

13. Ahrensburg-Christensen E., Kjems E. Acta pathol. et microbiol. scand., 1959, 46.—14. Algire G. H., Legallais F. Y., Park H. D. J. Natl. Cancer Inst., 1947, 8.—15. Andervont H. Am. J. Cancer, 1936, 27.—16. Barret M. K. J. Natl. Cancer Inst., 1942, 2: 625; цит. по Д. Гринштену.—17. Bruns P. Dtsch. med. Wchuschr., 1895, 20. 27.—18. Coley W. B. JAMA, 1898, 31; Proc. Roy. Soc. Med., 1909/1910, 3.—19. Gerber J. E., Bernheim A. J. Arch. Path., 1938, 26.—20. Gratia A. Linz R. Compt. rend. soc. biol. 1931, 108.—21. Duran-Reynals F. Proc. Soc. Exp. Biol. Med. 1933, 31.—22. Hauschka T. S., Goodwin M. B. Science, 1948, 107.—23. Havas H. F., Donnelly A. I. Cancer Res. 1961, 21.—24. Langenbeck W., Mix H., Franz R. Acta biol. et med. german., 1960, 4.—25. Menkin V. Proc. Soc. Exp. Biol. Med., 1948, 69.—26. Nauts H. C., Swift W. E., Coley B. L. Cancer Res., 1946, 6.—27. Pelner L., Fowler G., Nauts H. C. Acta med. scand., 1958, 162, Suppl. N. 338.—28. Sack Th., Seligman A. Cancer Res., 1947, 7.—29. Seligman A., Shear M., Leiter J., Sweet B. J. Natl. Cancer Inst., 1948, 9.—30. Shapiro C. J. Am. J. Hyg., Ser. B., 1940, 31.—31. Shear M. J., Hartwell G. L., Peters V. B., Dalton A. J. a. others Approaches to Tumors Chemotherapy, 1947.—32. Simon H. Die Behandlung der Geschwülste. 1914.—33. Spronek C. Цит. по сб. реф. Совр. пробл. онкологии, 1949, 1, А:77.—34. Stöger R. Wien. med. Wchuschr., 1950, 19/20.—35. Thomas C. R., Jones R. S. Proc. Soc. Exptl. Biol. Med., 1959, 102.—36. Vollmar H., Knöll H. Ztschr. Krebs., 1944, 55.—37. Zahl P. A., Hutner S. H. Proc. Soc. Exp. Biol. Med. 1942, 51.—38. Zahl P. A., Hutner S. H. Cooper F. S. Proc. Soc. Biol. Med., 1943, 54.

Поступила 24 января 1962.

БИБЛИОГРАФИЯ И РЕЦЕНЗИИ

М. П. Кончаловский. Избранные труды. М., 1961

Максим Петрович Кончаловский (1875—1942) был одним из крупнейших терапевтов Советского Союза. Он окончил медицинский факультет Московского университета в 1899 г. и защитил докторскую диссертацию в 1911 г. Вся его жизнь и деятельность были связаны с факультетской терапевтической клиникой (университета, а затем I Московского ордена Ленина медицинского института), куда он пришел ординатором и которую он возглавлял с 1929 г. до конца жизни.

Клиническими учителями М. П. Кончаловского были профессор В. Д. Шервинский (последователь А. А. Остроумова) и Л. Е. Голубинин — ученик С. П. Боткина и В. Д. Шервинского.

Научное наследие М. П. Кончаловского включает свыше 220 работ, среди них много раз переиздававшийся учебник внутренних болезней, клинические лекции в 4 томах и ряд монографий. Более 500 научных работ выполнено его учениками. Из его школы вышло много профессоров, докторов и кандидатов наук, практических врачей.

М. П. Кончаловский создал журнал «Терапевтический архив» и был его ответственным редактором, а также членом редколлегий и участником многих других журналов и изданий.

По инициативе учеников М. П. Кончаловского в 1961 г. Медгиз издал его «Избранные труды».

М. П. Кончаловский всегда придерживался широких клинических концепций, его труды касались различных проблем внутренних болезней. Он разрабатывал вопросы профессиональной патологии (5 лет состоял консультантом Института профзаболеваний им. Обуха), рентгенологии, переливания крови (15 лет был научным руководителем Института гематологии и переливания крови), а также пограничные вопросы терапии и хирургии, терапии и акушерства. Все это и нашло отражение в «Избранных трудах».

Книга разбита на 5 глав: I — Общие вопросы клиники внутренних болезней. II — Болезни органов пищеварения. III — Ревматизм, болезни органов кровообращения. IV — Болезни легких, крови и кровеносных органов, эндокринные заболевания. V — История медицины. В приложении дан список научных трудов М. П. Кончаловского.

