

КАЗАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

L

5

1967

Редакционная коллегия:

Н. Н. Лозанов (редактор), В. Ф. Богоявленский (секретарь), М. Х. Вахитов, Н. И. Вылегжанин, Д. М. Зубаиров (зам. редактора), Ю. В. Макаров, З. И. Малкин, П. В. Маненков, И. З. Мухутдинов, Л. М. Рахлин (зам. редактора), М. Х. Файзуллин, Ф. Х. Фаткуллин, И. Ф. Харитонов, Л. И. Шулутко

Редакционный совет:

Х. З. Ахунзянов, З. Н. Блюмштейн, И. Н. Волков, С. М. Вяселева, А. И. Гефтер (Горький), М. М. Гимадеев (Уфа), И. В. Данилов, Е. А. Домрачева, М. А. Ерзин, В. М. Зайцев (Саранск), Б. А. Королев (Горький), Н. П. Кудрявцева, Н. П. Медведев, Х. Х. Мешеров, А. Э. Озол, Л. И. Омороков, Н. П. Осипов (Чебоксары), О. С. Радбиль, Ю. А. Ратнер, Н. Н. Спасский, Х. С. Хамитов, П. И. Шамарин (Саратов), С. В. Шестаков (Куйбышев-обл.), В. Н. Шубин, Т. Д. Эпштейн, Н. Н. Яснитский

ИЗДАЕТСЯ С 1901 ГОДА

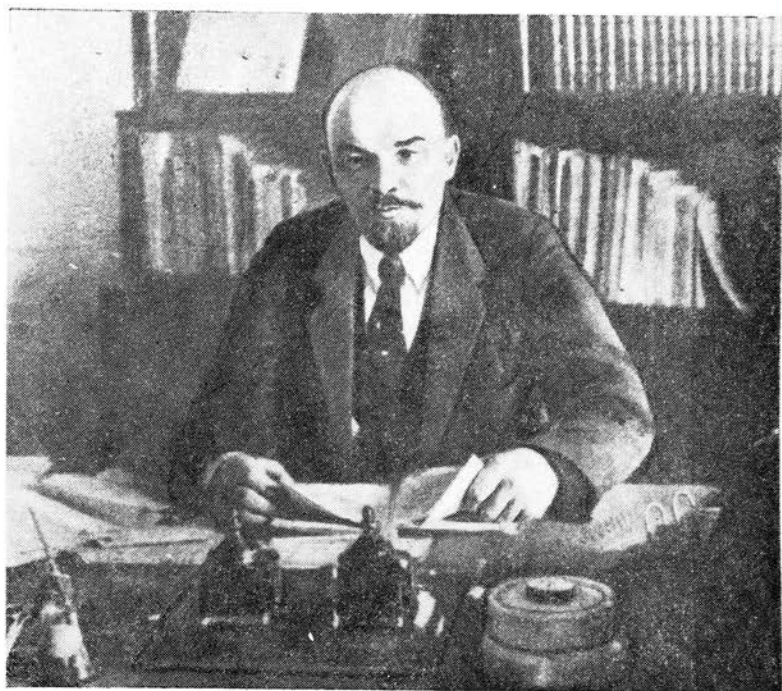
Подписка принимается во всех почтовых отделениях СССР.
Адрес редакции «Казанского медицинского журнала»:
г. Казань, ТАССР, ул. Толстого, д. 6/30; тел. 2-54-62.

Литературно-технический редактор А. И. Розенман

Корректор О. А. Крылова

Сдано в набор 30/VI 1967 г. Подписано к печати 27/IX 1967 г. ПФ 06425. Формат бумаги 70×108¹/₁₆.
Печати. листов 6,25. Заказ В-301. Тираж 4760 экз. Цена 40 коп.

Типография «Татполиграф» Управления по печати при Совете Министров ТАССР
Казань, ул. Миславского, д. 9.





КАЗАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

сентябрь
октябрь
1967

5

ОРГАН МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ТАССР
И СОВЕТА НАУЧНО-МЕДИЦИНСКИХ ОБЩЕСТВ

 К 50-летию Великого Октября

УДК 616—082(470) (091)

50 ЛЕТ РАЗВИТИЯ СОВЕТСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

С. Я. Чикин

(Москва)

Ноябрьские дни 1967 г. являются историческими для советского народа. 7-го ноября исполнится 50 лет с момента свершения Великой Октябрьской социалистической революции, открывшей путь к глубоким преобразованиям нашей Родины в социальном, экономическом и культурном отношении. За этот непродолжительный срок наша страна достигла больших успехов. Завершив построение социалистического общества, советский народ начал сооружать величественное здание коммунистического общества, приступил к созданию его основы — материально-технической базы. Грандиозные успехи в развитии всех отраслей народного хозяйства позволили значительно поднять жизненный уровень всего народа и его культуру. На основе социально-экономических преобразований нашей страны в корне изменилось дело здравоохранения и созданы благоприятные условия для оздоровления советского народа.

Для того, чтобы ясно представить успехи здравоохранения, необходимо вспомнить уровень развития его в дореволюционный период. В 1913 г. в царской России на 10 000 населения было всего 13 коек и 1,8 врача. Во всей стране было только 9 поликлиник для медицинского обслуживания женщин и детей. На огромных территориях, которые относились к окраинам России, здравоохранение по существу отсутствовало. Так, на всей территории Казахстана, где в 1913 г. проживало 5,6 млн. чел., было всего 196 врачей и 1800 больничных коек.

Смертность в дореволюционной России составляла 29,1 на 1000 населения, в то время как в США она равнялась 13,2. Это означает, что каждый год погибало около 3% населения. Особенно велика была смертность среди малолетних детей, из которых каждый третий умирал, не дожив до года.

Все это было результатом пренебрежительного отношения царского правительства к нуждам народа, и в частности к охране его здоровья. На медицинское обслуживание населения тратилась всего лишь 91 копейка в год на человека.

Великая Октябрьская социалистическая революция коренным образом изменила отношение государства к вопросам охраны здоровья народа. Медицинская помощь стала бесплатной и общедоступной. Уже через несколько дней после революции, когда у молодого, только что возникшего государства было много чрезвычайно важных забот и, казалось бы, трудно было найти время для разрешения проблемы здравоохранения, был принят декрет «О бесплатной передаче больничным кассам всех лечебных учреждений, предприятий или, в случае неимения таковых, о выдаче денежных сумм на оборудование их». Это был важный государственный акт, равный которому по своей социальной значимости история человечества до этого не знала.

В июле 1918 г. декретом за подписью В. И. Ленина создается Народный Комиссариат здравоохранения РСФСР.

Постоянная забота Советского государства о здоровье народа даже в тяжелые годы гражданской войны и в период восстановления народного хозяйства способствовала ликвидации эпидемий ряда особо опасных инфекций. В 1923 г. смертность населения в сравнении с 1913 г. снизилась на 18%, а детская смертность — в два раза.

Уже с первых лет Советской власти принимаются меры к расширению сети медицинских учреждений и подготовке врачей и средних медицинских работников. За первые десять лет Советской власти было построено медицинских учреждений на 5,7 тыс., а санаториев и домов отдыха — на 110 тыс. коек, за последующее десятилетие — соответственно на 30,6 и 249,6 тыс. коек. Еще больший размах строительства их предусматривался в 3-й пятилетке, однако начавшаяся война не позволила полностью осуществить намеченные планы. Большое внимание к охране здоровья народа со стороны государства выражалось также в росте расходов на душу населения. В 1928 г. они составляли 2,2 рубля, а в 1940 г. — уже 47,7 рубля.

В 1913 г. все высшие учебные заведения выпустили 1500 врачей. С 1940 г. 72 высших медицинских учебных заведения выпускали ежегодно 16,4 тыс. врачей. В 1913 г. в России насчитывалось только 46 тыс. средних медицинских работников всех специальностей, а в 1940 г. — более 472 тыс.

В 1924—1925 гг. по всей стране начинает широко распространяться диспансерная форма медицинского обслуживания трудящихся как совершенно новая форма, осуществление которой стало возможным только в стране с социалистическим способом производства. Характерной особенностью этой работы стало участие в ней не только медицинских работников, но и самих рабочих, широких слоев общественных организаций, что полностью соответствовало лозунгу — «оздоровление трудящихся есть дело самих трудящихся», осуществление которого возможно только в условиях социалистического строя.

Народный Комиссар здравоохранения РСФСР Н. А. Семашко писал тогда: «Мы сейчас ставим курс на профилактику — на предупреждение болезней, но обратите внимание — эта профилактика мыслится несколько иначе, чем ставилась раньше, всякая профилактика окрашивается для нас социальным светом, по профилактическому пути мы

идем с компасом социально-гигиеническим». Роль общественности в укреплении здоровья народа особенно ярко отразилась в предвоенные годы, когда по почину жителей Геокчайского района Азербайджанской ССР, Рогачевского района Белорусской ССР, Дмитровского района Московской области по всей стране развернулась работа по оздоровлению быта, условий труда и внешней окружающей среды. Все это на фоне широких социальных мероприятий, направленных на улучшение питания, жилищных и производственных условий, сокращения рабочего дня способствовало значительному укреплению здоровья народа. В 1940 г. уменьшилась общая смертность населения по сравнению с 1913 г. на 39%, детская смертность — на 33%. Значительно улучшилось физическое развитие подрастающего поколения во всех его возрастных и половых группах на всей территории Советского Союза.

Отечественная война помешала осуществлению дальнейших мероприятий по медицинскому обслуживанию народа, потребовав от советского государства и его органов здравоохранения создания необходимых условий для лечения и восстановления здоровья раненых солдат и офицеров Советской Армии. Наша страна успешно справилась с развертыванием широкой сети эвакуационных госпиталей и добилась беспрецедентных результатов, когда более 70% раненых возвращались из госпиталей в ряды действующей армии.

Нашествие фашистских орд на нашу страну нанесло тяжелый вред советскому здравоохранению. По далеко не полным данным в результате оккупации и разрушений общий ущерб советскому здравоохранению составил более 6,5 млрд. руб. Несмотря на это, к концу войны наше здравоохранение имело больничных коек на 18 тыс. больше, чем в 1941 г. Увеличилось число женских и детских консультаций на 630 учреждений, фельдшерских пунктов на 6000, здравпунктов на промышленных предприятиях на 1200. Это свидетельствует о большой жизненной силе советского строя, его могуществе, его больших возможностях.

В послевоенный период наша страна продолжала расширять материальную базу здравоохранения. В 1940 г. в стране было 13 793 больничных учреждения, в 1950 г. — 18 253, коечный фонд за это время увеличился с 790 тыс. до 1010 тыс. Пополнился отряд медицинских работников. В 1950 г. врачей было 265 тыс., т. е. на 110 тыс. больше, чем в 1940 г., а средних медицинских работников — 719 тыс. против 472 тыс. в 1940 г. Все последующие годы были годами бурного развития материальной базы советского здравоохранения и подготовки медицинских кадров. Большое значение в развитии здравоохранения в последние годы сыграло постановление ЦК КПСС и Совета Министров СССР «О мерах по дальнейшему улучшению медицинского обслуживания и охране здоровья населения СССР». Выполнение этого постановления было дальнейшим шагом в укреплении здоровья народа, в расширении материальной базы советского здравоохранения, в снижении и ликвидации ряда инфекционных заболеваний, в совершенствовании подготовки медицинских кадров, в оздоровлении среды, в привлечении общественности к участию в профилактических мероприятиях.

О развитии здравоохранения и некоторых показателях, характеризующих здоровье народа за годы Советской власти, наглядно свидетельствует приводимая ниже таблица.

Одним из наиболее ярких показателей, характеризующих заботу государства о здоровье народа, является подготовка врачей. Такого количества медицинских работников не имеет и не может иметь ни одна капиталистическая страна. В 1965 г. в нашей стране обеспеченность врачами составляла 23,9 на 10 000 населения, в Англии — только 14,7, в Японии — 14,3, во Франции — 15,4, в США — 18,4, в Италии — 16,3,

Показатели	1913 г.	1965 г.	Кратность увеличения (уменьшения)
Число врачей всех специальностей (включая зубных) в тыс.	28,1	555	в 19,5 раза больше
Число врачей на 10 000 населения . . .	1,8	23,9	в 13,2 "
Число больничных коек в тыс. . . .	208	2234	в 10,6 "
Число больничных коек на 10 000 на- селения	13	96	в 7,4 "
Средняя продолжительность предстоя- щей жизни населения (в годах)	32 ¹	70	в 2,2 "
Общая смертность на 1000 населения	29,1	7,3	в 4 раза меньше
Детская смертность на 1000 родив- шихся	273	27	в 10 "

а в таких странах, как Турция — 3,3, Иран — 3,7, Индия — 1,9, т. е. столько, сколько было в нашей стране 45—50 лет тому назад.

Резким контрастом здравоохранения капиталистических стран являются успехи, достигнутые отдельными республиками и в первую очередь теми, которые в дореволюционное время относились к далеким отсталым окраинам. Так, если в среднем по СССР число врачей с 1913 г. по 1965 г. увеличилось в 19,5 раза, то в Казахской ССР — в 46 раз, в Киргизской ССР — в 94 раза, в Таджикской ССР — в 75 раз, в Узбекской ССР — в 56 раз. Таково же положение и с ростом материальной базы здравоохранения. Если обеспеченность койками в среднем по СССР в 1965 г. была выше, чем в 1913 г., в 7,4 раза, то в Казахской ССР — в 31 раз, в Киргизской ССР — в 75 раз, в Таджикской ССР — в 218 раз, в Узбекской ССР — в 40 раз.

Достигнутые успехи в развитии советского здравоохранения, однако, еще не являются тем пределом, который полностью удовлетворяет потребность населения.

Каждый человек будущего коммунистического общества должен быть всесторонне развитой личностью, сочетать в себе духовное богатство, моральную чистоту и физическое совершенство. Все это может быть обеспечено дальнейшим улучшением материального уровня трудящихся, жилищных условий, питания, дела здравоохранения, путем создания широкой материальной базы для развития физической культуры и спорта при целенаправленном воспитании вообще и физическом в частности. Конкретным воплощением этих предначертаний в жизнь являются решения XXIII съезда КПСС, утвердившего план развития нашей страны на текущую пятилетку. Наряду с промышленностью и сельским хозяйством значительные изменения претерпит и советское здравоохранение. Пройдут 3 года, отделяющие нас от конца пятилетки, и сеть наших больниц увеличится еще на 454 тыс. коек. Это позволит уже предоставить 109 коек для лечения больных на каждые 10 000 населения против 96, которыми мы располагали в 1965 г. Армия врачей увеличится примерно на 115 тыс. чел., и на каждые 10 000 населения будет приходиться более 28 врачей против 23,9 на начало пятилетки.

В постановлении ЦК КПСС от 4/I 1967 г. «О подготовке к 50-летию Великой Октябрьской социалистической революции» говорится, что «50 лет Октября — это подъем жизненного уровня народа. Право на

¹ Сведения за 1896 г.

труд и отдых, на бесплатное образование, медицинское обслуживание и пенсионное обеспечение стали естественными и привычными для советских людей. Социализм принес советскому человеку уверенность в завтрашнем дне; над ним не тяготеет страх безработицы, произвола и нищеты. В социалистическом обществе забота о человеке, о его благе является высшей целью партии и государства».

В этом сгустке мыслей, ярко отражающем сущность нашего общества, сказано не только о завоеванных победах советским народом, о его настоящем, но и о будущем, которое является также жизнеутверждающим, как это предопределено научным коммунизмом, учением, созданным великими гениями человечества Карлом Марксом, Фридрихом Энгельсом, Владимиром Ильичом Лениным.

УДК 616—082(470)(091)

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ ТАТАРИИ ЗА 50 ЛЕТ СОВЕТСКОЙ ВЛАСТИ

И. З. Мухутдинов

Министр здравоохранения ТАССР

Великая Октябрьская социалистическая революция открыла новую эру в истории человечества, эру социализма и коммунизма. В ранее отсталой и нищей России был создан новый тип государственной власти, очистивший за полвека своего существования нашу страну от эксплуатации, насилия, нищеты и невежества. В исторически небольшой отрезок времени в стране произошли величайшие преобразования в области политической, хозяйственной и культурной жизни народа.

Наглядным примером грандиозных успехов, которых достигли угнетаемые национальности России, является расцвет Советской Татарии.

Казанская губерния до революции была отсталой во всех отношениях и отражала общее санитарное неблагополучие царской России. Санитарная обстановка в городе Казани и в сельских местностях губернии была крайне неблагоприятной. Санитарная комиссия Казанской городской думы так характеризовала состояние города: «окруженный с трех сторон болотами, внутри пересекаемый гнилым Булаком и засоренным Кабаном, город служит вечным богатым гнездом всевозможных заразных болезней. Невозможно оставаться хладнокровным зрителем на недостаток врачей для бедного населения, на отсутствие пристанища для заразных больных, на лишение умирающих дарового лечения, на тлетворное испарение зловонных Булака и Кабана, на заваливание со всех сторон города навозом и экскрементами, на сотни детских гробов, ежедневно относимых на кладбище» (А. В. Петров, А. Я. Щербаков. «Заметки о земской медицине в Казанской губернии». Приложение к протоколу общества врачей г. Казани за 1874 г.).

