ранениях. Однако число применений его в острых случаях указанных ранений сравнительно невелико, и потому мы полагаем, что наше наблюдение заслуживает опубликования.

Б-ной 3., 53 лет, поступил через 15 мин. после ранения в грудь из мелкокалиберной винтовки. Входное отверстие в пятом межреберье слева на 2 см внутрь от соска, выходное — по паравerteбральной линии между 6—7 ребрами. Из входного отверстия при глубоком дыхании струйкой выбрасываются кровь и пузырьки газа. Пульс — 108, едва ощутим; тоны сердца едва прослушиваются.

Рентгеноскопия грудной клетки: слева вниз от третьего ребра довольно интенсивное гомогенное затемнение; сердечно-сосудистая тень смещена вправо, левая граница не видна, верхняя — по верхнему краю третьего ребра, пульсация отмечена на верхнем и правом контурах сердца — частая, мелкая; инородных тел в грудной полости не обнаружено.

При операции в плевральной полости и сердечной сорочке найдено большое количество жидкой и свернувшейся крови. Эпикард не поражен. На перикард наложены узловатые шелковые швы и затем произведена сегментарная резекция поврежденной нижней доли левого легкого, плевральная полость осушена от накопившейся крови. Перелито 600 мл консервированной крови и 1200 мл физиологического раствора с глюкозой.

Послеоперационный период протекал гладко.

В данном случае представляет интерес ход раневого канала, идущий через левую нижнюю долю легкого и полость перикарда без повреждения сердца. Можно предполагать, что в момент прохождения пули сердце находилось в состоянии систолы.

### **Г. Г. Ковалев** (Ростов-на-Дону). Из практики оперативного лечения желчнокаменной болезни, осложненной спонтанным соустьем желчного пузыря с двенадцатиперстной кишкой

Возникновение спонтанного соустья между желчным пузырем и двенадцатиперстной кишкой клинически может не проявляться в течение многих лет. Примером служит описываемый нами случай.

Б-ная И., 49 лет, поступила 19/V-58 г. с жалобами на боли в эпигастральной области, усиливающиеся после приема пищи, на тошноту и рвоту. Считает себя больной с 1944 г., когда впервые обратила внимание на неприятное ощущение, а затем ноющие боли в эпигастральной области. В последующем боли стали нарастать и приняли приступообразный характер с иррадиацией в правое плечо. После одного из приступов появилась желтуха, которая скоро прошла, и вместе с этим прекратились тупообразные боли. Б-ная не лечилась, выполняла обычную работу. В 1947 г. ее состояние вновь ухудшилось, усилились и участились боли в эпигастральной области, появились тошнота и рвота.

Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не пальпируются.

20/V-58 г.: Нв. — 67%, Э. — 3 390 000, Л. — 4 000, п. — 11%, с. — 48%, л. — 36%, м. — 4%, э. — 1%. РОЭ — 23 мм/час.

Реакция мочи на желчные пигменты отрицательная. Сулемовая проба на стеркобилин слабоположительная. Билирубин крови, по Ван-ден-Бергу — реакция непрямая, 0,3 мг%.

Желудочный сок окрашен желчью, содержит большое количество слизи. Общая кислотность — 16, свободная — 0, связанная кислотность — 12.

Рентгеноскопия желудка от 23/V-58 г. Пищевод свободно проходит. Желудок формы крючка, с ровными контурами, перистальтика вялая, эвакуация свободная. Луковица двенадцатиперстной кишки деформирована, здесь же бариевая взвесь поступает в дополнительный слепой мешок, последний с ровными контурами, перистальтирует. Между луковицей двенадцатиперстной кишки и дополнительной полостью ясно определяется соустье. В дополнительной полости бариевая взвесь длительно задерживается. Через 24 часа желудок и дополнительная полость свободны от контраста.

Диагноз: спонтанное соустье между двенадцатиперстной кишкой и желчным пузырем.

10/VI-58 г. произведена операция под эфирно-кислородным наркозом. Обнаружено соустье между желчным пузырем и двенадцатиперстной кишкой. В общем желчном протоке пальпируется камень. Желчный пузырь мобилизован и удален. Дефект в двенадцатиперстной кишке (место соустья) ушит узловыми швами. Произведена холедохотомия, камень удален. Общий желчный проток проверен на проходимость, после чего дефект ушит, подведен тампон, вокруг которого ушита рана.

Послеоперационный период протекал гладко. 11/VII-58 г. больная выписана в хорошем состоянии.

Микроскопическое исследование желчного пузыря: хроническое воспаление с атрофией слизистой.

**Д. С. Муругов** (Йошкар-Ола, Марийской АССР). **Перфоративная язва желудка у трехмесячного ребенка**

Девочка П., 3 месяцев, поступила в хирургическое отделение 21/1-57 г. с диагнозом — кишечная непроходимость. Три дня назад появились боли в животе.

