

Н. И. Пирогова Егора Богдановича Еше, начавшего свою деятельность в Н. Новгороде более 100 лет тому назад; хирурга А. Н. Куныева, 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 естественников.

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 пожалеть, 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 таит в себе архивы города Казани с его старейшим университетом.

Кафедрой 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 — адреналиновый. 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. Гonoкокк 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 лучезапястных и межфаланговых суставов, а затем и голеностопных, 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-