Все это обуславливало чрезвычайно низкие показатели здоровья населения. Так, общая смертность населения Казанской губернии в 1913 г. составляла 33,1 на 1000 населения и была выше средней смертности по Российской империи (30,2). Весьма высокой была также детская смертность: если в 1913 г. в России из 1000 родившихся не доживало до 1 года 270, то в Казанской губернии эта цифра доходила в отдельные годы до 340. Высока была заболеваемость населения Казанской губернии инфекционными, социально-бытовыми и другими болезнями. Бывшая Казанская губерния по заболеваемости трахомой и чесоткой занимала первое место. По данным 1914 г. она давала 4,5%

всех случаев чесотки и 4,7—5% всех случаев трахомы. По данным, приведенным в официальном отчете о народном здоровье населения Казанской губернии за 1910 г., умерло от оспы 3 108, чел., от холеры — 1 796, от скарлатины — 3 186, от дифтерии — 1 796.

Распространенность инфекционных и других заболеваний, нищенское и полуголодное существование большей части населения обусловили значительное отставание физического развития лиц молодого возраста.

Накануне первой мировой войны расходы на медицинское обслуживание населения в Казанской губернии не превышали 71 копейки в год на человека.

В губернии работало 456 врачей (включая 67 зубных) и 346 средних медицинских работников. Один врач приходился в среднем на 6 250 жителей. Обеспеченность стационарной помощью была также крайне низкой: на 1 000 чел. приходилось лишь две койки.

На селе оказывалась лишь амбулаторная медицинская помощь, к тому же мало квалифицированная. На врачебный участок приходилось 47 499 чел., а на одну койку — 1 741 чел. Еще хуже обслуживалось татарское население и другие национальные меньшинства. В 1913 г. на татарские селения Казанской губернии приходилось лишь 5 больниц (из 62) и 12 фельдшерских пунктов (из 46), на нацменовские — 2 больницы и 3 фельдшерских пункта. Естественно, что среди национальных меньшинств социальные и бытовые болезни получили более широкое распространение. Процветало знахарство.

Несмотря на то, что в Казани был расположен один из самых старейших университетов России с очень авторитетным в стране медицинским факультетом, медицинская помощь была поставлена также неудовлетворительно. В городе было 10 больниц на 750 коек, из которых пятая часть принадлежала частнопрактикующим врачам. Центром больничной помощи Казани была плохо оборудованная губернская земская больница на 230 коек.

Клиники университета работали тогда независимо от городской лечебной сети. Санитарная и противоэпидемическая организации отсутствовали, и поэтому борьба с социальными и бытовыми болезнями планомерно не проводилась. Мероприятия по охране материнства и детства были в зачаточном состоянии.

Аптеки находились в руках частных лиц. Всего их в 1913 г. было 45, из них в сельских местностях — 10. Одна аптека приходилась в среднем на 74 000 чел. Положение еще более ухудшилось за годы первой мировой войны.

Такова была картина здравоохранения в бывшей Казанской губернии до Великой Октябрьской революции.

В только что образовавшейся на месте прежней Казанской губернии Татарской АССР (1920 г.) было зарегистрировано 286 заболеваний сыпным тифом на каждые 10 000 населения. В эти годы свирепствовали и другие тяжелые инфекции: холера, брюшной тиф, дизентерия, возвратный тиф и детские инфекции. Перед молодыми органами советского здравоохранения была поставлена задача ликвидации очагов эпидемий, предотвращения дальнейшего их распространения. Несмотря на сложнейшую обстановку (голод, разруха), усилия медицинских работников увенчались успехом: уже в 1923 г. коэффициент заболеваемости сыпным тифом упал до 20,7 на 10 000, а в 1926 г. — до 4,0, т. е. уменьшился в 70 с лишним раз по сравнению с 1920 г. Холера, занесенная в Татарию в июле 1921 г., дала несколько вспышек; в августе 1922 г. она была полностью ликвидирована.

На протяжении всех 50 лет существования Советского государства противоэпидемические проблемы неизменно занимали должное место

в работе советского здравоохранения. С 1936 г. полностью ликвидирована оспа, отошла в область прошлого холера. Нет случаев заболевания и возвратным тифом. Достигнуты большие успехи в борьбе с малярией, поражавшей сотни тысяч людей в городах и селениях бывшей Казанской губернии. В результате массовых профилактических мероприятий практически ликвидирована на территории Татарии заболеваемость полиомиелитом, сведена к единичным случаям заболеваемость дифтерией. Частота других заразных болезней, особенно кишечных инфекций, брюшного тифа и паратифа, резко снижена. Достигнуты значительные успехи в борьбе с гонореей и сифилисом, а также с чесоткой и паршой. Неуклонно снижается, особенно в последние годы, заболеваемость туберкулезом. Ликвидирована трахома как массовое заболевание.

Благодаря неуклонному осуществлению ленинской национальной политики и братской взаимопомощи советских народов Татария за годы Советской власти превратилась в передовую социалистическую республику с мощной тяжелой индустрией, развитой легкой и пищевой промышленностью, высокомеханизированным сельским хозяйством. За короткий срок создана и продолжает развиваться мощная нефтяная индустрия, уже более 10 лет она занимает ведущее место в Советском Союзе. Неустанно осуществляется в Татарии работа по подъему жизненного уровня населения.

Социализм принес нам всеобщую грамотность и неизмеримый рост духовной жизни общества. Если на 1 000 населения до революции приходилось 47 учащихся, то теперь — 396.

Наряду с огромными достижениями в области экономического и культурного развития Татарии за годы Советской власти происходило дальнейшее совершенствование и рост народного здравоохранения. Резко увеличилось ассигнование на здравоохранение. В 1967 г. они составляют по ТАССР 70,2 млн. рублей — в 35 раз больше, чем на соответствующей территории в 1913 г.

За годы Советской власти общее число больниц в республике возросло с 98 до 271 с числом коек 26 980. Особенностью вновь построенных и реконструированных больниц в городах и сельской местности является их укрупнение, специализация по многопрофильному типу, оснащение современным оборудованием.

При увеличении сети больничных учреждений особое внимание было обращено на развитие специализированных видов медицинской помощи. Были организованы туберкулезные, кожно-венерологические, онкологические и другие виды специализированных учреждений и специализированных отделений в городских больницах. В г. Казани за последние годы открыты два урологических, одно неврологическое, проктологическое, нейрохирургическое, эндокринологическое, гематологическое отделения и отделение детской хирургии. Примером современной многопрофильной больницы может служить введенная в строй в 1966 г. 15-я клиническая больница г. Казани на 520 коек с терапевтическим, неврологическим, хирургическим, челюстно-лицевым, нейрохирургическим, гинекологическим и детским отделениями.

Значительно выросла обеспеченность населения койками. В ТАССР к 1967 г. на 1 000 населения приходится в среднем 8,6 коек (в Казани — 13, в других городах и рабочих поселках — 13,2, в сельской местности — 4,2¹).

¹ Фактически в сельской местности обеспеченность койками выше, так как в городские и республиканские больницы г. Казани госпитализируется значительное число больных из села.

За годы семилетки (1959—1965) на новое больничное строительство израсходовано по государственным капиталовложениям 5 135 000 руб., введено 1 420 коек. По нецентрализованным источникам использовано 2 733 000 руб. В строительстве лечебных учреждений все большую помощь оказывают промышленные предприятия республики, а также колхозы и совхозы. За счет инициативного строительства средствами колхозов и совхозов за семилетку построено свыше 60 колхозных родильных домов и больниц, 167 фельдшерско-акушерских пунктов, 63 детских яслей на 2 368 мест. Все более растущая экономика колхозов и совхозов позволяет им увеличить ассигнования на больничное строительство на селе. Будут расширены центральные районные и районные больницы, построены межколхозные больницы на 60—100 коек. Это даст возможность более рационально использовать медицинские кадры, внедрить современную медицинскую технику, приблизить специализированную помощь к сельскому населению.

Интенсивное осуществление нового больничного строительства продолжается и в этой пятилетке (1966—1970 гг.). Так, за 1966 г. было дополнительно развернуто 1 220 коек, в том числе во вновь выстроенных больницах — 495 коек. К 1970 г. коечная сеть республики должна достигнуть 29 090, а средняя обеспеченность койками — 9,2 на 1 000 населения.

Проводится большая работа по благоустройству больниц, оснащению их современным оборудованием, средствами малой механизации, транспортом и мебелью. В настоящее время все лечебно-профилактические учреждения республики электрифицированы.

Все эти меры позволили улучшить качество и культуру медицинского обслуживания населения, облегчили условия труда медицинских работников.

В ТАССР создана мощная сеть поликлинических учреждений. Интенсивно развивается сеть медико-санитарных частей. Если в 1946 г. было только 7 специальных медицинских учреждений при промышленных предприятиях, то в настоящее время — 24, в том числе 18 со стационарами на 1 280 коек. Интенсивно развивается здравоохранение в нефтеносных районах республики.

Поликлиническая сеть стала специализированной. Налажены стоматологическая и зубопротезная, неврологическая, отоларингологическая, онкологическая, травматологическая, ортопедическая, урологическая и другие специализированные виды помощи, совершенно не существовавшие до революции. Неотъемлемой частью поликлинической службы стала скорая медицинская помощь и система помощи на дому.

Ярким достижением советского здравоохранения является широкое внедрение диспансерного метода обслуживания больных и здоровых. В 1965 г. число больных, находящихся под диспансерным наблюдением, выросло более чем в 5 раз по сравнению с 1955 г., а число диспансеризуемых здоровых лиц — более чем в 2 раза. В городских больницах охвачены диспансерным наблюдением 93% от числа зарегистрированных больных ревматизмом, 67% гипертоников, 99,4% страдающих язвенной болезнью и 99,2% больных глаукомой.

За годы Советской власти в сельских районах республики развернуто 47 центральных районных и 119 участковых больниц, 1 767 фельдшерско-акушерских пунктов. Методическое руководство сельской медициной осуществляет Республиканская клиническая больница Министерства здравоохранения Татарской АССР, объединяющая все клиники Казанского медицинского института. При Республиканской клинической больнице в 1935 г. была создана санитарная авиация, которая осуществляет экстренную консультативную и лечебную специализированную помощь больным в городах и районах республики. Только в

1965 г. санитарными самолетами были доставлены к больным более 900 врачей-специалистов, которые проконсультировали и оказали медицинскую помощь более чем 35 тысячам больных.

Совершенно новой отраслью народного здравоохранения является охрана материнства и детства. До революции из каждых 100 беременных татарок 96 рожали на дому без всякой медицинской помощи. На всю губернию был 1 родильный дом в Казани и 2 родильных отделения (в Чистополе и Елабуге) с общим количеством коек 87. В настоящее время в Татарии работает 110 женских консультаций, 11 родильных домов, 133 колхозных родильных дома, кроме того, в каждой участковой больнице имеются родильные койки. В городах все роды проходят в роддомах, а на селе — более 90%. Систематическое наблюдение за состоянием здоровья беременных, квалифицированная родо-разрешающая помощь позволили снизить смертность беременных женщин во время родов в 10 раз, а новорожденных — в 7,5 раз.

Забота о здоровье ребенка начинается задолго до его рождения. В течение всей беременности женщина находится под наблюдением женской консультации или фельдшерско-акушерского пункта.

Неуклонно растет количество больничных коек для детей, причем более высокими темпами, чем в общей сети. Так, по сравнению с 1940 г. общее число коек в ТАССР увеличилось в 2,5 раза, а детских — более чем в 4 раза. С первых лет Советской власти в республике развернулась работа по организации детских яслей. Уже в 1926 г. функционировало 11 постоянных яслей на 330 мест. К 1966 г. в республике было открыто 284 яслей (в том числе 140 на селе) на 17 056 мест.

Примером заботы Партии и Правительства о детях является организация санаторного лечения. В 1966 г. в санаториях проходили курс лечения 616 детей из Татарии, часть из них — в здравницах Крыма и Кавказа. В 1966 г. 82 376 детей отдыхало в пионерских лагерях.

В 1920 г. после образования ТАССР был организован Народный Комиссариат здравоохранения республики. В этот период Наркомздраву пришлось решать множество сложных задач. Не хватало врачей, средних медицинских работников, лечебных учреждений, медикаментов, инструментов и т. д. Тяжелое санитарное состояние республики, эпидемии инфекционных заболеваний требовали неотложной организации санитарной службы. В 1920 г. создается санитарная организация в составе 14 врачей и их помощников, организуются дезинфекционные отряды, изоляционные квартиры, распределители, специальный транспорт и др.

В 1920—1922 гг. деятельность санитарных врачей была направлена на борьбу с эпидемиями. Но с конца 1923 г. их функции значительно расширяются, они обращают больше внимания и на жилищно-санитарный надзор. Появляются первые санитарные врачи на селе (5 чел. в 1923 г.). После создания в 1939 г. санитарно-эпидемиологических станций санитарная организация приобрела более четкую структуру, а в 1957 г. в Казани была организована самостоятельная городская дезинфекционная станция.

В настоящее время в республике функционируют 49 СЭС, в том числе республиканская, которая осуществляет организационно-методическое руководство по проведению всех профилактических, противоэпидемических и санитарно-оздоровительных мероприятий. Все 49 СЭС имеют хорошо оснащенные лаборатории, в которых проводятся сложные санитарно-химические и санитарно-бактериологические анализы. В 1944 г. было выполнено около 10 000 таких анализов, а в 1966 г. — около 1,5 млн.

Санитарно-эпидемиологическая служба сыграла большую роль в планомерном оздоровлении внешней среды, условий труда и быта на-

селения Татарии и по снижению и ликвидации инфекционной заболеваемости. Она стала очень важной высококвалифицированной и специализированной профилактической службой здравоохранения, наделенной для выполнения своих задач большими государственными правами, квалифицированными кадрами и техническим оснащением.

До революции в Казанской губернии не было санаториев и курортов, домов отдыха для трудящихся, оздоровительных лагерей для детей. Создание сети таких учреждений, играющих большую роль в восстановлении здоровья и трудоспособности людей, является выдающимся достижением советской медицины. Сейчас в Татарии работает 9 санаториев для туберкулезных больных, санаторий «Васильево» на 335 мест для нервно-соматических больных, курорт-грязелечебница в Бакирове на 150 мест, курорт «Ижминводы» для желудочно-кишечных больных на 225 мест. Пропускная способность санаториев и курортов республики достигает 14 тыс. чел. в год. Дома отдыха Татарии, насчитывающие более 3 тыс. мест, ежегодно пропускают более 50 тыс. чел., в 1967 г. в здравницах республики будет обслужено около 60 тыс. трудящихся.

Государственная лечебная и профилактическая медицина невозможна без обширного аптечного хозяйства, химико-фармацевтической и медико-инструментальной промышленности. Первая аптека в Казанской губернии была организована в 1829 г. при клинике Казанского университета, но отпуска лекарств населению она не производила. В 1850 г. в Казани было всего 5 аптек, на периферии — 3. Ассортимент лекарственных средств был крайне ограничен, это были в основном препараты цинка, меди, железа, из органических — морфий, стрихнин, опий. Широко изготовлялись в аптеках в основном лекарства с корректирующими свойствами: фруктовые эссенции, различные уксусы, эликсиры.

Некоторые владельцы крупных аптек, не довольствуясь прибылью, которую им давали медикаменты, занимались непосредственно в аптеках оптовой продажей москательных, хозяйственных, парфюмерных товаров. Частная аптека находилась в тесной связи с практикующим врачом: владелец аптеки рекомендовал пациентам «своего» врача, а тот направлял больных в «свою» аптеку. После Октября частные аптеки были превращены в службу государственной системы здравоохранения. К 1967 г. в республике функционирует 256 аптек, 1 831 аптечный пункт, 8 аптекарских магазинов. В ведении аптекоуправления находится галено-фармацевтическое производство, 3 контрольно-аналитические лаборатории, 5 центральных районных аптек, 2 межрайонные конторы. Расширение аптечной сети в послевоенные годы позволило резко сократить нагрузку в работе аптек. В настоящее время одна аптека обслуживает в среднем 11 700 чел. (в 1917 г. — 45 838). В целях приближения лекарственной помощи к сельскому населению при всех фельдшерских и акушерских пунктах организованы аптечные пункты с необходимым ассортиментом лекарств.

Большую роль в обеспечении готовыми лекарственными препаратами в Татарии играет галено-фармацевтическое производство, находящееся в г. Казани. Кроме того, в республике работает химико-фармацевтический, кетгутный, медико-инструментальный заводы, завод медицинской аппаратуры.

Коллективы большинства аптек внедрили в практику своей работы новые прогрессивные формы обслуживания населения. Некоторым больным лекарство доставляют на дом. При отдельных родильных домах организована продажа аптечки матери и ребенка, при женских консультациях — противозачаточных средств. Во многих аптечных учреждениях открыты пункты проката предметов ухода за больными.