Состояние очень тяжелое, пульс на лучевой артерии не улавливается, температура — 38,9°, язык сухой, живот умеренно вздут, мягкий, разлитая болезненность. Симптом Щеткина — Блюмберга не выявляется. В отлогих частях брюшной полости определяется жидкость. Ясно выражено исчезновение печеночной тупости. Диагностирован перитонит.

Экстренная лапаротомия. В брюшной полости газ, большое количество жидкого беловатого гноя. Ввиду развития шока операция прекращена. Состояние ребенка быстро ухудшалось и через 5 час. наступила смерть.

На вскрытии на задней стенке желудка на слизистой найден эрозированный участок размером  $3 \times 4$  см с валикообразными краями, в середине его перфоративное отверстие 0,2 см в диаметре.

**М. Д. Андросов** (Москва). **Пневматоцеле околоушной железы**

Воздушные опухоли околоушной железы (пневматоцеле) возникают при проникновении через ее проток воздуха под давлением.

У б-ного И., 22 лет, год тому назад появилась припухлость правой щеки, которая постепенно увеличивалась, боли не причиняла.

Припухлость величиной с куриное яйцо, безболезненна и подвижна, с кожей спаяна. При оральном осмотре правый Стенонов проток лучше выражен, чем левый. При жевании из него выделяется слюна. Зонд свободно уходит вглубь.

При пункции через иглу с шумом вышел воздух, и припухлость спала. Через 3 дня припухлость достигла той же величины, что и до пункции. Со стороны рта произведен разрез, по разведению краев обнаружена полость с гладкими стенками, спаянными с капсулой. Полость смазана йодом. Нижний край капсулы подшит кетгутом к внутренней ее стенке, а верхний — к мышечному слою щеки. Рецидива не было.

**С. И. Иткин** (Москва). **Прижизненное исследование морфологии нервной системы внутренних органов при обширных ожогах**

При обширных ожогах поток болевых импульсов ведет к нарушению функций всего организма, в том числе и функций вегетативной нервной системы внутренних органов.

Методом прижизненной микроскопии изучались реактивные и структурные изменения в нервном аппарате пищеварительного тракта при ожоге, а также действие новокаиновой блокады, с успехом применяемой при лечении ожогов, на нервный аппарат пищеварительного тракта.

Исследовались субсерозное и ауэрбаховское сплетения тонкой и сигмовидной кишок кролика по методике А. А. Вишневого и Б. И. Лаврентьева.

Ожог II и III ст. вызывался путем облучения части брюшной стенки кролика в течение 20 сек. водой температуры 90°. Площадь обожженного участка равнялась 20—24% поверхности тела. Двусторонняя поясничная новокаиновая блокада производилась 0,25% раствором новокаина из расчета 10 мл на 1 кг живого веса через 5—10 мин. после ожога. Реактивные изменения в нервной системе (неравномерность окрашивания) наступают вскоре после ожога вне очага поражения, на значительном удалении от него. Вслед за реактивными изменениями в нервной системе, в зависимости от времени с момента ожога, все более и более нарастают деструктивные изменения в нервных элементах субсерозного и ауэрбаховского сплетений. Значительные поражения интрамуральных нервных сплетений пищеварительного тракта, которыми сопровождается ожог брюшной стенки, касаются как нервных клеток, так и волокон, но процесс деструкции различных нервных элементов в разные сроки после ожога выражен не одинаково.

Действие же новокаиновой блокады при ожоге выразится в ослаблении степени поражения нервного аппарата пищеварительного тракта, вызываемого термическим воздействием.

**М. Д. Шуляковская** (Воркута). **Опыт лечения отморожений**

В 1957 г. в нашем хирургическом отделении была принята инструкция по оказанию помощи больным с дореактивной стадией отморожения. Инструкция была основана на методике, предложенной Н. И. Герасименко. Постепенно она расширялась и дополнялась.

С отморожениями III степени было 5 чел. Сроки пребывания в больнице — от 20 до 90 дней. Кроме пенициллина, применялись биомицин, синтомицин. Как правило, применялся комплекс витаминов внутривенно, внутриартериальные вливания 1% раствора новокаина по 10—15 мл вместе с 100 000 ед. пенициллина. Вливания проводили по методике проф. Н. Н. Еланского с манжеткой к периферии от места введения.

При мумифицирующих формах применяли световые каркасы. Влажная гангрена наблюдалась лишь в одном случае и только вначале. Нам удалось перевести ее в сухую. Под некротическими корками гранулировали и частично эпителизовались раны. Некротические корки удалялись по частям. В одном случае после образования четкой демаркационной линии была произведена экзартикуляция ногтевых фаланг пальцев стопы. Операция производилась отступая от края демаркационной линии на 2—3 мм. Заживление происходило частично вторичным натяжением.