Взгляды и мысли М. П. Кончаловского по общим вопросам клиники внутренних болезней имеют огромный интерес и значение для развития советской медицины, и на них мы и остановим наше внимание.

Совершенно справедливо М. П. Кончаловский подчеркивал, что терапия должна занимать первое место в ряду других клинических дисциплин.

Внутренние болезни составляют самую большую группу заболеваний, они чаще всего встречаются и играют большую роль и в частной, и в социальной жизни. Зна-

ние основ терапии необходимо врачу любой клинической специальности. Для каждого врача важно суметь правильно оценить состояние функций внутренних органов, чтобы составить цельное представление о больном. В связи с этим М. П. Кончаловский писал: «Внутренняя медицина как по практическому значению, по объему, так и по широте и глубине своих научных проблем является основной специальностью, и ее клиника должна именоваться по справедливости более общим названием «медицинская клиника» (65) ¹».

М. П. Кончаловский, наряду с современными ему клиницистами, рассматривал болезнь как сочетание сложных реакций организма на «нападающий фактор», где огромное значение имеют реактивная способность организма и нарушение его сопротивляемости. Сложным комплексом реактивных явлений определяется и клиническая картина болезни.

Он указывал, что «...узколокалистическая точка зрения при изучении больного не достигает цели в смысле легкого нахождения единой причины болезни. Этиологический момент скоро влетает в сложные механизмы патогенеза» (59). Этиологию следует изучать в тесной связи с патогенезом. «...физиологическая точка зрения,— писал М. П. Кончаловский,— заставляет нас, врачей, смотреть на болезнь не только как на повреждение того или иного органа, но и как на расстройство функций систем органов и даже всего организма в целом» (30). «...картины болезненных процессов складываются из симптомов действия различных этиологических моментов и из симптомов реактивного характера... Эти комбинации симптомов отличаются для большей части процессов определенной закономерностью. Из этих патологических комбинаций слагаются клинические синдромы, которые характеризуют данное заболевание гораздо рельефнее, чем прежние органопатологические обозначения частной патологии» (52—53).

Благодаря анатомической и физиологической солидарности между органами и системами «нападающий фактор» поражает не один орган, а определенную систему. Эта солидарность проявляется и в заместительных и компенсаторных моментах. Поэтому «синдромная точка зрения дает нам не только правильное представление о морфологии патологического процесса, но и позволяет судить о динамике процесса, об его стадии и исходе» (38—39). Мышление по синдромам позволяет клиницисту видеть не только заболевший орган, а «охватить своим взором макроорганизм как целое» (53—54).

М. П. Кончаловский считает важным для клинициста всестороннее изучение синдромов.

Он неоднократно указывал на несостоятельность нозологических форм болезней, так как «диагностические ярлыки далеко не соответствуют тому, что в данном организме происходит» (52), они уведут от идеи системности, цельности организма.

«Клиника стоит перед полным пересмотром нозологии, номенклатуры и классификации» болезней (60).

М. П. Кончаловский учил: «Врачу легче составить себе функциональное представление о больном, если он будет иметь в виду следующие общие предпосылки: 1) контур болезни не обозначается в настоящее время (1942) описанием повреждения органа, а рисуется в виде синдрома; 2) необходимо обратить внимание на течение болезни, ее эволюционные этапы, осложнения и, главное, на смену ремиссий и приступов, то есть течение толчками, кризами (периодичность, цикличность); 3) среди вызывающих причин в комплексной этиологии необходимо искать решающий фактор, чтобы на него воздействовать наиболее эффективно» (38).

Он обращал внимание на то, что наблюдаемые в природе биологические ритмы свойственны и патологическим процессам. В эволюции и течении болезней отмечаются усиление и ослабление проявлений болезни (волны). Приступы, пароксизмы или атаки симптомов (кризы) сменяются периодами относительного, мнимого благополучия, «когда видимые признаки уходят и больной чувствует себя относительно хорошо и даже нередко возвращается к труду» (43), но при этом не подвергается обратной эволюции анатомическое поражение органа. В момент кризов возвращаются и усиливаются проявления болезни, причем «весь гуморальный статус организма подвергается колебаниям и вариациям» (44). При кризах часты различные дискинезы и гиперкинезы, сопровождающиеся болями спазматического характера, что свидетельствует о нарушениях в функции нервной системы. Весьма важно выяснение причин кризов. Известно воздействие метеорологических факторов (возможно — и космических), но на первое место должны быть поставлены социально-экономические условия труда и быта больного. Эти разнообразные факторы нарушают реактивную способность организма. Изучив генез криза, мы получим возможность предупредить, ослабить или уничтожить криз, обеспечить более спокойное течение болезни.