Нельзя не отметить наиболее яркого достижения здравоохранения — роста медицинских кадров. Всего в органах и учреждениях здравоохранения Татарии трудятся 6 068 врачей и около 20 000 средних медицинских работников. Если до революции было всего 6 врачей татар, то сейчас их 1 781. Обеспеченность врачами в Татарии значительно выше, чем в США, ФРГ, Франции, Италии и др. По данным 1965 г. на 10 000 населения приходится 19,7 врача. Если в Татарии на одну медицинскую сестру приходится менее чем 200 жителей, то во Франции — 850, в Португалии — 1 200, в некоторых районах Азии — 8 000, в Африке — 12 000.

Осуществляется постоянное повышение квалификации и специализации медицинских кадров. Одним из стимулов повышения квалификации врачей и средних медицинских работников является их аттестация. В настоящее время в республике 314 врачей имеют квалификационную категорию (15 — высшую и 299 — первую).

Самоотверженный и благородный труд врачей и средних медицинских работников снискал им большую любовь, доверие и признание нашего народа. В Татарии за большие заслуги в деле охраны здоровья населения 22 чел. присвоено почетное звание заслуженного врача РСФСР, 134 — заслуженного врача ТАССР. 377 врачей и средних медицинских работников награждены значком «Отличник здравоохранения». Кроме того, 145 медицинских работников были удостоены высших правительственных наград. 30 коллективов медицинских учреждений включились в борьбу за звание коллективов коммунистического труда и 19 990 медицинских работников — за звание ударников коммунистического труда. Первыми коллективами, работающими по-коммунистически, стали 4-я поликлиника Кировского района и стоматологическая поликлиника Ленинского района Казани.

В подготовке медицинских кадров и в постоянном повышении их квалификации большую роль играют Казанский государственный орден Трудового Красного Знамени медицинский институт им. С. В. Курашова, ГИДУВ им. В. И. Ленина, Научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии, а также Научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии.

В Татарии работает 8 медицинских училищ: в Казани, Чистополе, Бугульме, Елабуге, Зеленодольске, Буинске, Мензелинске и Нижнекамске, которые ежегодно выпускают около 900 средних медицинских работников. В фармацевтической школе в Казани обучается 540 чел. Периодически организуются курсы по подготовке зубных врачей и протезистов.

Огромную роль в постановке дела охраны здоровья играет само население. Широкой самодеятельности трудящихся на всех этапах советского здравоохранения способствовало непрерывное развитие медицинскими работниками систематической санитарно-просветительной работы.

Организационно-методическое руководство работой по санитарному просвещению населения осуществляет Республиканский дом санитарного просвещения в Казани и дома санитарного просвещения в Альметьевске и Зеленодольске. С каждым годом санитарно-просветительная работа проводится все в более широких масштабах. Большую популярность получили университеты и школы здоровья, число которых достигло в этом году 267 с числом обучающихся более 20 000 чел.

Активным помощником здравоохранения всегда были и остаются члены общества Красного Креста и Красного Полумесяца, число которых в республике ежегодно растет. В настоящее время в их рядах насчитывается 704 000 чел.

Большой размах приобрело участие населения в массовом народном движении в борьбе за санитарную культуру. Одной из форм этой

работы является «День здоровья», проводимый в Татарской республике с 1958 г. Днем здоровья объявлено 11 июля — день подписания В. И. Лениным декрета об образовании Народного Комиссариата здравоохранения.

Расцвет экономики и культуры Советской Татарии, неуклонное повышение благосостояния трудящихся, развитие самой передовой в мире системы советского здравоохранения, рост кадров и их самоотверженный труд обеспечили за годы Советской власти резкое улучшение показателей здоровья. Резко сократилась общая и детская смертность по сравнению с дореволюционной.

Значительно улучшились показатели физического развития детей и молодежи. Средняя продолжительность жизни населения равна 70 годам. Снизилась общая заболеваемость, особенно за счет некоторых инфекционных болезней.

Успехи, достигнутые за 50 лет существования Советского государства, стали возможными лишь благодаря повседневной заботе Коммунистической партии и Советского государства о здоровье нашего народа.

УДК 378.961+614.252 : 374.6(47)

РАЗВИТИЕ ВЫСШЕГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ И МЕДИЦИНСКОЙ НАУКИ В КАЗАНИ ЗА ГОДЫ СОВЕТСКОЙ ВЛАСТИ

Х. С. Хамитов

*Казанский государственный ордена Трудового Красного Знамени
медицинский институт им. С. В. Курашова*

Советская высшая школа — в полном смысле слова детище Великого Октября. Впервые в истории в нашей стране создана принципиально новая, демократическая система высшего образования, вобравшая в себя лучшие, прогрессивные традиции дореволюционной высшей школы, построенная на великих идеалах коммунизма. Советская высшая школа стала мощным фактором идеологического влияния на широкие народные массы: она подготовила и воспитала в коммунистическом духе миллионы образованных, культурных граждан, дала стране замечательные кадры ученых.

Разительные перемены произошли в области высшего образования. До революции на территории современной Татарии имелось только три вуза — университет, ветеринарный институт и высшие женские курсы. В них обучалось 3488 чел. Высшее образование было доступно лишь детям помещиков, буржуазии, духовенства и других представителей господствующих классов. Так, например, на медицинском факультете Казанского университета 37% студентов были дети дворян и чиновников, 9% — духовенства, 11% — «почетных граждан» и купцов, 25% — мещан и разночинцев, 17% — кулаков. Татарам, чувашам, мордве и представителям других национальных меньшинств высшее образование было почти недоступно. В трех высших и девяти специальных средних учебных заведениях бывшей Казанской губернии в 1913 г. обучалось лишь 132 татарина. В дореволюционный период медицинский факультет Казанского университета выпустил 4493 врача, из них всего 19 татар.

Ныне в институтах Татарской АССР обучаются представители более 40 национальностей. Среди них свыше 30 тыс. русских, почти 20 тыс. татар, примерно 2 тыс. чувашей. Казань является крупным центром студенчества и входит в число 14 городов Советского Союза, имеющих 10 и более вузов.

Гордостью трудящихся республики является Казанский государственный ордена Трудового Красного Знамени медицинский институт им. С. В. Курашова. В нем 4 факультета, 49 кафедр, 3 курса, центральная научно-исследовательская лаборатория. Ныне здесь обучается около 4 тыс. студентов, работает 48 докторов медицинских наук, 230 кандидатов наук.

За годы Советской власти институт подготовил около 22 тыс. врачей, из них только за последние 10 лет — около 5 тыс., что соответствует количеству врачей, подготовленных за 102 года существования медицинского факультета до Октябрьской революции.

Казанский медицинский институт готовит не только врачей, но и научно-педагогические кадры для большого числа других медицинских вузов и научно-исследовательских институтов. За годы Советской власти институт подготовил 490 преподавателей для других высших учебных заведений, из них 117 докторов наук и 373 кандидата. Только за последние 15 лет Казанским медицинским институтом подготовлены и направлены в медицинские вузы Москвы, Ленинграда, Сибири, Дальнего Востока около 40 профессоров и доцентов — заведующих кафедрами.

Казанский медицинский институт дал научно-педагогические кадры для создания в Казани ГИДУВа, Научно-исследовательского института травматологии и ортопедии, Научно-исследовательского института эпидемиологии и микробиологии, областной станции переливания крови и других организаций.

В связи со 150-летием Казанский медицинский институт имени С. В. Курашова за достигнутые успехи в подготовке специалистов и научную деятельность был награжден орденом Трудового Красного Знамени.

В стенах института формировались основные медицинские школы и научные направления.

Раньше всех сложилась и определилась школа анатомов. Весьма содержательным в деятельности кафедры был период, когда ею заведовали профессора В. Н. Терновский, В. Н. Мурат, А. Г. Коротков. Интенсивно изучались и изучаются до настоящего времени проблемы нейроморфологии, в частности вегетативной нервной системы. Получены ценные данные об иннервации желудочно-кишечного тракта.

Традиции казанской физиологической школы получили дальнейшее развитие, когда во главе ее был чл.-корр. АН СССР проф. Н. А. Миславский, принципиальный и страстный защитник роли физиологического эксперимента в медицине. Им и его многочисленными учениками открыт и глубоко изучен механизм нервной регуляции дыхания. В лаборатории Н. А. Миславского работали и выполнили свои диссертации виднейшие представители советской медицины А. В. Вишневский, И. П. Разенков, К. М. Быков, В. В. Чирковский, М. Н. Чебоксаров, Н. К. Горяев, Н. В. Пучков, М. В. Сергиевский, А. В. Кибяков и др. После смерти Н. А. Миславского кафедрой заведовал А. Ф. Самойлов, блестящий советский физиолог, внедривший первым в нашей стране электрокардиографию как метод экспериментального и клинического исследования. Дальнейшая плодотворная деятельность кафедры физиологии проходила под руководством ученика Н. А. Миславского, чл.-корр. АМН СССР А. В. Кибякова. Его классические исследования о передаче возбуждения в нервном ганглии получили мировое признание. Проф. И. Н. Волкова со своими учениками продолжает изучение проблемы физиологической роли медиаторов с применением современной микрелектродной техники, методов гистохимии и биохимии. Научно-исследовательская работа кафедры тесно связана с клинической практикой.

Специальным симпозиумом было недавно отмечено столетие кафедры гистологии. Она известна в мировой науке как нейрогистологическая школа. В течение многих лет (до 1959 г.) кафедру возглавлял весьма известный нейрогистолог, заслуженный деятель науки проф. А. Н. Миславский. Его ближайшим помощником был

Б. И. Лаврентьев, впоследствии выдающийся нейроморфолог, работы которого послужили основанием для экспериментального направления в изучении вегетативного отдела нервной системы. Вместе со своими учениками, в настоящее время крупнейшими представителями нейростологии — чл.-корр. АН СССР Н. Г. Колосовым (Ленинград), проф. Г. Ф. Ивановым (Москва) и проф. Ю. И. Забусовым (ныне заведующий этой кафедрой), проф. А. Н. Миславский разработал закономерности тончайшего строения рецепторного отдела нервной системы и функционального значения периферических концевых нервных аппаратов различных тканей и органов. Большое внимание на кафедре уделяется изучению микроморфологии чувствительной иннервации и применению гистохимических методов исследования.

Деятельность кафедры биохимии связана с именами акад. В. А. Энгельгардта, проф. Л. М. Брауде и других. В Казани В. А. Энгельгардт открыл в 1929—1930 гг. процесс окислительного фосфорилирования, составляющего основу энергетического обеспечения всех проявлений жизнедеятельности. Это один из наиболее крупных вкладов советских ученых в сокровищницу мировой науки. В настоящее время кафедру возглавляет проф. Д. М. Зубаиров, успешно разрабатывающий проблему свертывания крови.

На сравнительно молодой кафедре биологии, возглавляемой проф. В. В. Иосимовым, ведутся работы по изучению распространения гельминтозов и борьбе с ними, по внедрению в практику нового антибиотика пенина, по исследованию биологии Куйбышевского водохранилища.

На кафедре микробиологии проведены весьма ценные и оригинальные изыскания по культивированию возбудителя возвратного тифа и получению впервые в Советском Союзе культуры бледной спирохеты (профессора В. М. Аристовский и Р. Р. Гельцер), по изучению патогенных грибов (П. К. Кашкин). В последние годы успешно разрабатывается проблема лептоспирозов (доц. З. Х. Каримова).

Кафедра фармакологии, возглавлявшаяся профессорами В. В. Николаевым, В. М. Соколовым, Н. А. Михеевым, доц. М. А. Алуф, а в настоящее время — доц. Т. В. Распоповой, ведет интенсивные исследования по отбору для клинической практики биологически активных фосфорорганических соединений, синтезированных в казанских химических лабораториях. В результате большой комплексной работы кафедры с химиками-органиками и клиницистами получены, изучены и внедряются в клинику новые ценные лечебные препараты антихолинэстеразного (армин, нибуфин), а также антиблестического действия, а в последнее время — новые противомикробные препараты цибутин и прохлорин.

Интересно и самобытно развивалась в Казани кафедра общей патологии. Следует отметить большой вклад в развитие этой кафедры известных патофизиологов действительных членов АМН СССР Н. Н. Сиротинина и А. Д. Адо. В настоящее время кафедра успешно продолжает работать под руководством заслуженного деятеля науки ТАССР проф. М. А. Ерзина по одной из интереснейших проблем современной патологии — аллергии.

История развития кафедры патологической анатомии связана с именами таких крупных ученых и общественных деятелей, как профессора А. В. Петров, Н. М. Любинов, Ф. Я. Чистович и И. П. Васильев. Основным направлением научной тематики кафедры, особенно после Октября, является изучение опухолей, пневмонии, ревматизма, атеросклероза, эндемического зоба и гемолитической болезни новорожденных (И. П. Васильев, Г. Г. Непряхин).

С именем проф. А. Д. Гусева связан советский период деятельности кафедры судебной медицины, создателем которой был проф. И. М. Гвоздев. Традиционной для кафедры является проблема асфиксии, дальнейшей разработкой которой в настоящее время занимается проф. М. И. Федоров.

Кафедра эпидемиологии (зав. — проф. А. Э. Озол) в своих научных изысканиях уделяет большое внимание краевой эпидемиологии, усовершенствованию современных методов математической статистики в экспериментальной и клинической медицине.

В идейном контакте с морфологическими и физиологическими кафедрами проблемы нервного разрабатывались на ряде крупных клинических кафедр, в частности терапевтических и хирургических.

Виднейшим терапевтам института профессорам М. Н. Чебоксарову, С. С. Зимницкому, Н. К. Горяеву, развернувшим свою творческую работу в основном при Советской власти, принадлежат открытия новых методов функциональной диагностики и лечения. В последнее время на кафедрах внутренних болезней под руководством профессоров А. Г. Терегулова, З. И. Малкина, В. И. Катерова, К. А. Дрягина, А. И. Бренинга и К. А. Маянской успешно разрабатывались актуальные вопросы патогенеза и терапии при ревматизме, гипертонической болезни, болезни почек, а также содружественных реакций при заболеваниях внутренних органов и др.

Кафедра рентгено-радиологии под руководством проф. М. И. Гольдштейна работает над проблемой лучевой болезни и применением радиоизотопов в медицине, а также над рентгенодиагностикой заболеваний внутренних органов и сосудистой системы.

Профессор курса туберкулеза Б. Л. Мазур, не только клиницист, но и микробиолог-экспериментатор, разрабатывает вместе со своими сотрудниками фтизиатрические проблемы на основе методов микробиологии и иммунологии.

Основоположниками казанской хирургической школы в послеоктябрьском периоде являются профессора В. Л. Боголюбов, Н. А. Геркен и А. В. Вишневский. Институт по праву гордится заслугами действительного члена АМН СССР А. В. Вишневского, отдавшего весь свой талант на обогащение отечественной и мировой науки. В настоящее время ученики и многочисленные последователи А. В. Вишневского неустанно трудятся над дальнейшим творческим развитием его идей. В течение последних двух с лишним десятилетий хирургические кафедры института возглавляли ученики А. В. Вишневского — профессора Н. В. Соколов, И. В. Домрачев, С. М. Алексеев.

Коллектив кафедры факультетской хирургии, возглавляемой проф. И. Ф. Харионовым, разрабатывает проблемы интероцепции при урологических заболеваниях, хирургического лечения желчевыводящих путей, оперативного лечения при аденоме предстательной железы. Совершенствуется местная анестезия по методу А. В. Вишневского.

На кафедре госпитальной хирургии под руководством проф. Р. А. Вяселева проводились комплексные клиничко-экспериментальные изыскания более эффективных методов предупреждения, ранней диагностики и лечения болезней желудочно-кишечного тракта.

Кафедра госпитальной хирургии педиатрического факультета (зав. — проф. Н. П. Медведев) успешно разрабатывает вопросы хирургии сердца и сосудов. На кафедре общей хирургии (зав. — проф. В. Н. Шубин) исследуются вопросы облитерирующего эндартериита, онкологии и анестезиологии.

Кафедру оперативной хирургии с топографической анатомией возглавлял проф. М. М. Шалагин, написавший 3 интересные монографии по хирургии легких; сейчас ею руководит проф. В. Х. Фраучи, автор нового руководства по клинической топографической анатомии.

Развитие кафедры акушерства и гинекологии связано с именем виднейшего русского ученого В. С. Груздева и его многочисленных учеников — инициаторов введения многих оперативных методов в гинекологию и акушерство, широкого внедрения в клинику патоанатомических, гистологических, экспериментальных и лабораторных исследований. Деятельность В. С. Груздева оставила яркий след в истории не только казанской клиники, носящей теперь его имя, но и всей отечественной гинекологии. Он и его ученики М. Н. Малиновский (Москва), П. В. Маненков (Казань), Х. Х. Мещеров (Казань) и ряд других профессоров — заведующих кафедрами разрабатывали проблемы новообразований, эмбриологии плода, многие вопросы патологической анатомии и физиологии половой сферы женщины. После В. С. Груздева кафедрой акушерства и гинекологии долгие годы заведовал заслуженный деятель науки ТАССР проф. П. В. Маненков. В настоящее время в институте функционируют две кафедры акушерства и гинекологии, руководимые профессорами Х. Х. Мещеровым и Р. Г. Бакневой.