Больные выписаны в удовлетворительном состоянии. У некоторых эпителизация ран еще не закончилась. Обычно наблюдались расстройства чувствительности, слушание ногтей, деформация и тугоподвижность в суставах пальцев.

Отморожения IV степени выявлены у 3 больных. Больные после применения повязок в первые дни переводились под световые каркасы. Влажной гангрены не наблюдалось. Четкая демаркационная линия обычно намечалась через 2—3 недели. В качестве предоперационной подготовки применяли горячие ванны с 0,5% раствором нашатырного спирта в течение 5—6 дней. Частично некротические корки при этом удалялись. Операция производилась отступая на 2—3 мм от линии глубокого некроза. Накладывались редкие швы. Заживление происходило частично вторичным натяжением. Все операции касались ампутаций и экзартикуляций пальцев или их фаланг.

Больные выписаны в удовлетворительном состоянии. Частично оставались гранулирующие раны. Наблюдались деформации суставов, тугоподвижность, стойкое снижение всех видов чувствительности, трофические изменения: цианоз стоп, кистей, их отеки, зябкость. Остеопорозов на сроках до трех месяцев нам наблюдать не удавалось.

#### **В. А. Аминова (Куйбышев-областной). Анальный рефлекс после проктологических операций**

Под наблюдением находилось 85 больных после операций на прямой кишке, производимых под местной анестезией 0,25% раствором новокаина (200—300 мл).

Анальный рефлекс исчезает или ослабевает, если при операции Габриэля по поводу простых свищей прямой кишки повреждена большая часть сфинктера. Если затронута небольшая часть сфинктера, то анальный рефлекс не изменяется. После операции Габриэля анальный рефлекс обычно восстанавливается к 7—10 дню.

После операции по поводу сложных свищей прямой кишки, заключающейся в иссечении свища и дополнительной сфинктеротомии, анальный рефлекс более чем в половине случаев делается слабым или совсем исчезает, что можно объяснить травмой сфинктера и его временным бездействием. Анальный рефлекс восстанавливается на 8—35 день после операции. Если операция иссечения свища не сопровождается сфинктеротомией, то анальный рефлекс не изменяется.

У больных острым парапроктитом после вскрытия гнойника анальный рефлекс обычно не изменяется. Но при тяжелых двусторонних формах гнилостного парапроктита анальный рефлекс может быть ослаблен или даже отсутствовать.

После операций, связанных с полным нарушением целостности сфинктера прямой кишки (ампутация с последующим низведением при раке, полное рассечение сфинктера при пластических операциях), анальный рефлекс исчезает.

После операций по поводу геморроя и полипов прямой кишки анальный рефлекс обычно не изменяется, если не было сопутствующего осложнения в виде тромбоза геморроидальных вен.

Различные степени анального рефлекса характеризуют сохранение и восстановление функции сфинктера заднего прохода при некоторых воспалительных процессах и операционных травмах.

#### **Канд. мед. наук П. Е. Дмитриева (Москва). Влияние новокаиновой блокады на процесс метастазирования рака молочной железы**

Клинические наблюдения касаются результатов оперативного лечения больных раком молочной железы в сочетании с другими видами дополнительной терапии. Все операции проводились под местным обезболиванием 0,25% раствором новокаина.

Из 271 больного, радикально оперированного по поводу рака молочной железы, 66 получали рентгенотерапию, из них с I ст. болезни — 5, со II ст. — 33, с III ст. — 28.

72 больным на различных сроках после радикальной мастэктомии производили поясничную новокаиновую блокаду, в том числе с I ст. болезни — у 26, со II ст. — у 46.

133 больных не получали никакой терапии после радикальной мастэктомии, из них 55 с I ст. и 78 — со II ст. заболевания.



В группе больных, которым после операции производили поясничную новокаиновую блокаду, результаты стойкого выздоровления выше, чем у больных, леченных только оперативно. Из 26 больных с I ст. заболевания, которым после операции применена поясничная новокаиновая блокада, через 3 года остались все живы, а из 46 оперированных в III ст. остались в живых 42. Из подвергшихся только операции 56 больных в I ст. через 3 года остались живы 50, а из 78 больных II ст. через 3 года остались живы 4.

Частота метастазов рака у больных II ст. заболевания, которым производили после операции новокаиновую блокаду, значительно ниже, чем у больных, подвергшихся послеоперационной рентгенотерапии, а также леченных только оперативно.