По М. П. Кончаловскому, диагноз болезни — это не «стабильный ярлык», обозначающий наименование болезни органа. «Диагноз изменчив вследствие появления новых признаков; диагноз вариативен согласно эволюции болезни и ее различных этапов; диагноз сложен и продолжителен благодаря присоединяющимся и осложняющим процессам» (60). Врач беспомощен без знания течения болезни, его эволюции.

¹ Цифры в скобках — страницы избранных трудов. изд. 1961 г.

«Каждый клинический случай,— учил М. П. Кончаловский,— это драгоценный дар, с которым нужно обращаться бережно и умело» (59). Необходимо поднять на большую высоту изучение больного человека, тщательно и методически собирать факты у постели больного, наблюдать за развитием болезни.

Успехи медицины тесно связаны с прогрессом техники, с развитием физики, химии, биологии и других наук, и без основательного знания их стало невозможно понимание патологических процессов. Для исследования больного применяется ряд физических и химических методов, нередко связанных со сложными аппаратами и инструментами. Кроме того, медицина создала свои собственные методы, нередко более сложные и чувствительные, чем методы физико-химические.

М. П. Кончаловский считал необходимой совместную работу физиологов и клиницистов для изучения физиологических процессов у больного. Клинику интересуют методы, способные выявить функциональные возможности органа (системы органов), и компенсаторные факторы организма больного. К сожалению, пока функциональная диагностика еще трудна, так как она не владеет простыми и безопасными для больного методами.

М. П. Кончаловский совершенно справедливо подчеркивает, что хотя и много принесли в клинику методы инструментального и лабораторного исследования, но все же полученные от них материалы «имеют значение только в связи с собственно-клиническими данными, полученными от непосредственного наблюдения больного» (59).

Идеал для врача — этиологическая терапия, но границы ее узки. Приходится прибегать к заместительной или субституирующей терапии и симптоматической. «Всякая терапия,— говорил М. П. Кончаловский,— есть терапия комбинированная». Одним из видов неспецифической терапии, так называемой переключающей, являются методы и средства, воздействующие на реактивную способность организма. Задача современной терапии — более тщательное изучение могучих и разнообразных ресурсов этой неспецифической терапии.

Большое внимание уделяя М. П. Кончаловский изучению начальных форм болезней, когда в большинстве случаев под воздействием разнообразных болезнетворных факторов среды наблюдаются функциональные расстройства «без явной анатомии» (35). Выявление начальных форм болезни и устранение патогенетических факторов будут предупреждать полное развитие заболевания, которое в этой фазе уже плохо поддается терапии.

Цель терапии,— говорил М. П. Кончаловский,— «дать гражданам нашей великой родины не только жизнь и здоровье, но и способность к труду, ибо в труде счастье и радость жизни» (33).

О профилактике заболеваний он писал так: «...устранение причин болезней не может ограничиться такими малыми профилактическими и лечебными средствами как назначение специфических лекарств или проведение санитарно-гигиенических мер. Клиника идет... в сторону устранения всей суммы неблагоприятных экзогенных факторов и улучшения эндогенных влияний. И вот мы уже видим тот мост, который перекинулся от медицины к социальным наукам... Только уничтожение эксплуатации человека человеком, коренное изменение социальной структуры общества, только построение социализма, с которым связано улучшение условий труда и быта, рост материального и культурного благосостояния масс, устранение профессиональных вредностей, отравлений и всех других вредных влияний среды позволяют осуществить настоящую профилактику и настоящую терапию» (27—28).

М. П. Кончаловский не мыслил терапию в отрыве от других клинических специальностей, наоборот, он ратовал за консультативную работу. — «Теперь всем стало ясно,— писал он,— что каждый больной требует для всестороннего изучения его участия в этом сложном деле многих специалистов».

М. П. Кончаловским была уловлена тенденция к сближению отдельных медицинских специальностей, особенно внутренней медицины и хирургии.

Благодаря внедрению новой техники значительно расширилось поле деятельности хирургов и таким образом создалась обширная пограничная область между хирургией и терапией. Хирургов стали интересоваться общие вопросы клинической медицины. Терапевтов интересует самый механизм операции и «те изменения, которые она производит в отправлениях органов» (74).

Операция подтверждает или отвергает диагностическую гипотезу терапевта.

М. П. Кончаловский подчеркивает, что операция при заболеваниях внутренних органов — это только эпизод в лечении больного. «Хирург не в состоянии ножом устранить диатез и общие причины, вызывающие болезнь... он всегда успешно устраняет рубцы и многочисленные механические препятствия на пути жизненных функций» (25). Операция не освобождает больного от общего лечения, которое должно проводиться и до, и после операции. «Операция иногда дает такие осложнения, которые создают новые болезненные клинические синдромы» (75).