Кафедру нервных болезней до революции в течение многих лет возглавлял выдающийся невропатолог проф. Л. О. Даркшевич. Вместе с проф. В. М. Бехтеревым он создал казанскую школу невропатологов, основным направлением которой было изучение анатомии мозга, проводящих систем, патологической анатомии нервной системы. После него кафедрой заведовали профессора А. В. Фаворский, А. С. Алуф, а с 1936 г. по настоящее время — проф. Л. И. Омороков, успешно сочетающий клинические исследования с разработкой вопросов патологической гистологии нервной системы. Кафедра изучает проблемы эпилепсии, синдромов и клещевого энцефалита.

Кафедра психиатрии была создана выдающимся отечественным психиатром В. М. Бехтеревым. С 1925 г. ею руководил проф. Т. И. Юдин, с 1932 по 1966 г. — проф. М. П. Андреев, разработавший новый метод объективной диагностики душевных заболеваний (изучение речи с помощью магнитной звукозаписи и осциллографии).

Одним из основоположников офтальмологии является Е. В. Адамюк. Из его школы вышли крупные ученые — профессора А. Г. Агабабов, К. Х. Орлов, В. В. Чирковский, В. Е. Адамюк, В. П. Иванов и др. На кафедре велись изыскания по вопросам глаукомы, трахомы, профессиональной патологии органа зрения, тканевой терапии и др. В настоящее время под руководством проф. А. П. Нестерова проводятся топографические исследования, изучается гидродинамика глаза.

Кафедру дермато-венерологии в институте возглавляли профессора А. Г. Ге, В. Ф. Бургсдорф, Н. С. Пильнов, И. Н. Олесов, Н. Н. Яснитский, с 1961 г. — проф. Г. Г. Кондратьев. Кафедра разрабатывает вопросы лечения больных кожными болезнями при помощи лучистой энергии и изотопов, серодиагностики сифилиса, реактивности организма при кожных страданиях, профилактики и лечения гнойничковых заболеваний.

Кафедра оториноларингологии была организована лишь в 1925 г. Ее основателем был проф. В. К. Трутнев. С 1939 г. ею руководит заслуженный деятель науки РСФСР проф. Н. Н. Лозанов. На кафедре исследуются проблемы злокачественных новообразований, борьбы с ангиной и слуховыми расстройствами, вызываемыми отосклерозом и отитами.

На кафедре социальной гигиены и организации здравоохранения, основанной в 1923 г., изучаются вопросы организации и планирования здравоохранения (проф. Ф. Г. Мухамедьяров), анализа показателей санитарного состояния, ведутся работы по демографии (проф. Т. Д. Эпштейн), по истории развития здравоохранения в Казанской губернии и ТАССР (проф. В. В. Трейман), по изучению заболеваемости среди нефтяников (проф. М. Х. Вахитов).

До революции в Казани была только одна детская клиника с 30 койками. За годы Советской власти в Татарской республике развернута мощная сеть детских больниц, поликлиник, консультаций, яслей. Вместо прежней одной кафедры детских болезней, основанной проф. П. М. Аргутинским, затем руководимой известным профессором В. К. Меньшиковым, с 1933 г. возникают профильные кафедры педиатрического факультета, возглавляемые известными докторами наук, выросшими в самом институте (профессора Е. М. Лепский, А. Ф. Агафонов, Е. Н. Короваев, Ю. В. Макаров, Г. А. Макарова, К. А. Святкина, Н. П. Кудрявцева, А. Х. Хамидуллина). Кафедры педиатрии разрабатывают проблемы борьбы с рахитом, с острыми желудочно-кишечными заболеваниями раннего детского возраста, становления нервнорефлекторных реакций и их нарушений в патологических условиях. Комплексно изучается проблема дифтерии.

В деятельности кафедр санитарно-гигиенического цикла за послеоктябрьский период также следует отметить ряд серьезных достижений. Сюда относятся работы по анализу водных источников, в частности при строительстве волжского водопровода, по проекту реконструкции Казани, изучению зоба, по определению микроэлементов в почве и продуктах питания, а также исследования условий труда на ведущих предприятиях химической промышленности. Эти работы выполнены по инициативе и при участии крупного ученого проф. В. В. Милославского многочисленными его учениками (С. С. Шулпиновым, А. Н. Юнусовой, Ш. Х. Ждановым, А. И. Смирновым, В. П. Камчатновым и др.).

Кафедра инфекционных болезней, организованная в 1924 г., длительное время возглавлялась проф. Б. А. Вольтером, а в последние годы — его учеником проф. А. Е. Резником. Кафедра успешно изучает вопросы патофизиологических механизмов невосприимчивости и иммунитета дизентерии, лечения и патогенеза болезни Боткина, гриппа и др.

В 1954 г. в институте был открыт стоматологический факультет. Созданы профильные кафедры этого факультета, возглавляемые высококвалифицированными специалистами профессорами Е. А. Домрачевой, И. М. Оксманом, Г. Д. Овручким. Изучается заболеваемость кариесом, совершаются пластические операции, применяются новые методы при лечении больных периодонтитами, эпоксидные смолы для пломбирования зубов. Совершаются методы ортопедического лечения и протезирования полости рта. Сотрудниками стоматологических кафедр издан ряд руководств по стоматологии, сборников, научных трудов и монографий.

На кафедре физики, возглавляемой доц. Е. Л. Раффом, за последние годы разрабатывается проблема влияния среды на интенсивность спектральных линий, а также спектральный анализ микроэлементов в биологических объектах. Экспериментальные работы по количественному определению микроэлементов в биологических средах проводятся на кафедре неорганической химии под руководством доц. Е. М. Козырева.

Большую работу по коммунистическому воспитанию студенческой молодежи и по совершенствованию марксистско-ленинского образования профессорско-преподавательского состава ведут коллективы кафедр истории партии (зав — доц. А. И. Громов, Л. А. Ильина, В. Г. Саркин) и философии (зав. — доц. В. Н. Киселев).

Медицинский факультет славного Казанского университета, начавший свое существование полтора века назад, с течением времени, особенно после Великой Октябрьской революции, рос и креп, становясь мощным центром передовой научной медицинской мысли.

Существенный вклад в развитие медицинской науки внесли также Казанский ГИДУВ, Институт травматологии и ортопедии, Институт эпидемиологии и микробиологии.

ГИДУВ основан в Казани 23/IV 1920 г. и получил имя В. И. Ленина при его жизни в ознаменование исполнившегося в то время пятидесятилетия со дня его рождения. Правительство ТАССР проявило большую чуткость и внимание к институту, помогало повседневно преодолевать возникающие трудности, обеспечивало возможность полноценного развития этого детища Советской власти. В первые два года в институте было сформировано 14 клиник и кафедр по основным медицинским специальностям, затем были созданы и другие кафедры. Вначале институт проводил подготовку участковых врачей — терапевтов

и хирургов. В дальнейшем для растущей промышленности и сельского хозяйства потребовались кадры врачей-специалистов, и институт стал готовить врачей по ряду других специальностей. Условия работы в ГИДУВе требуют от каждого преподавателя высокой клинической квалификации, современного научного уровня изучения предмета, тесной связи теории с практической деятельностью врачей. Именно такими преподавателями постепенно укомплектовывался институт.

После Великой Отечественной войны в связи с резким увеличением врачебных кадров в стране возросла и потребность в повышении их квалификации. Казанский ГИДУВ постепенно расширяет контингенты учащихся врачей. Кроме длительной подготовки на курсах специализации и усовершенствования в течение многих лет практикуются тематические краткосрочные циклы усовершенствования врачей, в свое время прошедших общее усовершенствование. Если в 1922 г. в ГИДУВе занималось всего 17 врачей, то в 1966 г. — 1768. Институт за 47 лет своего существования провел специализацию и усовершенствование 42 247 врачей из самых различных краев, областей и автономных республик страны. Большая учебная работа в настоящее время ведется на 27 кафедрах и 3 самостоятельных курсах, которые в 1966 г. провели 77 циклов специализации и усовершенствования по различным специальностям. В настоящее время профессорско-преподавательский состав института насчитывает 147 чел., в том числе 17 докторов и 78 кандидатов наук.

С 1968 г. в институте будут организованы 2 факультета — терапевтический и хирургический. К 1970 г. число обучающихся врачей будет доведено до 3000.

Характерной особенностью научной деятельности института была и остается связь с практическими потребностями советского здравоохранения. В условиях Казани, например, в 20-е годы важнейшей практической проблемой была борьба с рахитом среди детского населения города. Научным изучением рахита занялся проф. Е. М. Лепский и его ученики. Их работы по рахиту, продолжавшиеся более 30 лет, создали известность этой школе и оказались важной основой в успешной борьбе с рахитом среди детей Казани и ТАССР.

В терапевтической клинике ГИДУВа, возглавлявшейся проф. Р. А. Лурья, были заложены основы гастроэнтерологического направления научных исследований. В этой же клинике в период заведования ею проф. Р. И. Лепской разрабатывались вопросы патологии печени и почек.

На второй кафедре терапии под руководством проф. Л. М. Рахлина практическое развитие получила клиническая электрокардиография, начало которой в России, как уже отмечалось, заложил проф. А. Ф. Самойлов. В послевоенные годы из кафедры выделился самостоятельный курс электрокардиографии. Сотни врачей терапевтического профиля получили подготовку по этой специальности в стенах Казанского ГИДУВа.

С именем проф. В. А. Гусынина, многие годы работавшего в ГИДУВе, связано возникновение и развитие в Казани нейрохирургии.

Проф. Ю. А. Ратнер, и поныне работающий в институте, возглавил развитие в Казани торакальной хирургии и онкологии.

В клинике нервных болезней, длительное время руководимой проф. И. И. Русецким, успешно решались проблемы двигательных реакций и вегетологии.

Большое развитие в ГИДУВе получила рентгенология. Здесь проф. Д. Е. Гольдштейном был разработан метод лимфографии для изучения реакций лимфатической системы при различных состояниях организма. На кафедре ведутся интенсивные исследования по рентгеноosteологии, а в последние годы — по рентгенокраниологии (проф. М. Х. Файзуллин).

В клинике хирургии под руководством проф. П. В. Кравченко определилось научное направление по изучению гормональных и электролитных сдвигов при хирургической патологии во время операций.

Большой вклад в развитие акушерства и гинекологии внесли проф. И. Ф. Козлов, Н. Е. Сидоров, И. В. Данилов.

Ценные научные исследования выполнены на кафедрах микробиологии, эпидемиологии, общей патологии и гигиены.
Научные работники института опубликовали ряд различных монографий и учебных пособий.

Казанский ГИДУВ им. В. И. Ленина за годы Советской власти вырос в крупное высшее медицинское учебное заведение, осуществляющее подготовку врачей высшей квалификации для различных областей Советского Союза.

В организации травматологической службы в республике и соседних областях ведущая роль принадлежит Казанскому научно-исследовательскому институту ортопедии и травматологии. Основы развития школы ортопедов-травматологов, заложенные еще в конце XIX столетия, связаны с именами видных хирургов того времени: Н. И. Студенского, В. И. Кузьмина, В. И. Разумовского, Н. А. Геркена. Однако только с победой Великой Октябрьской социалистической революции ортопедия и травматология стали бурно развиваться как самостоятельные разделы медицины.

Начало развития ортопедии и травматологии в Татарии следует отнести к 1918 г., когда была организована протезно-ортопедическая мастерская с хирургическо-ортопедическим лазаретом на 40 коек, объединенные в Казанский ортопедический институт. В 1921 г. ортопедический институт вошел в число клиник ГИДУВа, на базе его была создана одна из первых в Советском Союзе кафедра ортопедии, которую возглавил проф. М. О. Фридлянд.

В декабре 1936 г. руководство кафедрой было возложено на проф. Л. И. Шулубко. Если первое десятилетие знаменовало собой становление и развитие ортопедической тематики, то с 1937 г. четко определяется травматологическое направление, разрабатываются вопросы профилактики травматизма на предприятиях меховой и лесной промышленности.

С созданием на его базе госпиталя в годы Отечественной войны институт как отдельное учреждение прекратил свое существование. По окончании войны в 1945 г. он вновь возрожден. Директором был назначен видный ученый, талантливый организатор, заслуженный деятель науки ТАССР проф. Л. И. Шулубко, под непосредственным руководством которого институт работал в течение 15 лет и вырос в одно из крупнейших научных и лечебных учреждений подобного профиля в нашей стране. С 1960 г. директором Казанского НИИТО является старший научный сотрудник У. Я. Богданович.

Основная задача института заключается в восстановительном лечении инвалидов Отечественной войны и научной разработке проблем клиники и наиболее эффективных методов лечения больных с последствиями огнестрельных ранений. Поэтому в научной тематике преобладали темы, касающиеся лечения больных, перенесших военные травмы. В научных работах был обобщен опыт института по лечению при ложных суставах и несросшихся переломах, остеомиелите, длительно не заживающих язвах, по оперативному лечению при дефектах нижней челюсти, последствиях огнестрельного ранения седалищного нерва и др.

Значительное внимание было уделено изучению нарушений обменных процессов в организме при ложных суставах, остеомиелите, рубцово-трофических язвах, переломах.

С 1962 г. исследование реакции организма на травму и способов стимуляции заживления переломов стало ведущей темой института, закрепленной за ним как тема-задание. Полученные результаты представляют теоретический и практический интерес.

К числу основных тем в плане научных изысканий, проводимых институтом, относятся также вопросы профилактики травматизма и

организации травматологической помощи в ведущих отраслях промышленности ТАССР — в нефтедобывающей и химической. На основании исследований внедрена трехсменная работа на буровых с перерывом между сменами в 24 часа, а между циклами — в 48 часов. Принятие этих предложений, наряду с другими мерами, способствовало дальнейшему снижению травматизма в нефтедобывающей промышленности ТАССР.

Учитывая возрастающее значение химии в народном хозяйстве, институт взял на себя организацию изучения травматизма и путей его снижения на ряде предприятий химической промышленности ТАССР.

Большое внимание уделяется разработке новых методов диагностики и лечения при травмах и заболеваниях опорно-двигательного аппарата. Усовершенствованы методы консервативного лечения при переломах предплечья (А. Ю. Подвальный, Ф. Ф. Сафин), плеча (А. Л. Гиммельфарб), оперативного лечения при переломах шейки бедра (Ф. С. Юсупов), диагностики и лечения при повреждениях менисков коленного сустава (Ф. Ш. Бахтиозин), при плече-лопаточном периартрите (Р. А. Зулкарнеев), поясничных остеохондрозах, осложненных задними грыжами межпозвоночных дисков (Е. М. Шульман), облитерирующем энтерите и облитерирующем атеросклерозе (В. П. Прохоров) и др. Разработаны новые эффективные методы компрессионного остеосинтеза (Х. С. Рахимкулов, Ф. С. Юсупов), компрессионного артродеза коленного (Э. В. Кобзев) и тазобедренного (А. А. Румянцев) суставов, оригинальный метод лечения при ложных суставах у детей (У. Я. Богданович).

Предложены новые радиоэлектронные способы исследования периферического кровообращения, функционального состояния нервно-мышечного аппарата, поляризационной емкости и электрического сопротивления тканей (Г. С. Литвин).

Представляют интерес изыскания, проведенные в области научных основ организации травматологической и ортопедической помощи населению. Разработаны нормативы потребности сельского населения в специализированной стационарной хирургической и травматологической помощи, нормативы обслуживания травматологических больных на хирургических приемах поликлиник, нормативы потребности детского населения г. Казани в специализированной ортопедической помощи.

Усовершенствование сотрудниками института существующих методов лечения дало возможность сократить сроки пребывания больных в стационаре при ряде нозологических форм; использование компрессирующих способов остеосинтеза позволило уменьшить сроки сращения переломов в 1,5 раза, добиться успеха в 75% при оперативном лечении больных с переломами шейки бедра.

В Казанском НИИТО выполнено более 400 научных исследований, из них 6 докторских и 36 кандидатских диссертаций.

Если в 1948 г. в институте имелось только 3 кандидата медицинских наук, то в 1967 г. среди 50 научных сотрудников 18 имеют ученую степень кандидата медицинских наук, 5 — степень доктора медицинских наук; 3 чел. имеют звание доцента, 12 — старшего научного сотрудника.

Казанский научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии, крупный научный центр Поволжья, дал начало казанской школе микробиологов. В институте выросли видные иммунологи — В. П. Барыкин, П. Ф. Здродовский, Н. Н. Благовещенский. В стенах Казанского микробиологического института работали крупные ученые — В. В. Чирковский, С. С. Зимницкий, И. П. Фофанов, В. К. Меньшиков, А. Ф. Агафонов, И. П. Васильев.