### 3. С. Гершов (Уфа). Гриппозные заболевания на Уфимском хлопчатобумажном комбинате.

На Уфимском хлопчатобумажном комбинате (УХБК) условия труда значительно лучше, чем на многих других предприятиях Уфы, однако заболеваемость эндемическим гриппом и общая заболеваемость (по данным 1952—56 гг.) значительно выше. Это можно объяснить тем, что на УХБК метеорологические условия не отвечают гигиеническим нормативам и отличаются от таковых на других предприятиях. В ткацком цехе в первой половине 1957 г. заболеваемость гриппом была выше, чем за тот же период 1956 г., когда санитарное состояние цеха было хуже. Анализ показал, что в сравниваемых полугодиях температура была почти одинаковой, а относительная влажность воздуха резко повысилась в 1957 г. Из этих данных вытекает, что одной из основных патогенетических причин высокой заболеваемости эндемическим гриппом на УХБК является высокая относительная влажность воздуха, которая при повышенной температуре и малой подвижности воздуха вызывает профузное потение. Последнее может вести к переохлаждению, так как рабочие часто выходят из цеха во двор.

В наиболее неблагоприятном по гриппу ткацком цехе снизить температуру ниже 26° невозможно из-за непригодности помещения, а относительная влажность ниже 60% не допускается по технологии процесса, поэтому единственным средством устранения обильного потения является увеличение движения воздуха в цехе.

С целью профилактики гриппа на УХБК необходимо снизить относительную влажность и температуру воздуха, улучшить вентиляцию и установить на рабочих местах вентиляторы веерного типа.

### Л. П. Рябова (Ленинград). Влияние дифациловой внутрикожной блокады на функциональное состояние печени при болезни Боткина

Дифацил (дифенилуксусный эфир диэтиламиноэтанола) по характеру действия близок к новокаину, но значительно активнее последнего, так как обладает способностью влиять на различные звенья рефлекторной дуги и характеризуется более длительным резорбтивным действием.

Задача работы — выяснить влияние сегментарной дифациловой блокады на функциональные пробы печени (билирубин, гиппуровую, пробу Квика, белковые фракции сыворотки крови). Были проведены наблюдения у 30 больных болезнью Боткина от 16 до 67 лет с различной тяжестью заболевания. Все больные поступили в клинику в фазе развития у них желтухи и получали комплексную терапию (белково-углеводную диету, витамины, камполон, дуоденальные инстиляции или магnezияльные промывания по Демьянову, а при сопутствующем холангите — антибиотики). На фоне этой терапии в докризовый период производилась одна, а в некоторых наиболее тяжелых случаях — две дифациловые блокады, то есть вводилось внутрикожно 50 мл 0,5% раствора дифацила, справа, параллельно позвоночнику, отступая от последнего на 2—3 см в зоне поясничных позвонков.

После блокады наблюдалось отчетливое снижение билирубина, которое в ряде случаев протекало волнообразно, то есть сразу после дифациловой блокады происходило нарастание билирубина, а в течение ближайших 3—5 дней увеличение.

У всех больных отмечалось снижение альбуминов, особенно резко выраженное при тяжелой форме или затяжном течении заболевания. Кроме того, у этих же больных имелось значительное увеличение  $\gamma$ -глобулинов. Извращение белковых фракций свидетельствует о тяжести поражения печени и нарушении ее протениобразовательной функции.

Дифациловая блокада на фоне комплексного лечения ведет к снижению  $\gamma$ -глобулинов и увеличению альбуминов.

После дифациловой блокады у всех больных значительно улучшалось самочувствие, появлялась бодрость, восстанавливался аппетит, исчезали боли в области печени и в более ранние сроки наступал криз — появления окрашенного кала, снижение билирубинемии.

**Г. К. Ушаков, В. Н. Ильина, Л. К. Хохлов (Ярославль). Изменения реактивности организма в течении лихорадки Ку**

Наблюдалось 85 больных лихорадкой Ку в апреле — июне 1957 г. Мужчины составляли 90%. До 10 лет был один больной, от 11 до 20 лет — 8, от 21 до 50 — 58 и старше — 18.

В 86% заболевание начиналось внезапно с острого лихорадочного периода (39—40°); в 12% отмечалось постепенное развитие болезни, с небольшими ознобами и вечерними подъемами температуры. Почти у всех больных были мучительная головная боль, мышечные боли (в поясничных, икроножных и реже — шейных мышцах), у 27% — боли в суставах. В 97% была выраженная потливость. Лихорадочный период у 58,8% продолжался 4—10 дней, у 17,6 — 11—20 и у 20% — 21—30 дней. В 83,5% температура снижалась литически.

У 40% наблюдалась брадикардия, у отдельных лиц при температуре 40° пульс был 44—42. АД было нормальным или пониженным. Чем тяжелее протекала лихорадка, тем ниже была АД и выраженнее брадикардия. Отмечалась глухость сердечных тонов, особенно у пожилых.