В общей деятельности с хирургом терапевт решает следующие задачи: 1) постановка показаний к операции, 2) изучение вопроса о технике операции и ее механизма, а также о тех нарушениях или изменениях физиологических процессов, которые она влечет за собой, 3) послеоперационное наблюдение, 4) отдаленные результаты операции» (75).

М. П. Кончаловский считает, что «необходимо отбросить ту формулу, по которой операция назначается в тех случаях, когда не помогает терапевтическое лечение» (75). Он отводит также упрек со стороны хирургов в адрес терапевтов, что последние поздно и неохотно ставят показания к операции. «Нашей задачей,— учит М. П. Кончаловский,— является в каждом конкретном случае точнее формулировать показания к оперативному лечению... точно определить самый момент оперативного вмешательства» (75).

А. М. Окулов
(Казань)

Вопросы патологии желчных путей. Сб. науч. тр. 1-й Республиканской клинической больницы под ред. проф. А. Я. Губергрица, Ижевск, 1960, стр. 227.

Выбор темы сборника обусловлен тем, что в Удмуртской АССР и особенно в Ижевске заболевания желчных путей составляют своего рода краевую патологию, поскольку, по данным как клиник Ижевского мединститута, так и районных больниц, число больных с заболеваниями желчных путей составляет 12—13% ко всем заболеваниям внутренних органов. Это и позволило участникам рецензируемого сборника собрать и обобщить большой клинический материал. В известной мере данный сборник повторяет, только в расширенном виде, сборник, выпущенный в 1956 г. Ижевским мединститутом под заглавием «Гепатохолециститы и холецистопатиты». Сейчас все изложено значительно полнее, и количество клинических наблюдений значительно больше.

Следует отметить как большую заслугу проф. А. Я. Губергрица разработку заболеваемости холециститов среди городского и сельского населения, а также включение данных о результатах диспансеризации с систематическими профилактическими противорецидивными курсами лечения.

Проф. А. Я. Губергриц, развивая идею о единстве поражений паренхимы печени, внутрипеченочных и внепеченочных желчных путей, предлагает вслед за Марковым (Швейцария) в качестве объединяющего названия термин «холангиогепатит». В этом аспекте и составлена приведенная в его статье новая классификационная схема, не всегда легко воспринимаемая из-за своей громоздкости.

Клинике хронических холангиогепатитов посвящено 6 работ. Отличаются все эти работы друг от друга только количеством наблюдений, все остальное почти идентично.

Обращает на себя внимание, что у подавляющего числа больных (во всех работах) было отчетливое увеличение печени — факт, заслуживающий внимания и, возможно, связанный с особенностями и частотой хронических холециститов в Удмуртской АССР, так как по данным других авторов этот симптом не выступает с таким постоянством.

Все авторы большое внимание уделяют данным дуоденального исследования, особенно наличию лейкоцитов (более 10 в поле зрения), имбибированных желчью. Вместе с тем мало обращено внимания на нарушение конденсаторной функции желчного пузыря.

В. Ф. Машагатов и Я. С. Циммерман особое внимание уделили состоянию сердечно-сосудистой системы по данным ЭКГ, определению циркулирующей массы крови, венозного давления. Все же доказать прямую связь органических поражений сердечно-сосудистой системы с основным заболеванием авторам не удалось. Они только подтвердили общеизвестный факт о возможности разнообразных рефлекторных реакций со стороны сердечно-сосудистой системы (особенно при острой желчной колике) при заболеваниях желчного пузыря, а также то, что органические изменения в сердце и сосудах не зависят от хронического холецистита. Подтверждает сказанное и отмеченная авторами стабильность ЭКГ-сдвигов, не изменившихся после лечения.

Много внимания уделили авторы сборника функциональным исследованиям печени, желудка и поджелудочной железы (В. Ф. Машагатов и А. В. Циммерман, Л. О. Бабикова, Я. С. Циммерман, Д. В. Анисимова). Полученные данные в значительной степени совпадают с литературными, прежде всего в разделе нарушений нервной регуляции секреторной и моторной функций желудка. Интересные данные о частоте диспанкреатизма при заболеваниях желчных путей приведены в обстоятельной статье Я. С. Циммермана.

Простая и доступная в любых условиях методика определения скорости печеночного кровотока описана в работе Л. А. Лешинского, и можно согласиться с выводами автора о значении удлинения времени печеночного кровотока в диагностике циррозов печени.

В. В. Парусов описал клинику описторхоза желчных путей на основании 20 собственных наблюдений, подтвердив возможность появления этой формы гельминтоза в районах, нехарактерных для массового распространения описторхоза.

Две работы (В. А. Николаевой и Л. А. Иванова) подтверждают хорошо известный факт поражения при болезни Боткина желчных путей и возможности в части