Интенсивная и плодотворная исследовательская работа развернулась в научном отделении института под руководством одного из учеников и сподвижников И. И. Мечникова, крупного ученого И. Г. Савченко. Была значительно расширена и дополнена новыми положениями клеточная теория иммунитета И. И. Мечникова.

Подлинный расцвет научной и производственной деятельности в институте наступил после Великой Октябрьской социалистической революции. С 1917 до 1931 г. институт возглавлял проф. В. М. Аристовский. Он разработал ряд актуальных вопросов иммунологии, изучил антигенные свойства бледной спирохеты, приготовил специфический антиген для реакции Вассермана. Под руководством В. М. Аристовского была осуществлена проверка эффективности противотуберку-

лезных прививок по Кальмету вакциной БЦЖ (1927 г.). В период гражданской войны наша страна переживала тяжелую эпидемию паразитарных тифов, и В. М. Аристовский и его ученики интенсивно работали над проблемами патогенеза и иммунитета при сыпном и возвратном тифах.

Научными работами института в период Великой Отечественной войны был разрешен ряд актуальных вопросов эпидемиологии, иммунологии и усовершенствования производства бактериальных препаратов. Сюда относятся в первую очередь работы профессоров А. Д. Адо, В. Л. Троицкого, П. Н. Кашкина, Б. Л. Мазура, А. Э. Озола.

Научные сотрудники института успешно изучали иммунитет и аллергию и роль нервной системы в механизме этих состояний. Показано действие антигенов на чувствительные нервные окончания в кровеносных сосудах. Эти данные являются ключом к выяснению механизма действия антигенов на нервную систему и ее влияния на иммунитет (А. Д. Адо).

За последние 5 лет в институте подготовлено 2 доктора и 12 кандидатов наук.

Основными направлениями научно-исследовательской работы института является краевая эпидемиология, включая кишечные инфекции, острые детские инфекции, заболевания с природной очаговостью, грипп; научные основы вакцинно-сывороточного дела; теоретические основы иммунитета при дифтерии, коклюше, гриппе. Под руководством директора КНИИЭМ заслуженного врача ТАССР И. Е. Алатырцевой проводится изучение облегченных методов ревакцинации против дифтерии, коклюша, столбняка.

В институте работают квалифицированные научные сотрудники доктора наук К. С. Зобнина, Г. Х. Гильманова, старшие научные сотрудники кандидаты меднаук Г. И. Гедзе, Г. Г. Ахмадуллина, Г. Г. Газизова, Х. Г. Сайдашева и др.

За последние 7 лет разработана и внедрена в производство более рациональная схема иммунизации лошадей для получения поливалентной противогриппозной сыворотки. Научно обоснована возможность и целесообразность сокращения сроков диспансерного наблюдения за взрослыми и детьми, переболевшими острой дизентерией. Совместно с Институтом вирусологии АМН СССР разработан метод приготовления диагностических типоспецифических гриппозных сывороток от лошадей (типа А, А1, А2, В, С), обладающих высоким специфическим титром и свободных от ингибиторов.

Для дальнейшего развития практики аллергологии в нашей стране имеют большое значение отработка и усовершенствование изготовления и контроля бактериальных аллергенов.

Анализ деятельности казанских вузов и научно-исследовательских институтов показывает, что за годы Советской власти наука в Татарии достигла небывалого расцвета. Казань является крупным научным центром медицинской мысли. Ученые-медики готовятся достойно встретить 50-летие Великой Октябрьской социалистической революции. Они идут к этому празднику с чувством законной гордости за достигнутое, с ясными и радостными перспективами на будущее, преисполненные твердой решимости внести свой вклад в развитие советской медицинской науки на благо здоровья строителей коммунистического общества в нашей стране.

ВАЖНЕЙШИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ ТАССР К ПЯТИДЕСЯТИЛЕТИЮ ВЕЛИКОГО ОКТЯБРЯ

М. Х. Вахитов

*Кафедра социальной гигиены и организации здравоохранения
(зав. — проф. М. Х. Вахитов) Казанского ордена Трудового Красного Знамени
медицинского института им. С. В. Курашова*

Полвека в историческом плане срок не очень большой. Однако за это время бывшая Казанская губерния, одна из самых отсталых в экономическом, культурном и санитарном отношениях, в корне преобразилась. К знаменательной дате 50-летия Великого Октября Советская Татария приходит как республика нефти, большой химии, машино- и приборостроения, развитых отраслей легкой промышленности, высокопродуктивного сельского хозяйства, с богатой сетью высших учебных заведений и научно-исследовательских институтов, общеобразовательных и профессионально-технических школ, множеством очагов культуры.

Коренные изменения в экономике, быте и культуре населения самым положительным образом сказались на состоянии здоровья населения, средней продолжительности жизни, санитарно-гигиеническом укладе в городах и сельских местностях республики. Чтобы убедиться в этом, достаточно обратиться к недавнему прошлому и сопоставить его с положением в наши дни.

В Казанской губернии до революции чрезвычайно широко были распространены инфекционные и социально-бытовые болезни. В прямой зависимости от этого фактора находилась и высокая смертность населения как в ранних, так и старших возрастах.

По далеко не полным официальным данным, опубликованным в «Отчетах о состоянии народного здоровья» (издание Управления главного врачебного инспектора Министерства внутренних дел) за 1910 г., в Казанской губернии было зарегистрировано больных: паразитарными тифами — 1149 чел., брюшным тифом — 2554, рожей — 3147, ревматизмом — 10 068, трахомой — 42 736, малярией — 76 736, чесоткой — 182 188. В этом же году согласно отчету умерло от оспы 3 108 чел., от холеры — 1 796, от скарлатины — 3 186, от дифтерии — 1 796. В действительности болевших и умерших от указанных причин было значительно больше, если учесть неполный охват лечением и статистической регистрацией всех случаев заболеваний в дореволюционные годы. Нет ничего удивительного, что общая смертность населения Казанской губернии достигала в 1913 г. 33,1 на 1000 населения при среднем показателе во всей Российской империи 30,2. Рождаемость в том же году в губернии составляла 41,5 на 1000 населения, а в среднем по стране — 47,0. Естественный прирост населения губернии был равен всего 8,4 на 1000 населения против 16,8 общероссийского прироста.

Для характеристики здоровья населения немаловажное значение имеют данные физического развития молодежи, в частности юношей призывного возраста. В 1913 г. из каждой тысячи призываемых в армию молодых людей в Казанской губернии были признаны негодными по физическому развитию 23,5 чел., из них больных туберкулезом легких — 6,6, трахомой — 21,7¹.

Существенно изменилось положение в республике за годы Советской власти. Снижение смертности представляло собой растянутый во времени процесс, отражавший этапы экономического развития республики, рост сети здравоохранения и успехи в снижении инфекционных заболеваний, трудности периода Великой Отечественной войны, постепенное улучшение благосостояния народа. Изучение кривой

¹ Здоровье и здравоохранение трудящихся СССР. Изд. ЦУНХУ Госплана СССР, М., 1937, стр. 22, 28, 32.

смертности населения Татарской АССР показывает, что после чрезвычайно высокой смертности (выше 30,0 на 1000) в годы гражданской войны и голода 1921—1922 гг., совпадавших с высоким стоянием эпидемий, коэффициент смертности населения Татарии с 1924 г. последовательно снижается до 24,0—22,0 на 1000 вплоть до начала Великой Отечественной войны. Это снижение оказалось весьма устойчивым, и смертность в годы войны (1941—1944) в Татарии не поднялась выше довоенных отметок. С 1945 г. смертность снижается до уровней, граничащих с 12,0—10,0 на 1000 и затем (с 50-х годов) медленно, но верно снижается до никогда не виданных в прошлом уровней — ниже 10,0 на 1000, дойдя в 1965 г. до 7,6¹.

Инфекционные болезни, занимавшие когда-то первое место, в ходе развития страны отступили на пятое; оттеснены на задний план заболевания желудочно-кишечного тракта, системы органов дыхания и другие, а на первое место в ряду причин смерти выдвинулись заболевания сердечно-сосудистой системы, онкологические, связанные с доживанием населения до более глубоких возрастов.

Существенную роль в общем балансе населения ТАССР сыграло резкое уменьшение детской смертности (в 12 раз). Этот показатель со всею убедительностью демонстрирует преимущества социалистического строя, поднявшего до невиданных высот экономику края и благосостояние народных масс и создавшего эффективную систему охраны материнства и младенчества.

Благодаря сокращению смертности из каждого поколения детей стало доживать до старших возрастов значительно большее число людей. Так, по таблицам смертности, составленным нами применительно к итогам переписей 1926 и 1959 гг. по Татарской АССР, находим, что в 70-летний возраст в 1926/27 гг. из поколения одновременно родившихся вступало лишь 27,9%, а в 1958/59 гг. эта цифра поднялась до 61,2%. За этот же период один из важнейших показателей здоровья населения — средняя продолжительность жизни человека — возрос в Татарской АССР с 40,4 до 67,6 лет.

Заметно за годы Советской власти улучшились показатели физического развития молодежи. Исследованиями детей всех возрастов начиная с периода новорожденности и вплоть до возраста призыва в армию, проведенными на разных этапах минувшего пятидесятилетия в Татарской АССР, установлено существенное повышение средних величин роста, веса, окружности грудной клетки, жизненной емкости легких, мускульной силы, улучшение осанки. Для примера приведем показатели среднего роста хотя бы одного возраста: так, по исследованиям 1925—1926 гг. русские мальчики-школьники 15-летнего возраста имели средний рост 153,0 см, а в 1964 г. — 162,7 см, то есть выросли на 9,7 см; мальчики татары этого же возраста в 1964 г. оказались выше, чем в 1930 г., на 12,47 см (по материалам исследования Р. С. Чувашаева).

Такие же закономерности увеличения показателей наблюдаются и в отношении всех других признаков развития подрастающего поколения нашей республики.

Учитывая данные о замечательных достижениях в укреплении здоровья и жизнеспособности населения Татарии за полвека существования Советского государства, мы имеем все основания ожидать еще более выдающихся результатов в эпоху полной победы коммунизма в нашей стране.

¹ Народное хозяйство ТАССР. Статистический сборник, Казань, 1966, стр. 8.

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ УДМУРТСКОЙ АССР

Я. Л. Зисман

Заместитель главного врача Удмуртской Республиканской клинической больницы

К моменту организации Областного отдела здравоохранения Удмуртской автономной области (март 1921 г.) в его распоряжении находились 19 врачебных участков (из них лишь в 11 были врачи), 1438 больничных коек, 53 фельдшерских пункта с 374 койками. В области работали только 38 врачей (из них 6 зубных) и 336 средних медицинских работников.

Органы советского здравоохранения Удмуртской автономной области (с 1934 г. — Удмуртской АССР) при поддержке и помощи партийных комитетов и Советов депутатов трудящихся, опираясь на самодеятельность народных масс, успешно решали важнейшие проблемы по расширению сети лечебно-профилактических и детских учреждений, созданию санитарной организации.

В 1940 г. объем медицинской помощи населению Удмуртии значительно увеличился. Число больниц и коек в них по сравнению с 1930 г. выросло почти в 2 раза, амбулаторно-поликлинических учреждений — в 3 раза и врачей — в 2,5 раза, что обусловило снижение общей заболеваемости населения, ликвидацию возвратного тифа, значительное снижение заболеваемости сыпным тифом, уменьшение по сравнению с дореволюционным периодом общей и детской смертности.

В период Великой Отечественной войны органы здравоохранения Удмуртии сформировали для фронта 9 полевых госпиталей. Ушли на фронт 423 врача и 361 средний медицинский работник.

Медицинские работники УАССР гордятся сотнями своих коллег, награжденных за ратные подвиги в войне орденами и медалями Советского Союза. Медицинской сестре Ф. А. Пушиной посмертно присвоено звание Героя Советского Союза.

В республике в период войны было развернуто 52 эвакуационных госпиталей на 30 тыс. коек. Большие заслуги в деле медицинской помощи раненым и возвращения их в строй принадлежат профессорам С. И. Ворончихину, С. Я. Стрелкову, Н. Ф. Рупасову, С. А. Флерову, доценту Е. Ф. Опалеву и др. Несмотря на трудности военного времени, медицинские работники Удмуртии с честью выполнили задачу обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия республики и организации медицинского обслуживания гражданского населения, особенно детей.

В настоящее время в Удмуртии функционирует 151 больница, 853 фельдшерских и фельдшерско-акушерских пункта, 15 санаториев. Развернуто свыше 13 тыс. коек. По обеспеченности больничными койками Удмуртская АССР находится в более благоприятном положении, чем другие области и автономные республики Западного Урала. Значительно укрепилась материальная база лечебно-профилактических и санаторных учреждений республики. Они хорошо оснащены лечебно-диагностическим оборудованием, санитарным автотранспортом. Качество медицинской работы поднялось до уровня, отвечающего современным требованиям и обеспечивающего действенную профилактику заболеваний, эффективное лечение, неуклонное снижение заболеваемости и смертности. Широкое применение получил диспансерный метод обслуживания населения.

В дореволюционной Удмуртии до 77% коренного населения было поражено трахомой. В результате больших усилий ученых Ижевского медицинского института, врачей-окулистов и общественности трахома в республике изжита.

В Удмуртии трудится 12000 медицинских работников, в том числе около 2400 врачей.

Наряду с общей численностью, росло и число врачей-специалистов, необходимых для все возрастающего объема специализированной медицинской помощи населению. Большую роль в этом играет Ижевский медицинский институт, созданный в 1933 г. Он открыл широкие возможности для подготовки врачей из удмуртов. Большинство врачей, работающих в медицинских учреждениях Удмуртии, является выпускниками этого института. Среди них министр здравоохранения республики К. М. Мирошкина, заместители министра А. М. Газизов, Н. И. Анисимов, З. М. Рябинкина, Т. Г. Шулепова, главные специалисты Министерства здравоохранения УАССР Е. М. Еговкина, Г. А. Отиянков, Г. Н. Клепова, главные врачи больниц А. В. Бабурин, Ю. Ф. Семакин, В. А. Ус и многие другие. Бывшими выпускниками этого института являются его ректор доц. А. М. Загребин, проректор доц. А. И. Чукавина, заведующие кафедрами проф. Л. А. Лещинский, доценты Н. Н. Ежова, А. П. Верещагин, М. Ф. Кузьмин и другие.

Кадрами средних медицинских работников обеспечивают республику пять медицинских училищ, в числе которых Ижевское, недавно отметившее свое сорокалетие.

Тысячи медицинских и аптечных работников, десятки учреждений участвуют в движении за коммунистическое отношение к труду. Лучшие из лучших удостоены почетного звания «Ударник коммунистического труда». Многие медицинские учреждения стали школами передового опыта работы.

Трудящиеся Удмуртской АССР с большим уважением относятся к заслуженным врачам РСФСР и Удмуртской АССР, отличникам здравоохранения О. К. Выгодчиковой, И. М. Сорокину, М. И. Ленцову, М. А. Шуравиной, Е. А. Кучурину и многим другим.

Успехи здравоохранения Удмуртской АССР были бы невозможны без активного участия населения в области охраны здоровья народа. Вместе с медицинскими работниками санитарные активисты, члены общества Красного Креста участвуют во всенародном походе за санитарную культуру населения.

В канун полувекового юбилея Советской власти медицинские работники Удмуртии полны решимости поднять еще выше качество и культуру медицинской помощи населению.

УДК 617.54—080

ГРУДНАЯ ХИРУРГИЯ В СОВЕТСКОМ СОЮЗЕ

Б. А. Королев

*Клиника госпитальной хирургии лечебного факультета
(зав. — член-корр. АМН СССР проф. Б. А. Королев)
Горьковского медицинского института им. С. М. Кирова*

Многие выдающиеся отечественные хирурги еще в дореволюционный период положили начало грудной хирургии (И. И. Насилов, В. Д. Добромислов, И. Ф. Сабанев, П. И. Тихов, А. Г. Подрез, П. И. Дьяконов, М. С. Субботин, Г. Ф. Цейдлер, Н. И. Шаховской,

Н. И. Напалков, М. М. Трофимов и другие), но только после Октября были созданы благоприятные условия для дальнейшего ее развития. Ряд крупных хирургических школ сыграл в этом отношении особенно выдающуюся роль. К ним следует отнести оригинальные школы Н. Н. Бурденко, С. И. Спасокукоцкого, А. В. Вишневского, П. А. Герцена, С. П. Федорова, Н. Н. Петрова, В. А. Оппеля, Ю. Ю. Джанелидзе, С. С. Юдина.