Увеличение печени было у 43,5% и селезенки — у 22,3%.

Лечение проводилось синтомицином (у 38), биомицином (у 26), а также обоими препаратами (у 21).

У 12,8% в течение 10 дней после снижения температуры возникали рецидивы. Продолжительность и симптоматика рецидивов напоминали основной приступ. У двух больных было по два рецидива. Все больные выздоровели.

Реакция связывания комплемента в сыворотке крови (по Бернету) оказалась положительной у 59,2% при титре у отдельных больных 1:160; 1:480. У 37,6% больных РОЭ не превышала 10 мм/час, у 55,2% — 15 мм/час и лишь у 45 превысила 30 мм/час. У 12,8% больных был лейкоцитоз со сдвигом влево на высоте лихорадки. У 60% больных отмечена лейкопения. Лейкопения чаще наблюдается в первые дни болезни и после 20-го дня. Была подмечена тенденция к правому ядерному сдвигу и преобладанию лимфоцитоза.

Средняя активность холинэстеразы (определения производились В. Н. Салаяевым) сыворотки крови больных резко снижалась в первые 5 дней от начала болезни (1,81 ед.), а затем закономерно повышалась к концу второй недели или к концу острого периода у подавляющего большинства. В тех же случаях, где болезнь приобретала затяжное течение, либо возникали рецидивы, активность холинэстеразы продолжала оставаться на низком уровне.

В 57,4% наблюдалось извращение характера коагуляционной ленты Вельтмана, причем вне зависимости от формы и периода болезни.

Острая реакция организма больных на риккетсии сопровождается относительным падением содержания альбуминов, заметным увеличением глобулинов (белковый коэффициент равен всего лишь 0,64).

**Л. С. Златкис (Харьков). Подвижность артериального давления и осцилляторного индекса при пояснично-крестцовом радикулите**

Для выяснения значения сосудистых расстройств в патогенезе пояснично-крестцового радикулита осциллографически исследовалась подвижность АД и осцилляторного индекса при применении трех функциональных проб: повторного исследования реакций артерий: а) на сдавление манжеткой; б) на пассивное перемещение нижней конечности вверх; в) на прием нитроглицерина.

Исследовано 242 больных с преимущественно односторонним пояснично-крестцовым радикулитом и 30 здоровых. У 98 была невритическая форма заболевания с симптомами выпадения в чувствительной и двигательной сферах, у 44 была невралгическая форма. У 35 был острый пояснично-крестцовый радикулит с давностью течения до 4 месяцев, 67 человек страдали обострением хронического радикулита и у 40 давность заболевания колебалась от 1 до 20 лет.

При пояснично-крестцовом радикулите наблюдается частое нарушение подвижности АД и осцилляторного индекса.

Патологическая подвижность АД и осцилляторного индекса при этом заболевании наблюдается не только на пораженной ноге, но и на так называемой «здоровой». Патологическая подвижность отмечается чаще при невритической форме.

## ПАМЯТИ ПРОФЕССОРА А. И. БРЕНИНГА

1-го июля 1960 г. после тяжелой и продолжительной болезни скончался заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней Казанского медицинского института профессор, доктор медицинских наук Артур Иванович Бренинг.



Он родился в г. Казани в 1877 г., здесь же получил среднее образование и окончил естественное отделение физико-математического факультета и медицинский факультет Казанского университета. По получении медицинского образования служил врачом в 38-м Тобольском полку. После демобилизации прошел курсы усовершенствования врачей в Берлине.

С осени 1910 г. начал работать в факультетской терапевтической клинике проф. А. Н. Казем-Бека вначале экстерном, затем лаборантом, где выполнил две первые научные работы. С 1914 по 1918 гг. служил врачом в медико-санитарных частях на фронте.

С 1918 г. до момента ухода на пенсию (1 декабря 1959 г.) беспрерывно работал на кафедре пропедевтики внутренних болезней. Вначале был ассистентом на кафедре врачебной диагностики, возглавляемой проф. М. Н. Чебоксаровым, затем проф. П. Н. Николаевым (1920—26 гг.), с 1926 г. по 1928 г. — ассистентом проф. С. С. Зимницкого; с 1929 г. по 1944 г. — на этой же кафедре у проф. А. Г. Терегулова, вначале ассистентом, с 1940 г. доцентом, а с 1943 г. — профессором кафедры.

С 1944 г. по 1954 г. работал вторым профессором кафедры (возглавлял кафедру проф. К. А. Дрягин). С 1954 г. по 1 декабря 1959 г. исполнял обязанности заведующего кафедрой. Заведование кафедрой поручалось Артуру Ивановичу неоднократно: в 1920 г. после перехода проф. М. Н. Чебоксарова на кафедру факультетской терапии и до приезда проф. П. Н. Николаева, в 1928 г. — после смерти проф. С. С. Зимницкого до вступления в обязанности заведующего кафедрой проф. А. Г. Терегулова.