Создание специальных научно-исследовательских институтов позволило особенно быстро и успешно разрабатывать многие научные и практические проблемы грудной хирургии. Большой вклад в это внесли Институт хирургии им. А. В. Вишневского АМН СССР, Институт сердечно-сосудистой хирургии АМН СССР, Институт клинической и экспериментальной хирургии МЗ СССР, Институт экспериментальной биологии и медицины МЗ РСФСР (г. Новосибирск), Институт туберкулеза и грудной хирургии МЗ УССР (г. Киев) и ряд других институтов, в том числе онкологических и противотуберкулезных.

Хирургия пищевода

Особенно хорошо и быстро в послевоенный период развивалась хирургия пищевода и кардии желудка. Отечественные хирурги сыграли большую роль в зарождении и развитии этого раздела хирургии. С. С. Юдин (1954) писал, что «именно русским хирургам принадлежит приоритет в отношении либо основной руководящей идеи, открывающей новые пути в хирургии пищевода, либо первого успешного осуществления тех задач, которые назревали уже давно, но практическое решение которых не смогли дать хирурги других стран»¹.

Меньше чем за два последних десятилетия вышел ряд монографий по хирургии пищевода (Б. В. Петровский, 1950; Е. Л. Березов, 1951; В. И. Казанский, 1951; С. С. Юдин, 1954; Н. В. Антелава, 1958; Г. Р. Хундадзе, Н. М. Амосов, 1958; П. А. Куприянов, 1960; Ю. Е. Березов, 1960; В. И. Попов и В. И. Филин, 1965; Ю. Е. Березов и М. С. Григорьев, 1965; В. В. Уткин, 1966, и др.), которые способствовали быстрому распространению операций на пищеводе не только в клиниках, но и в крупных хирургических отделениях больниц.

Следует отметить, что первое успешное вмешательство по поводу рака грудного отдела пищевода в СССР выполнено в 1945 г. В. И. Казанским. Им была предложена методика операции по типу Торека—Цлаера с выведением верхнего отдела пищевода под кожу с наложением желудочной фистулы. В 1946 г. Б. В. Петровский впервые в Союзе произвел резекцию пищевода с наложением первичного внутригрудного пищеводно-желудочного анастомоза.

Большой вклад в хирургию пищевода внесли в последующем П. А. Куприянов, Б. С. Розанов, Б. А. Петров, А. А. Вишневский, Ф. Г. Углов, Е. Л. Березов, Ю. Е. Березов, А. А. Полянцева, С. В. Гейнац, А. А. Русанов, В. И. Попов и другие. Выдающимися являются и труды крупнейшего советского хирурга А. Г. Савиных (г. Томск), который с большой настойчивостью и размахом проводил разработку хирургических методов лечения при болезнях кардии и пищевода. Еще в 1929 г. им предложен оригинальный метод чрезбрюшинной сагиттальной медиастинотомии. За труд о хирургических вмешательствах при раке кардии А. Г. Савиных был удостоен Государственной премии.

Благодаря работам С. С. Юдина и его сотрудников (Б. А. Петров, П. И. Андронов и др.) Советский Союз занял первое место по разработке и применению в практике тонко- и толстокишечной пластики при рубцовых сужениях пищевода.

В настоящее время интенсивно изучается в эксперименте гомо- и аллопластика пищевода (А. А. Вишневский, Т. Т. Дауровец, В. П. Мельников, Е. В. Колесов, Э. Н. Ванцан и др.).

В последние годы при восстановительных операциях на пищеводе стали применять сосудистый шов и сегментарную пластику пищевода и тонкой кишки.

¹ «Восстановительная хирургия при непроходимости пищевода».

Не меньшего развития и успехов, чем хирургия пищевода, достигла в нашей стране и хирургия легких. Этому содействовало издание монографий А. Н. Бакулева и А. В. Герасимовой (1949), Ф. Г. Углова (1950, 1954), коллективного руководства под редакцией П. А. Куприянова (1955), В. И. Стручкова (1958). В последующем вышли монографии И. С. Колесникова (1960), А. Н. Бакулева и Р. С. Колесниковой (1961). Раку и опухолям легких посвящены монографии А. И. Савицкого (1957), Ф. Г. Углова (1958), В. И. Стручкова и А. В. Григоряна (1964), Ю. А. Ратнера (1966) и ряд монографий по хирургии туберкулеза легких (Л. К. Богуша и соавт., И. С. Колесникова и соавт., и др.).

В бурном развитии легочной хирургии большую роль сыграли С. И. Спасокукоцкий и его ученики. В 1925 г. С. И. Спасокукоцкий опубликовал сообщение о лобэктомии при бронхоэктазах. Одним из первых в Советском Союзе систематически начал применять резекции легких ученик С. И. Спасокукоцкого Б. Э. Линберг. Еще в 1935 г. он произвел с благоприятным успехом две лобэктомии по поводу бронхоэктазов. В 1937 г. Ю. Ю. Джанелидзе сделал лобэктомии по поводу туберкулеза легких. До 1941 г. лобэктомии произвели А. Н. Бакулев, В. Р. Брайцев, Л. К. Богуш, Н. Н. Бурденко, А. В. Вишневский, А. А. Вишневский. С 1946—1947 гг. стали осуществляться пневмонэктомии (А. Н. Бакулев, Ф. Г. Углов, П. А. Куприянов, Б. К. Осипов, Л. К. Богуш).

В настоящее время отечественными хирургами накоплен громадный опыт в резекции легких при гнойных заболеваниях, опухолях и туберкулезе легких. В хирургии легких наметился новый, чрезвычайно актуальный путь реконструктивно-восстановительной хирургии бронхиального дерева. Пластические операции на бронхах создают возможность у ряда больных вместо пневмонэктомии производить частичную резекцию легкого с восстановлением воздухоносных путей межартериальным анастомозом.

Резекция и пластика бронхов успешно применяются в Институте клинической и экспериментальной хирургии МЗ СССР (М. И. Перельман, А. П. Кузьмичев, Н. С. Королева), в Институте туберкулеза МЗ СССР (Л. К. Богуш, В. С. Северов), в Институте онкологии им. П. А. Герцена, в клинике торакальной хирургии Киевского института усовершенствования врачей (О. М. Авилова), в клинике госпитальной хирургии Горьковского медицинского института (Б. А. Королев, А. П. Морозова).

В 1966 г. вышла монография Б. В. Петровского, М. И. Перельмана и А. П. Кузьмичева по резекции и пластике бронхов, обобщающая клинический и экспериментальный опыт. Освоение резекции и пластики бронхов позволило приступить к операциям на бифуркации трахеи и ее грудном отделе (М. И. Перельман, Б. А. Королев).

В Советском Союзе с 1964 г. с успехом используется для закрытия фистул главного бронха, возникших после пневмонэктомии, трансперикардиальный доступ (Л. К. Богуш, М. И. Перельман и др.). Следует отметить, что необходимо и в дальнейшем интенсивно разрабатывать пути предупреждения и лечения гнойных осложнений плевральной полости после резекции легких.

Принципиальные вопросы дальнейшего улучшения результатов хирургии гнойных заболеваний, первичного рака легких поставлены в работах В. И. Стручкова и А. В. Григоряна (Грудная хирургия, 1967, 3).

Хирургия средостения и диафрагмы

Наряду с развитием хирургии пищевода и легких, прогресс в грудной хирургии коснулся и заболеваний средостения и диафрагмы. В настоящее время многие советские хирурги располагают многочисленными наблюдениями оперативных вмешательств по поводу опухолей и кист средостения (А. Н. Бакулев, В. Р. Брайцев, А. А. Вишневский, Б. А. Королев и Н. В. Корепанова, Б. К. Осипов и др.). Наибольшим опытом обладает Б. В. Петровский. В 1960 г. вышла его монография «Хирургия средостения», в которой обобщаются данные о 180 больных, из них 124 были оперированы. В монографии освещаются и другие проблемы хирургии средостения (повреждения, воспалительные процессы, загрудинный зоб).

Успехи грудной хирургии позволили пересмотреть многие вопросы патологии диафрагмы. В первую очередь это относится к диафрагмальным грыжам. В нашей стране опубликован ряд монографий по этому разделу (В. И. Петров, 1949; И. Д. Каробельников, 1951; С. Я. Долецкий, 1960). Однако всестороннее освещение хирургия диафрагмы в целом получила только в 1966 г. в монографии Б. В. Петровского, Н. Н. Каншина и Н. О. Николаева. Большой опыт авторов позволил охватить многие стороны хирургии диафрагмы (грыжи пищевода, отверстия, диафрагмальные грыжи, опухоли и кисты диафрагмы, поддиафрагмальные абсцессы, релаксация диафрагмы, повреждение диафрагмы, включая применение диафрагмы для пластических целей). В клинике Б. В. Петровского используют лоскут из диафрагмы при операциях на пищеводе и кардии, в хирургии сердца и аорты, а также для других целей.

Хирургия сердца

В 1926 году В. А. Оппель¹ отмечал, что честь разработки хирургии ранений сердца принадлежит России. Классическим трудом по ранениям сердца стала монография Ю. Ю. Джанелидзе (1927). В последние два десятилетия операции при ранениях сердца с успехом производятся в хирургических отделениях сельских больниц.

Широкое распространение получили оперативные пособия при сдавливающих (слипчивых) перикардитах. Первый значительный опыт оперативных вмешательств при слипчивом перикардите, накопленный в клиниках С. И. Спасокукоцкого и А. Н. Бакулева, был обобщен в монографии Р. В. Богословского (1955), а в последующем — в монографиях Ф. Г. Углова и М. Н. Самойловой (1962), И. С. Колесникова, Н. В. Путова и А. Г. Гребенниковой (1964).

Опыт советских хирургов показал, что наиболее радикальным вмешательством при слипчивом и панцирном перикардите является субтотальная перикардэктомия через срединную стернотомию или двухплевральный доступ.

Определенный вклад советские хирурги внесли в накопление данных по оперативной помощи при хронической коронарной недостаточности (П. А. Герцен, 1936; Е. С. Шахбазян, 1940; Б. П. Кириллов, 1939; В. П. Казанский, 1954; А. Н. Бакулев, 1955; Е. Л. Березов, 1958; В. И. Колесов, 1958; Б. А. Королев, 1958; А. А. Бусалов и многие другие). Несмотря на большое количество экспериментальных и клинических работ, на проведение специального симпозиума в 1962 г., некоторые аспекты этой проблемы остаются нерешенными. Сюда можно отнести выбор оперативного метода, показания и противопоказания, в частности к прямым вмешательствам на коронарных артериях (В. И. Колесов), а также целесообразность оперативного вмешательства при остром инфаркте миокарда (А. Н. Бакулев). Обобщающий работой по хирургии коронарной недостаточности является монография В. И. Колесова, вышедшая в 1966 г.

В оперативном лечении больных аневризмами сердца советская хирургия, благодаря работам клиники Б. В. Петровского, заняла первое место в мире. В монографии Б. В. Петровского и И. З. Козлова (1965) приводятся сведения о 235 операциях, выполненных разными авторами (173 из них произведены советскими хирургами, в том числе 102 — в клинике автора).

Особенно широкое распространение в нашей стране получили операции при митральном стенозе. Несмотря на то, что Великая Отечественная война временно прервала разработку хирургии пороков сердца (И. П. Дмитриев, 1926; Н. Н. Тереминский, 1930, 1940), уже в 1952 г. А. Н. Бакулев осуществил первую в СССР митральную комиссуротомию. В 1958 г. вышло первое руководство под редакцией А. Н. Бакулева по хирургическому лечению больных с митральным стенозом, в 1954 г. — сборник работ госпитальной хирургической клиники Горьковского медицинского института, а в последующем — монографии С. А. Гаджиева (1961), А. А. Бусалова

¹ «Успехи современной хирургии».

и А. М. Дамир (1962), А. В. Микаеляна и соавт. (1964), Г. М. Соловьева и Г. И. Абдулаева о рецидиве митрального стеноза (1966).

Оперативное лечение при других приобретенных пороках сердца (аортальном, трикуспидальном) освещается в монографиях А. Л. Микаеляна (1963), А. Д. Леванта (1964). В определенной связи с хирургией митрального стеноза широкое распространение получил разработанный А. А. Вишневым и Б. М. Цукерманом (1959, 1960) метод устранения мерцательной аритмии электрической дефибрилляцией сердца. Этому методу были посвящены пленум Всесоюзного общества кардиологов (1964), X научная сессия ИССХ АМН СССР и небольшая монография В. П. Радужкевича (1966).

Оперативное лечение при врожденных пороках сердца начало успешно разрабатываться в клиниках А. Н. Бакулева, А. А. Вишневого, П. А. Куприянова, Б. В. Петровского. Первую операцию по поводу открытого артериального протока произвел в Советском Союзе А. Н. Бакулев в 1948 г. А. А. Вишневский впервые в нашей стране с успехом ушил дефект межпредсердной перегородки на «открытом» сердце под гипотермией. При таком же пороке он произвел и первую успешную операцию на сердце с применением искусственного кровообращения.

Значительный опыт советских хирургов по диагностике и оперативных пособиях при врожденных пороках освещен в ряде монографий и руководств (Е. Н. Мешалкин, 1954; А. Н. Бакулев и Е. Н. Мешалкин, 1955; Н. Н. Малиновский, 1959; С. Л. Либов и К. Ф. Ширяева, 1957; М. Н. Иваницкая и В. С. Савельев, 1960; В. И. Бураковский, 1961; В. С. Савельев, 1961; Ф. Х. Кутушев, 1962; А. В. Вишневский и Н. К. Галанкин, 1962; Б. В. Петровский и А. А. Кешишева, 1963; М. В. Муравьев, 1966; Б. А. Королев и И. Б. Дынник, 1967; Г. М. Соловьев, 1967). Большим капитальным руководством является «Частная хирургия болезней сердца и сосудов» под редакцией В. И. Бураковского и С. А. Колесникова (1967).

Советскими хирургами разработан ряд оригинальных методов хирургического лечения при врожденных пороках сердца (Н. К. Галанкин, Е. Н. Мешалкин, Г. М. Соловьев, Д. А. Донецкий и другие).

Широко известно, что приоритет в разработке искусственного кровообращения принадлежит отечественным ученым (С. С. Брюхоненко, С. И. Чечулин, 1924; С. С. Брюхоненко, 1926, 1928; С. С. Брюхоненко, В. Д. Янковский, 1936, 1937). В дальнейшем большой вклад внесли коллективы клиник А. Н. Бакулева, А. А. Вишневого, П. А. Куприянова, Б. В. Петровского, Н. М. Амосова, Ф. Г. Углова и друг.

Развитию искусственного кровообращения в нашей стране содействовало издание руководств под редакцией С. А. Колесникова (1960), Н. М. Амосова (1962), П. А. Куприянова (1962), Г. Л. Ратнера (1965). В 1967 г. планируется издание монографии А. А. Вишневого и С. Ш. Харнас по искусственному кровообращению в хирургии «открытого» сердца.

Учеными нашей страны разработаны и новые методы искусственного кровообращения (А. А. Вишневский, Т. М. Дарбинян, В. Ф. Портной, 1959—1963; А. А. Бунатян, 1963—1965) и оригинальные модели аппаратов «сердце — легкие» (НИИЭХАиИ, Н. М. Амосов, Ф. В. Балюзек, Г. Л. Ратнер, ИССХ АМН СССР).

В последние годы ряд хирургов (С. Л. Либов и К. Ф. Ширяева, В. И. Бураковский и Б. А. Константинов, В. И. Францев и др.) успешно проводит операции при врожденных пороках сердца в раннем детском возрасте.

Большой опыт накоплен советскими хирургами и в оперативном лечении при патологии грудной аорты, особенно такого врожденного порока ее, как коарктация аорты (Е. Н. Мешалкин, И. А. Медведев, А. П. Колесов, Е. Е. Березов, А. В. Покровский, Б. А. Королев, Н. М. Амосов, Ф. Г. Углов, Н. К. Галанкин, Г. Л. Ратнер и др.).

Большое влияние на развитие грудной хирургии оказали хирургические журналы, всесоюзные (1955, 1965), всероссийские (1958, 1967) съезды хирургов, всесоюзные конференции по грудной хирургии (1947, 1949, 1951) и научные сессии ряда институтов, а также успехи анестезиологии и реаниматологии.

Многие выдающиеся советские хирурги удостоены Ленинской премии (А. Н. Бакулев, А. А. Вишневский, П. А. Куприянов, Е. Н. Мешалкин и Б. В. Петровский — за разработку проблемы хирургии сердца; Н. М. Амосов, Н. В. Антелава, Л. К. Богуш, И. С. Колесников, Б. Э. Линберг, В. И. Стручков, Ф. Г. Углов — за развитие легочной хирургии).

Участие в научной и практической деятельности большого числа хирургов, которых невозможно было перечислить в рамках небольшой журнальной статьи, позволяет надеяться на дальнейшее блестящее развитие советской грудной хирургии.