Диссертацию на степень доктора медицинских наук Артур Иванович защитил в 1924 г. на тему «О кислородном обмене в надпочечниках» (выполнил на кафедре физиологии под руководством проф. Н. А. Миславского).

С 1936 по 1954 гг. читал организованный им систематический курс лекций по клинической лаборатории с проведением самостоятельных практических занятий со студентами по лаборатории.

В 1933—34 учебном году читал курс пропедевтики внутренних болезней студентам вечернего факультета; в 1945—46 учебном году — курс клинической фармакологии; в 1947—48 учебном году — курс инфекционных болезней для студентов стоматологического института.

В течение 49 лет работы Артур Иванович зарекомендовал себя высокообразованным научным работником (владеющим тремя иностранными языками), эрудированным биохимиком, врачом-клиницистом, педагогом.

Необходимо отметить непрерывную его работу над совершенствованием методики преподавания диагностических методов исследования, в особенности по клинической лаборатории. В своих лекциях, практической работе со студентами, врачами он стремился передать свои богатые теоретические познания и большой практический опыт.

Артур Иванович как биохимик пользовался большим авторитетом, в связи с чем к нему нередко обращались научные работники за консультацией по биохимическим вопросам.

Артур Иванович был скромным человеком, постоянно совершенствовал свои специальные знания, пользовался большим авторитетом, уважением студентов, врачей, больных. Во время Великой Отечественной войны был консультантом в эвакуогоспиталях. Был награжден медалью «За победу над Германией» и значком «Отличник здравоохранения».

А. И. Бренинг выполнил более 15 научных работ, большинство которых имеет биохимическое направление и часть посвящена вопросам методики преподавания клинической лаборатории.

Светлая память об Артуре Ивановиче Бренинге сохранится надолго.

Доц. Н. Н. Ковязин  
(Казань)

## ДИСКУССИЯ

Канд. мед. наук Э. Р. Гуглин (Сталинград). По поводу статьи профессора **В. И. Катерова** и Р. Х. Бурнашевой «Патогенетическая терапия и профилактика гипертонической болезни в новом освещении» в «Казанском медицинском журнале» (№ 6, 1959 г.)

Статья о гипертонической болезни начинается с указания, что «существенных успехов в борьбе с этим распространенным заболеванием пока незаметно». Далее авторы подчеркивают, что во всей проблеме гипертонической болезни «наиболее значительным и примечательным клиническим фактом является несомненная связь изменений хлоридного обмена с высотой кровяного давления: ахлоридная и субхлоридная диеты ведут к снижению кровяного давления, прибавление к пище поваренной соли, наоборот, повышает его».

Оценку этого факта можно оставить на совести авторов. Странно только, что авторы ставят знак равенства между действием хлора и поваренной соли, хотя известно, что влияние последней на кровяное давление обусловлено ионами натрия, а не хлора. О роли солей натрия в проблеме гипертонии авторы вообще не упоминают.

Далее выясняется, что обмен хлора авторы не изучали. В статье указывается, что один из авторов — Р. Х. Бурнашева определяла резервную щелочность у 250 больных и выявила определеннный сдвиг в сторону ацидоза (хронический ацидоз), нарастающий пропорционально повышению кровяного давления: «Данный факт (зависимость гипертонии от степени ацидоза), впервые установленный в работе Р. Х. Бурнашевой, дает основания представить весь вопрос о патогенезе гипертонической болезни в новом понимании».

Во-первых, представляется непонятным переход от рассуждений о роли хлоридного обмена к определению резервной щелочности, ибо эти два фактора не имеют прямой связи. Колебания уровня хлора в крови часто имеют место без изменения резервной щелочности, и наоборот.

Во-вторых, столь широкий общий вывод из такой узкой предпосылки представляется мало обоснованным. Вместо подчеркивания приоритета нам представлялось бы более уместным сравнение результатов своих исследований с многочисленными аналогичными ранее опубликованными работами. В монографиях о гипертонической болезни и Г. Ф. Ланг, и А. Л. Мясников, и Е. М. Тареев пришли к выводу, что нарушение кислотно-щелочного равновесия не характерно для неосложненной гипертонической болезни. Естественно, что высказывание взглядов, противоречащих современным представлениям, требует очень большой тщательности в изложении собственных данных. Между тем в работе не указано, были ли все 250 исследованных больными гипертонической болезнью или туда же входила контрольная группа, какие отклонения и с какой частотой находили авторы, насколько постоянна и достоверна связь между степенью отклонений и повышением кровяного давления, является ли эта связь коррелятивной или функциональной, наконец, действительно ли обнаруженные отклонения предшествуют гипертонии, а не являются вторичными. Обо всем этом в статье нет ни слова. Такая завуалированность в изложении собственных данных тем более странна, что, как явствует из указателя литературы, работа Бурнашевой вообще не была опубликована.