УДК 616—089—616.25—616.24—616.27

СТАНОВЛЕНИЕ И РАЗВИТИЕ ХИРУРГИИ ПЛЕВРЫ, ЛЕГКИХ И СРЕДОСТЕНИЯ В г. КАЗАНИ И В ТАССР

Ю. А. Ратнер

(Казань)

В знаменательные дни полувековой истории Советского государства невольно приходят на память первые шаги советского здравоохранения, становление и развитие советской хирургии в г. Казани и в ТАССР. Почти вся сознательная деятельность пишущего эти строки протекала в стенах Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина, первенца советских институтов усовершенствования врачей. Вновь созданный институт быстро развивал свою многогранную деятельность во всех направлениях, в том числе и в клинической хирургии.

Первой операцией в стенах новой клиники была плевротомия с резекцией ребра по поводу плевральной эмпиемы у ребенка 6 лет. Больной остался на столе в результате острого широкого пневмоторакса и качания средостения, а оператор (д-р мед. Б. П. Енохин, первый заведующий клиникой) через несколько дней скончался от сепсиса, возникшего в связи с заражением на этой операции. Смерть пациента и оператора, естественно, послужила толчком к разработке в дальнейшем более физиологичных и герметичных методов оперативного лечения при плевральных эмпиемах (подводный дренаж, активная аспирация, разгружающие пункции).

При открытом методе лечения больных диффузным гнойным плевритом часто возникали хронические эмпиемы, плевральные свищи, не поддававшиеся консервативному лечению. Мы впервые в Казани стали широко применять в таких случаях торакопластику по Шеде (множественное иссечение ребер с обязательным удалением ошвартованной париетальной плевры) с хорошими результатами и небольшой послеоперационной летальностью. Герметическая плевротомия и модулированная торакопластика нашли в последующем широкое применение не только в ТАССР, но и за ее пределами, чему способствовал выход в свет монографии «Гнойный плеврит и его лечение» в 1935 г.

Гнойный плеврит чаще возникает в результате пневмонии и абсцесса легкого. При нагноительных процессах легкого в те времена лечение было консервативным, длительным и часто безуспешным. Шагом вперед тогда считалось переливание крови. До 75% больных излечивались самостоятельно в результате прорыва гнойника в бронхиальное дерево или плевральную полость — путь сложный и рискованный.

Лишь полостной абсцесс легкого, периферически расположенный, служил показанием к хирургическому вмешательству — одно- или двухмоментной пневмотомии. Эта операция производится по известным показаниям и в наши дни. Она сравнительно проста по технике, но часто сопровождается образованием незаживающего бронхиального свища и недостаточно дренирует гной наружу. В наше время чаще применяется радикальное вмешательство — удаление пораженной доли, а при множественных рассеянных гнойниках — всего легкого.

Вскоре после Октябрьской революции перед советским здравоохранением встал ряд серьезных проблем и среди них — борьба с туберкулезом. В Казани был создан институт туберкулеза, преобразованный затем в республиканскую больницу, республиканский диспансер, а на местах — районные диспансеры. Делу был придан широкий, серьезный, государственный размах. Стало очевидно, что без помощи хирургов проблема лечения больных легочным туберкулезом, в особенности кавернозным, не может быть успешно разрешена. Были организованы специальные курсы по фтизиохирургии в Москве (Н. Н. Стойко), на которых обучалось тогда всего 10 хирургов, изъявивших желание работать в этой области, среди них был и автор статьи. Мы были привле-

чены к работе, главным образом для хирургической коллапсотерапии, в 1925 г. Простейшим видом коллапсотерапии был и остается искусственный пневмоторакс. Он, однако, часто бывает малоэффективным из-за внутриплевральных сращений. Внутриплевральное пережатие тяжей по Якобеусу стало с течением времени наиболее частой операцией, дополняющей неэффективный пневмоторакс.

Еще более распространенной в начальном периоде развития фтизиохирургии стала операция на диафрагмальном нерве — френнкоэкзерез, а затем френнкоаголигация, благодаря своей легкости и малому риску. Искусственный паралич диафрагмы без достаточных оснований нашел широчайшее применение главным образом при двусторонних процессах, низко расположенных кавернах, инфильтратах, при невозможности наложения искусственного пневмоторакса или в сочетании с последним на противоположной стороне. Френнкоэкзерез оказался эффективным не более чем в 10—15%. В наше время он вовсе не применяется. Такая же участь постигла верхушечную коллапсотерапию (френнкоэкзерез + резекция первого ребра + скаленотомия + апиколлиз). В свое время мы сообщали о 100 операциях типа Коффи с удовлетворительными результатами, но впоследствии также отказались от нее в пользу паравертебральной (одно- или многомоментной) экстраплевральной торакопластики, дававшей гораздо лучшие результаты — 70% выздоровлений при 1% летальности (преимущественно при кавернах). Экстраплевральная пломба не получила в Казани признания. Она вскоре была оставлена и ее приверженцами. Вскрытие каверны (кавернотомия) нашло применение преимущественно при гигантских кавернах с возможной иногда последующей торакопластикой. В разработке новых по тому времени оперативных методов лечения больных с гнойными процессами легких и плевры, а также легочным туберкулезом впоследствии принимали активное участие сотрудники нашей клиники: М. М. Шалагин, Н. Х. Ситдыков, Н. И. Любина, В. М. Авдеева, И. С. Сигал.

С началом Великой Отечественной войны все наше внимание было направлено на лечение раненных в грудь и живот. Был открыт специальный грудной госпиталь по лечению раненых с осложнениями после проникающих ранений груди (огнестрельные хронические плевральные эмпиемы, остаточные полости, инородные тела, бронхиальные свищи, нагноения легких, поздние кровотечения). В нем развернулась большая работа по долечиванию раненых хирургическим путем. Почти ежедневно производились разнообразные операции, наиболее часто — расширенные плевротомии, удаление разнообразных инородных тел из легкого и плевральной полости, остановка кровотечения. Активное лечение при ранних осложнениях проникающих ранений груди, закрытом и открытом пневмотораксе, гемотораксе явилось лучшей профилактикой поздних осложнений. С продвижением наших войск далеко на запад к нам поступали главным образом раненые с поздними осложнениями (хронические эмпиемы, остаточные полости, бронхиальные свищи), требовавшими сложных операций. Наиболее частой из них была интраплевральная торакопластика, ограниченная размерами остаточной полости, но по необходимости широкая. Интраплевральная торакопластика нередко сочеталась с удалением инородных тел и закрытием бронхиальных свищей, встречавшихся нам при торакопластике примерно в 75%. Уточнению подробностей осложнений огнестрельных ранений груди способствовали контрастные методы рентгенодиагностики (заполнение остаточной полости, фистулография, бронхография), проводившиеся Д. Е. Гольдштейном, А. Н. Кревером, Л. С. Тябиной и др. Благодаря этим методам наши представления о механизме и патогенезе проникающих ранений груди и их последствий значительно расширились.

Результаты торакопластики оказались вполне удовлетворительными при невысокой летальности, но достигались дорогой ценой — искривлением и деформацией грудной клетки. Более физиологичная и сохраняющая функцию операция — декортикация легкого по Делорму, не получившая признания среди хирургов в мирное время, снова приобрела «гражданские права» в практике военного времени, но под защитой и препаровкой тканей новокаиновым инфильтратом по методу А. В. Вишневого. Опасности декортикации (кровотечение, эмболия, переход инфекции с плевры на легкое) были таким образом почти полностью устранены. В последние годы войны и первые годы после войны сочетание декортикации с малой торакопластикой оказалось наилучшим выходом из положения не только при остаточных полостях, но и при бронхиальных свищах. Важным условием успешной ликвидации последних явилась мышечная пластика, предложенная А. А. Абражановым. Таким образом, считавшаяся до войны весьма маловероятной возможность излечения раненых с остаточной полостью и бронхиальным свищем оказалась вполне осуществимой в громадном большинстве случаев. Это, несомненно, явилось большим достижением советской военно-полевой хирургии. Переливание крови и сульфамидные препараты (антибиотиков тогда еще не было) способствовали успехам хирургов.

Уже в первый год Великой Отечественной войны была организована научная бригада по изучению патогенеза, диагностики, профилактики и лечения при осложнениях после проникающих ранений груди, в которую вошли кроме хирургов патологи, рентгенологи, терапевты ГИДУВа. Часто проводились научно-практические конференции, обсуждались вопросы патологической анатомии, рентгенодиагностики и оперативного лечения раненых с осложнениями после ранений. Результаты дружной работы членов бригады нашли отражение в многочисленных научных статьях, двух сборниках, двух монографиях проф. Ю. А. Ратнера и проф. М. М. Шалагина и доложены на заседании

Ученого совета Минздрава РСФСР, заключительной конференции госпиталей и на XXV съезде хирургов СССР. Даже в наше время изредка еще обращаются раненные в грудь с различными поздними осложнениями, требующими оперативного лечения.

Полученный во время войны опыт послужил толчком к развитию большой грудной хирургии. Страх перед широкой торакотомией рассеялся. Первые операции удаления легкого или доли его в нашей стране были произведены А. В. Вишневым, С. И. Спасокукоцким, А. Н. Бакулевым, а затем и в провинции, главным образом по поводу нагноительных процессов. Легочную ножку перевязывали одной общей лигатурой. Операции шли под местной анестезией. В Казани первая пульмонэктомия была с успехом выполнена нами в 1954 г. также под местной анестезией, но с изолированной обработкой элементов корня, с ушиванием культи бронха вручную. Удаление легкого в этих условиях требовало много времени и труда и часто сопровождалось развитием шока на операционном столе, несмотря на новокаиновую блокаду корня и средостения. Длительность и травматичность операции нередко приводили к вторичному шоку, расстройствам сердечной деятельности и дыхания, а ненадежное ушивание культи бронха — к развитию эмфиземы и бронхиального свища. Послеоперационная смертность у лучших торакальных хирургов достигала 30%. В последующем хирурги при пульмонэктомии перешли на раздельную обработку элементов корня. Сложные способы обработки культи бронха были почти всеми оставлены. Они оказались не лучше, чем обычные (узловатые) швы через края стенок бронха. Мало спасают от развития бронхиального свища различные пластические ткани, применяемые для укрытия культи бронха.

При ограниченных гнойниках легкого и в особенности при нагноившихся бронхоэктазах хирурги все чаще прибегают к резекции легкого, главным образом лобэктомии. Технически лобэктомия оказывается иногда труднее пульмонэктомии, но переносится больным легче, при ней меньше смертность, она сохраняет непораженную легочную паренхиму. В принципе техника обоих вмешательств почти одинакова — осуществляется изолированная обработка сосудов и бронха (главного или долевого). Культи последнего легко прикрывается соседней долей. Опасность глубокого шока при лобэктомии значительно меньше, чем при пульмонэктомии. Коллапсотерапия при легочных нагноениях (искусственный пневмоторакс, френикотомия, торакостомия, экстраплевральная пломба) по аналогии с туберкулезом не показана. Мы ни разу не прибегали к ней в своей практике.

С прогрессом легочной хирургии в корне изменилось наше отношение к методам коллапсотерапии при туберкулезе. Торакостомия как самостоятельный метод применяется все реже. Искусственный пневмоторакс, как простейший вид коллапсотерапии, по-прежнему, естественно, находит широкие показания в сочетании с антибактериальными препаратами. Но при больших и множественных кавернах, туберкуломах удаление пораженной доли или сегмента, а в далеко зашедших случаях и всего пораженного легкого является, понятно, обоснованным в гораздо большей степени, чем любой вид коллапсотерапии. Не подлежит сомнению, что радикальная операция при гигантской каверне и туберкуломе надежно избавляет больного от опасности обсеменения, а окружающих его — от заражения. Именно при туберкулезе радикальная операция является сравнительно мало опасной и обеспечивает хорошие результаты.

Прошло немногим более 20 лет после первой резекции легкого при туберкулезе, произведенной нами, а число хирургов в ТАССР, владеющих ею, перевалило за десяток. Труднейшая задача лечения больных с туберкулезными эмпиемами получила некоторое разрешение путем полного удаления всего плеврального мешка (плеврэктомия), иногда в сочетании с удалением всего легкого (плевропульмонэктомия). Эти операции впервые с успехом произведены в Казани доц. И. С. Сигалом. Простая перевязка легочной вены при туберкулезе (Л. К. Богуш) нами лично и, насколько мне известно, другими казанскими хирургами не производилась, в особенности при открывшейся возможности радикального вмешательства на патологическом очаге. Перевязка легочной артерии, по нашему опыту, может оказаться успешной при массивном легочном кровотечении, когда радикальная операция почему-либо неосуществима, о чем мы уже сообщали (Казанский мед. ж., 1966, 2). Таким образом, фтизиохирургия прошла за сравнительно короткий исторический отрезок времени большой путь от скромной коллапсотерапии до больших радикальных операций, от сегментэктомии до пульмонэктомии.

Прогресс грудной хирургии открыл широкие возможности для радикального вмешательства при опухолях легких и средостения, ранее казавшихся совершенно недоступными. Проблема лечения при доброкачественных опухолях и кистах легкого и средостения может считаться полностью разрешенной. Удаление кист в наше время не представляет серьезных технических трудностей. При интимных сращениях кисты с крупными сосудами можно вначале опорожнить кисту, вскрыв ее, и под контролем пальца почти без риска выделить. Дермоидные и тератонидные кисты, невриномы средостения, целономические (перикардальные) кисты легкого удаляют чрезплевральным путем. Летальность при этих операциях приближается к нулю, о чем мы сообщали совместно с доц. Н. А. Колсановым. Также почти безопасно удаление плотных доброкачественных опухолей легкого (фибром, гамартом) путем атипической или клиновидной резекции. Эти операции на легких и средостении дают наибольшее удовлетворение хирургу. Плотные доброкачественные опухоли средостения (тимома, внутригрудной

зоб) встречаются сравнительно редко, невринома — чаще. Они удаляются обычно чрез-плевральным путем, без медиастинотомии. Злокачественные опухоли средостения (лимфосаркома, лимфогранулематоз) подлежат рентгено- или химиотерапии. Оперативное вмешательство при этих страданиях необоснованно, рискованно и чаще производится ошибочно. Мы до сих пор в таких случаях избегали его.

Чаще всего приходится оперировать при злокачественных опухолях легкого — раке и очень редко саркоме. Технически удаление легкого или доли его при раке не отличается от тех же вмешательств при нагноении и туберкулезе. Обычно пульмонэктомия при раке, ввиду отсутствия спаек и рубцов, производится проще, чем при других заболеваниях. Если же регионарные метастазы распространились на средостение, то операция, как правило, отпадает. Речь обычно идет о пульмонэктомии. Лобэктомия производится главным образом при периферическом раке без метастазов в корне легкого. При центральном раке показана пульмонэктомия, причем бронх пересекается ближе к стенке трахеи, а иногда у самой стенки. С накоплением опыта радикализм операции может быть обеспечен полностью, но, к сожалению, больные поступают к хирургу поздно. Лишь один из пяти в среднем имеет шансы на возможность радикального вмешательства.

Диагностика рака легкого с каждым годом улучшается. Томография, бронхография, бронхоскопия, ангиография, цитологическое исследование мокроты и в особенности центрифугата смыва бронхов разработаны и широко применяются в Казани как в нашей, так и в других клиниках и больницах.

Вопрос об операбельности может быть часто решен до операции на основании прескаленной биопсии и в особенности бифуркационной биопсии (Б. Л. Еляшевич). Дифференциальный диагноз чаще проводится с туберкулезом и нагноением. Прежде чем попасть к хирургу, больные долго лечатся у терапевтов и физиотерапевтов.

Непосредственные результаты операции за последние годы значительно улучшились (до 10% летальности вместо прежних 30%), но отдаленные неутешительны. Они могут быть улучшены, если больные будут поступать к хирургу раньше. Ценным подспорьем в ранней диагностике при часто бессимптомном или малосимптомном течении рака легкого у пожилых людей может служить флюорография. Сочетание операции с химио- и рентгенотерапией улучшает отдаленные результаты.

Успехам хирургии легких и средостения в значительной мере способствовали не только более совершенные методы диагностики и антибиотики, но в еще большей степени интубационный наркоз и новые отечественные ушивающие аппараты (УКЛ, УТК). Они вдвое сокращают время операции, уменьшают опасность шока и кровотечения, развития бронхального свища, благодаря чему расширились показания к торакотомии, ставшей как бы повседневной операцией, доступной и молодым хирургам. Операции на легких и средостении производятся сейчас не только в клиниках и больницах г. Казани, но и во многих районных больницах (в Бугульме, Альметьевске, Зеленодольске, Урусе и др.).

Оглядываясь на путь, пройденный внутригрудной хирургией легких, плевры и средостения — от резекции ребра до резекции легкого, можно без преувеличения сказать, что этот путь блистательный и что о нем раньше мы могли только мечтать.