Заменяя, таким образом, доказательства постулатом, авторы строят гипотезу, согласно которой ацидоз влечет за собой возбуждение дыхательного центра, которое распространяется на сосудодвигательный центр и вызывает гипертонию. Согласно такой упрощенной трактовке, любое состояние, сопровождающееся ацидозом, должно вести к гипертонии. Между тем гипертония, как известно, вообще не является симптомом ацидоза. Она не характерна для сахарного диабета, голодания, циррозов печени, холеры, дизентерии, сердечной недостаточности, легочного сердца, то есть ни для одного из тех заболеваний и состояний, которые сопровождаются ацидозом.

Столь же спекулятивна концепция происхождения гипертонической болезни, которую авторы сводят к причинам хронического ацидоза. Основными из них они считают наследственно-конституциональные особенности обмена веществ (ацидотический уклон) и преобладание кислых валентностей в пище. Первая «причина» совершенно не обосновывается какими-либо фактическими данными, а вторая никак не объясняет разницы между гипер- и нормотониками. Не помогает и привлечение в качестве дополнительного фактора нарушения функций внешнего дыхания у гипертоников, ибо, во-первых, нарушения внешнего дыхания чаще развиваются после появления гипертонии, а не предшествуют ей; во-вторых, у большинства больных с нарушениями внешнего дыхания (эмфизема легких, бронхиальная астма, пневмосклерозы) нет гипертонии. Наконец, надо вспомнить, что вся эта концепция развивается на базе обнаруженного уменьшения резервной щелочности, а как раз при дыхательном ацидозе снижение резервной щелочности, как правило, не наступает.

Неясна роль нейрогенного фактора, авторы называют его «фактором-инициатором» и считают, что он проявляется только на фоне предуготованности, то есть на фоне образовавшегося хронического ацидоза. Складывается впечатление, что авторы привлекли этот фактор только для того, чтобы несколько сгладить зияющий разрыв

между общепринятыми взглядами и своими собственными. Совершенно ясно, что авторы не «несколько дополняют», а пытаются коренным образом изменить существующие представления об этиологии и патогенезе гипертонической болезни.

Последовательно развивая свою концепцию, авторы предлагают комплекс лечебных мер — «патогенетическую терапию», куда входят: а- и субхлоридные диетические режимы, применение щелочных минеральных вод, щелочных смесей и дыхательная гимнастика.

К сожалению, об эффективности этой щелачивающей терапии сказано так же неопределенно, как и о снижении резервной щелочности — достигнуты «положительные» результаты на сравнительно небольшом числе больных. Однако, такой скромный и неопределенный результат не мешает авторам считать, что он подтверждает их теоретические предпосылки. Авторы высказываются о перспективности предлагаемого метода антиацидотической терапии и даже профилактики гипертонической болезни, хотя о последней упоминалось только в названии работы.

Такие несерьезные рассуждения, не подтвержденные фактическими данными, не могут, конечно, убедить читателя в практической ценности этой ломки всех существующих представлений об этиологии, патогенезе, лечении и профилактике гипертонической болезни.

### Ответ д-ру Э. Р. Гуглину

Д-р Э. Р. Гуглин начинает критику нашей статьи с приведения из нее фразы о том, что «ахлоридная и субхлоридная диеты ведут к снижению кровяного давления, прибавление к пище поваренной соли повышает его». К этому д-р Гуглин многозначительно добавляет: «Оценку этого факта можно оставить на совести авторов». Что хотел этим сказать д-р Гуглин, не ясно; но мы здесь считаем нужным отметить, что данный факт давно хорошо всем известен (см. например, монографии Г. Ф. Ланга, А. Л. Мясникова, М. И. Певзнера и многочисленные журнальные статьи). И потому, выражаясь языком д-ра Гуглина, мы оставляем незнакомство с соответствующей литературой по данному вопросу также на его совести.

Однако из дальнейшего можно видеть, что д-р Гуглин как будто признает этот факт, но упрекает уже нас в неправильном употреблении термина «ахлоридная» диета. К сведению д-ра Гуглина, можем разъяснить, что не вполне точное лингвистически применение как этого термина, так и аналогичного ему «бессолевая» диета давно вошло во всеобщее употребление как в научную, так и в учебную литературу, и понимаемые в условном смысле эти термины для научного работника, привыкшего к ним, не являются чем-то необычным.

Мы были бы признательны д-ру Гуглину за его указание, что в гипотензивном действии «ахлоридной» диеты главная роль принадлежит иону натрия, а не хлора, если бы это было для нас новостью. Не привели же мы сами этого пояснения в нашей статье по той простой причине, что в научных статьях не принято излагать факты, общеизвестные из обычных руководств.

Затем д-р Гуглин заявляет, что ему «непонятен переход от рассуждений о роли ахлоридного обмена к определению резервной щелочности». С нашей точки зрения, в этом нет ничего удивительного: при вынужденной (по условиям печатания) краткости изложения в журнальной статье для читателя, недостаточно знакомого с тем или иным вопросом, многое может показаться не сразу понятным, особенно при невнимательном чтении. В таких случаях рекомендуется читать более серьезно и при надобности обращаться к рекомендуемой литературе.

По поводу некоторых других замечаний д-ра Гуглина надо сказать, что, возможно, они и не могли бы иметь место, если бы автор взял на себя труд познакомиться более подробно с тем, что им критикуется, а не заменять факты своими вымыслами. В нашей статье есть ссылка на отдельное сообщение одного из нас (Бурнашевой), в котором приведен фактический материал, но по техническим причинам (ср. даты) в лит. указателе данной статьи (от 1957 г.) статья Бурнашевой (от 1958 г.) не могла войти. Д-р Гуглин, игнорируя обязательные для научного критика правила, не нашел нужным поискать статью Бурнашевой хотя бы в годовом литературном указателе «КМЖ» за 1958 г. или запросить нас об этом через редакцию. Д-р Гуглин не сделал ни того, ни другого, признав более легким заменить факты своим вымыслом и предьявить нам незаслуженный упрек в том, что мы как бы умышленно занимаемся «завуалированием» фактов, чтобы строить свои, как он выражается, «спекулятивные концепции». Оставляем этот выпад на совести т. Гуглина.

Д-р Гуглин указывает, что наблюдается ряд патологических состояний, сопровождающихся ацидозом, но без гипертонии. В приводимом без указания источника перечне таких заболеваний кое-что соответствует действительности, но многое требует дополнительных объяснений и оговорок. Как в статье Р. Х. Бурнашевой, так и в нашей совместной статье мы нигде не утверждали, что взаимосвязь ацидоза и гипертонии имеет абсолютный и постоянный характер (это — вымысел д-ра Гуглина). В статье Р. Х. Бурнашевой приводится материал, из которого видно, что этот параллелизм при гипертонической болезни наблюдался лишь в 82,8%. Однако столь вы-



сокий процент параллелизма в соотношениях ацидоза и гипертонии давал нам достаточные основания усматривать наличие известной закономерности, позволяющей говорить о патогенетической связи, а не о случайности. Почему все же в ряде случаев (17,2%) этого совпадения нет? Здесь опять д-р Гуглин приписывает нам то, чего мы не говорили, и сам упрощенчески подходит к представлениям о патогенезе гипертонической болезни. Как это изложено в первой статье Р. Х. Бурнашевой и как повторяется затем и в нашей совместной статье, мы придаем ацидозу роль лишь одного из факторов в сложной цепи патогенеза гипертонической болезни и не хотим видеть в нем единственное и всемогущее начало, как это приписывает нам д-р Гуглин. Излагая нашу концепцию патогенеза гипертонической болезни, мы напоминаем здесь, что «фактором-инициатором», в соответствии с неврогенной теорией Г. Ф. Ланга — А. Л. Мясникова, следует считать психонервную травматизацию. Однако д-р Гуглин, по-видимому, недостаточно знакомый с монографией Г. Ф. Ланга, неправильно приписывает эти слова нам, говоря: «неясна роль неврогенного фактора, авторы называют его «фактором-инициатором»... И дальше он, опираясь опять-таки не на факты, а на выдуманные им предположения, пишет: «Складывается впечатление»... и затем уже прямо: «совершенно ясно, что авторы... пытаются коренным образом изменить существующие представления об этиологии и патогенезе гипертонической болезни». Судя по повторности высказывания этой мысли, д-р Гуглин, по-видимому, больше всего боится, как он говорит, «этой ломки всех существующих представлений об этиологии, патогенезе, лечении и профилактике гипертонической болезни» и вообще — «высказывания взглядов, противоречащих современным представлениям». Читая такие высказывания автора, невольно вспоминаешь некоего чеховского Беликова, который очень боялся любого проявления инакомыслия, несанкционированного свыше («как бы чего не вышло»), и «всякого рода нарушения, уклонения, отступления от правил приводили его в уныние»...

Смеем напомнить д-ру Гуглину, что мы живем не в чеховские времена, и у нас принято свободное высказывание научных мнений, хотя бы и не совпадающих с «существующими представлениями», если, конечно, такие высказывания основаны на наблюдениях и практическом опыте.

Проф.

**В. И. Катеров**

Асс. Р. Х. Бурнашева

10 мая 1960 г.