УДК 616.12—616.13—616.14

КАЗАНСКАЯ КАРДИОЛОГИЧЕСКАЯ ШКОЛА ЗА 50 ЛЕТ СОВЕТСКОЙ ВЛАСТИ

Л. М. Рахлин

(Казань)

50-летие Великой Октябрьской революции наш народ встречает огромными успехами в социальном, экономическом и культурном развитии. Путь, пройденный нашей страной после ликвидации разрухи, эпидемий, доставшихся в наследство от первой мировой и гражданской войн, составил целую эпоху в мировой истории. В новом обществе, созданном после революции, здравоохранение стало одной из важнейших государственных задач. Социально-экономическая основа советского здравоохранения, профилактическое направление, провозглашенное еще программой РКП(б) в 1919 г., рост благосостояния трудящихся и достигнутый народом культурный уровень привели к значительному увеличению средней продолжительности жизни.

Прогресс медицинской науки явился одним из важнейших факторов в достижениях здравоохранения. Яркой иллюстрацией его служит путь, пройденный в организации борьбы с заболеваниями сердечно-сосудистой системы как одной из основных глав медицинской науки.

Старые казанские терапевтические школы уделяли большое внимание вопросам сердечно-сосудистой патологии и клиники. Достаточно упомянуть блестящие диагнозы

Засецкого, Казем-Бека, Орловского, нашедшие отражение на страницах медицинской печати и в казуистике протоколов, в отчетах, записках лекций. В этих диагнозах сказалась высокая культура клинического мышления, умение наблюдать непосредственно у постели больного, синтезировать мелкие симптомы, владение анамнестическим методом исследования. В первые послереволюционные годы в области клинической кардиологии представителем этого чисто клинического направления был С. С. Зимницкий. Терапевт широкого профиля, занимавший кафедру частной патологии и терапии с диагностикой внутренних болезней медицинского факультета Казанского университета, С. С. Зимницкий после организации в 1920 г. ГИДУВа им. В. И. Ленина начал читать лекции для врачей в этом новом учреждении, организованном для повышения врачебной квалификации. Тематика лекций была весьма широка: болезни сердечно-сосудистой системы легких, почек, инфекционные заболевания. Все это характеризует С. С. Зимницкого как терапевта старой школы с ее широкими горизонтами. Однако его излюбленной темой в ГИДУВе была патология сердца. Лекции, читанные им врачам по клинике заболеваний сердца (С. С. Зимницкий. Лекции по сердечным болезням, Казань, 1923, Комб. издат. печати ТАССР), не утратили своего значения и по настоящее время. Они были посвящены в основном клапанным порокам сердца и их топической диагностике, особенностям гемодинамики и прогнозам. Эти лекции отражают все достижения прошлого и начала настоящего века, когда инструментальные методы исследования больного еще не стали общедоступным достоянием клиники и на вооружении врача основным являлось умение видеть, слышать, связывать всю симптоматику у постели больного. С. С. Зимницкий не был противником инструментальных сложных методов исследования, как его иногда изображают. Он прислушивался ко всему новому, но считал, что инструментальные методы исследования не заменяют все богатство клиники, накопленное предыдущими поколениями, что они только добавляют, иногда многое, к познанию больного. Однако эти методы не обесценивают основного в клинике — умения «видеть больного целиком». В полемическом задоре, направленном в защиту этого принципа отечественной клиники против увлечения в ущерб ему лабораторно-инструментальными методами исследования, С. С. Зимницкий не всегда был правильно понят.

Одновременно с этим чисто клиническим направлением и высокой культурой распознавания болезни у постели больного, казанская терапевтическая школа с первого десятилетия нашего века и особенно в первые революционные годы оказалась центром разработки новой главы в кардиологии. С именем А. Ф. Самойлова, профессора физиологии естественного отделения физико-математического факультета Казанского университета, связано развитие электрокардиографии. Именно в Казани была записана первая в России ЭКГ, отсюда из лаборатории А. Ф. Самойлова вышел ряд основных исследований ЭКГ в эксперименте и в клинике. В лаборатории А. Ф. Самойлова изучали электрофизиологические методы исследования и физиологи, и клиницисты. Придавая большое значение непосредственному контакту физиолога и клинициста, важному и для физиологии человека, и для клиники, А. Ф. Самойлов не только выступил в печати в ряде работ совместно с клиницистами (Стешинская, Чебоксаров, Чернов) по клинической электрокардиографии, но и первый начал чтение лекций (1922 г.) по электрокардиографии для широкого круга врачей в Казанском ГИДУВе и продолжал его до своей смерти. Вместе с тем А. Ф. Самойлов не переставал интересоваться клиникой; двери его лаборатории были всегда открыты для записи ЭКГ у больных, направляемых клиницистами. Благодаря такому контакту уже в двадцатых годах определился правильный синтез старого чисто клинического функционального направления с «клиническим мышлением у постели больного» и достижениями самого передового — электрофизиологического метода инструментального исследования. Этот синтез ярко отразился в работах П. Н. Николаева, перу которого принадлежит первая отечественная монография о мерцательной аритмии (П. Н. Николаев. О порхании и мерцании предсердий. Казань, 1923, Гос. издат. ТАССР).

Из экспериментального богатства лаборатории А. Ф. Самойлова, пользовавшейся мировой известностью, для клинической электрокардиографии приобрели особое значение анализ влияния на ЭКГ экстракардиальных нервов, исследования «кругового ритма», изучение гуморального звена передачи нервного возбуждения в сердце.

После смерти А. Ф. Самойлова экспериментальные исследования по электрофизиологии сердца и электрокардиографии продолжали в Казани М. А. Киселев, О. Д. Курмаев, И. Г. Валидов, Л. М. Рахлин, Т. Б. Киселева и др. В 1934 г. в ГИДУВе была организована лаборатория клинической электрофизиологии, где в эксперименте изучалась динамика ЭКГ при искусственных пороках сердца и блокадах ножек (Л. М. Рахлин), природа зубца Т (на полосках из миокарда), электрофизиология эмбрионального сердца (Т. Б. Киселева). Накопился большой материал по клинической электрокардиографии, отраженный в большом ряде статей и в диссертациях. В 1948 г., помимо занятий по ЭКГ, на циклах усовершенствования по терапии были начаты созывы циклов специально по электрокардиографии. Значительная часть врачей, работающих в настоящее время в электрокардиографических кабинетах в РСФСР, получила свою подготовку именно здесь. Одновременно с изучением ЭКГ в клинике различных заболеваний (Т. Б. Киселева, З. А. Гертман, Э. А. Озол, М. И. Когурова, Самирханова, Е. С. Сигал, Л. И. Узбекова, Б. З. Аккерман и др.) не прекращалось накопление чисто клинических фактов, открывающих возможность распознавания заболеваний у poste-

ли больного и направленного использования лабораторных и инструментальных исследований для ответа на вопросы, при этом возникающие. Прижизненное распознавание подклапанного стеноза аорты (Н. К. Горлев и И. П. Васильев), аневризмы сердца (Р. А. Лурия, Л. М. Рахлин и др.), органических поражений трехстворчатого клапана (Н. В. Иношкин и К. А. Дрягин), редких поражений аорты, расслаивающих аневризм ее (Л. М. Рахлин, В. Н. Смирнов, Б. С. Максудов), абсцессов миокарда (В. Н. Смирнов), полисерозита сифилитического происхождения (А. Г. Терегулов) и другие многочисленные казуистические сообщения на страницах Казанского медицинского журнала, в заседаниях научных обществ демонстрируют освоение старого наследства в новых условиях, одновременно с разработкой новых проблем. Р. А. Лурия и Л. И. Виленский в предвоенные годы опубликовали обобщенное всю мировую литературу наблюдение об аллергическом генезе пароксизмальной тахикардии. И. П. Васильев, отмечая учащение эмболий и тромбозов, связывает это с увлечением внутривенным введением лекарств. Сифилитические поражения сердца и аорты стали предметом специального изучения в клинике Р. А. Лурия. «Участие сердца» в клинике острого гепатита с электрокардиографическими симптомами как гнездного, так и диффузного характера исследовано в клинике Р. И. Лепской. В сообщениях Т. Б. Киселевой и М. Г. Денисовой, Э. А. Озола, Л. А. Лушниковой, Л. И. Узбековой, Е. С. Сигала и др. находят свое отражение своеобразные проявления ранений сердца с атриовентрикулярными нарушениями проводимости, особенности картины мерцания предсердий различного происхождения, вопросы терапии глюкозидами больных мерцательной аритмией, фонографические соотношения при поражениях сердца с анализом природы тон и т. д.

Создание в Казани в последние годы отдельного конструкторского бюро по разработке газоаналитической аппаратуры (гл. инженер М. И. Абдрахманов) позволило вооружить лечебные учреждения отечественной техникой для современного исследования функции внешнего дыхания. В частности стало возможным изучение кардиопульмональных соотношений и координации гемодинамики и внешнего дыхания (А. Г. Терегулов, Д. А. Валимухаметова, Р. Ш. Абдрахманова, Л. М. Рахлин, К. А. Маянская, В. М. Андреев, Н. Н. Шаршун). Доклады на эти темы заняли солидное место в программах двух конференций по вопросам газового анализа в медицине и физиологии, созданных в Казани, и были представлены и на центральных форумах.

Послевоенные годы характеризуются широким фронтом клинических исследований по актуальным вопросам современной ангиокардиологии. Углубленно разрабатывается проблема атеросклероза и коронарной недостаточности. В последние годы ей были посвящены три конференции. Изучаются гуморально-эндокринные и биохимические сдвиги в патогенезе разных форм атеросклероза в эксперименте и клинике, биохимический синдром атеросклероза, функциональное состояние гипоталамической области, новые методы терапии, сочетание с различными заболеваниями, эпидемиология инфарктов миокарда и судьба больных по данным городского района, особенности клиники и патогенеза инфаркта миокарда у молодых, антикоагуляционная терапия и состояние системы свертывания крови и т. д. (А. Г. Терегулов, Л. М. Рахлин, З. И. Малкин, В. Е. Анисимов, Л. А. Лушников, В. Ф. Богоявленский, В. А. Ломакина, М. Г. Денисова, Ф. Ф. Кильматова, Ф. Т. Красноперов, Е. С. Воробьева, В. Н. Смирнов, Д. К. Ходжаева, И. Г. Салихов, Г. Г. Непряхин, А. А. Ахметзянов, Р. Х. Бурашова, И. П. Арлеевский, С. И. Щербатенко, М. И. Когурова, С. И. Чижевская, Д. М. Зубаиров, А. Ю. Ратнер, Б. З. Аккерман).

Вопросы, связанные с применением гормональной терапии при лечении больных с декомпенсацией сердца, получили отражение в исследованиях З. И. Малкина и А. Г. Ибрагимовой.

В изучение отдельных аспектов природы атеросклероза включились и физиологи (Д. И. Малкина и В. А. Котов, И. Х. Канцеров), показавшие изменения реактивности сосудистой стенки при экспериментальной гиперхолестеринемии и коррелятивные соотношения в сдвигах, характеризующих липидные нарушения при воспроизведении атеросклероза и состояния аутоенсибилизации.

Клиники В. И. Катерова, Р. И. Лепской, З. И. Малкина, Г. З. Ишмухаметовой в послевоенные годы продолжали разработку проблемы артериальных гипертоний и гипертонической болезни, начатую еще С. С. Зимницким. Изучался обмен натрия (Р. Х. Бурашова, В. И. Патрушев), баланс электролитов вообще и влияние специальной бедной натрием диеты (Г. З. Ишмухаметова, С. У. Бакирова, Г. В. Кичеева), седативная терапия (Н. К. Соколова), дифференциация артериальных гипертоний и их распространение среди рабочих и служащих предприятий Казани (Ф. Ф. Кильматова, С. Г. Ключарева, С. Ф. Ахмеров, М. Г. Галеева).

В патологии сосудистого тонуса привлекли внимание и артериальные гипотонии различного происхождения, явившиеся темой исследований Ю. Д. Романова, Л. М. Рахлина и др. Изучению заболеваний сосудистой системы большую пользу оказали созданные Г. С. Литвином приборы для электронной «точечной» плетизмографии в сочетании с телевизионной капилляроскопией в ультрафиолетовом свете с фоторегистацией в избранные моменты. Эта аппаратура приблизила нас к пониманию процессов микроциркуляции при различных поражениях сосудистой стенки (Г. С. Литвин, Л. М. Рахлин, Л. А. Лушников, Ф. Ф. Кильматова, Л. С. Рыбакова).

В широком плане, особенно в послевоенные годы, велись исследования по ревматизму. Патогенез, клиника и терапия ревматизма, распознавание поражений мышцы сердца, эпидемиология, эффективность разных методов профилактической терапии, система диспансерного наблюдения изучались в терапевтических и педиатрических клиниках, клиниках болезней ушей, горла и носа с широким вовлечением врачей практических учреждений здравоохранения. Проблема ревматизма является центральной в работе кафедр, возглавляемых З. И. Малкиным, его учеником С. И. Щербатенко, клиник Р. И. Лепской, Е. М. Лепского, В. К. Меньшикова, Н. Н. Лозанова, Л. М. Рахлина. Результаты многочисленных исследований по проблеме ревматизма были предметом сообщений на съездах, конференциях и заняли весьма солидное место в работе общества терапевтов. Как показал опыт проведения последовательной противомикробной и противоревматической профилактической терапии, у ревматиков в условиях диспансеризации уже через год можно добиться значительного улучшения с эффективным сокращением потерь по временной нетрудоспособности.

Если раньше в разработке проблем кардиологии участвовали преимущественно терапевты и педиатры, то в послевоенные годы в решение их включились и хирурги. Развернутые в Казани кардиохирургические клиники (Н. П. Медведев, А. О. Лихтенштейн) и их коллективы стали базой не только для хирургической помощи сердечным больным, но и для исследовательской деятельности в физиологии и патофизиологии сердца, разработки методов диагностики. Кардиохирургия поставила новые задачи и перед терапевтами, рентгенологами, физиологами, фармакологами. В настоящее время исследовательская работа в области кардиологии ведется не только в стенах лабораторий и клиник высших учебных заведений, но и в оснащенных современной аппаратурой лечебных учреждениях города и районных центров ТАССР (Бугульма — Е. С. Сигал, Зеленодольск — О. М. Стрелкова, Чистополь — А. А. Иванов и др.).

В борьбе с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, в изучении их распространения и природы, изыскания новых, более эффективных мер помощи больным необходим труд представителей разных отраслей медицины. «Стык на флангах» и единый фронт теоретиков и клиницистов многих специальностей, помощь инженеров и математиков осуществляются научным кардиологическим обществом, объединяющим всех вокруг единой задачи.

К 50-летию Великой Октябрьской революции казанская кардиологическая школа, имеющая славные традиции, приходит неизмеримо более широким фронтом по сравнению с тем, что было ранее. Увеличились и задачи, стоящие перед современной кардиологией. Но пройденный путь не оставляет сомнений в том, что эти задачи будут решаться и в Казани, одном из старых традиционных центров медицинской науки. Для этого есть все основания.

УДК 617.3—616—001

ОРТОПЕДИЯ И ТРАВМАТОЛОГИЯ В ТАТАРИИ К ПЯТИДЕСЯТИЛЕТИЮ СОВЕТСКОЙ ВЛАСТИ

Л. И. Шулюк

(Казань)

50-летие Великой Октябрьской революции Татарская республика встречает большими успехами в области здравоохранения. Высокое развитие, в частности, получили травматология и ортопедия.

Академическое существование ортопедии и травматологии в Казани началось с 1920 г., когда несколько ранее (1918 г.) организованное проф. М. О. Фридландом протезное учреждение с ортопедическим стационаром на 40 коек вошло в качестве кафедры ортопедии в состав созданного ГИДУВа. (Это, по-видимому, первая такая кафедра после революции.)

Будучи вначале исключительно лечебным учреждением, обслуживающим в основном инвалидов, ортопедическая клиника ГИДУВа в дальнейшем принимает на себя учебные и научные функции, а в контингенте лечащихся увеличивается число больных с ортопедическими деформациями. Спустя ряд лет на ортопедической кафедре организуется преподавание для студентов медицинского института.

Вначале штат кафедры состоял из пяти врачей (зав. кафедрой — М. О. Фридланд, ассистенты Е. И. Алексеева, Н. Д. Киптенко, ординаторы Н. А. Герасимова, П. А. Никифоров). На небольшой коллектив легла вся организационная работа по созданию кафедры. В дальнейшем здесь работали Н. В. Завьялова, А. Г. Тихонов, В. М. Тихонов, Р. А. Вяселев, В. Ф. Никитина, Г. С. Самойлов, Л. И. Грубер, С. С. Лылова, а после войны — А. Л. Латыпов, А. А. Румянцева, Н. З. Ваганова и другие. В

декабре 1936 г. проф. М. О. Фридланд был переведен в Москву, и заведующим кафедрой был избран автор настоящей статьи.

Богатая эрудиция, исключительная энергия и высокая творческая активность заслуженного деятеля науки РСФСР проф. М. О. Фридланда, сумевшего мобилизовать силы всего коллектива, позволили кафедре уже в ближайшие годы занять видное место среди аналогичных учреждений страны.

В первое десятилетие существования кафедры основным контингентом являлись ортопедические больные, а научные работы касались главным образом изучения этиологии, патогенеза и лечения при врожденных деформациях, плоскостопии, костном туберкулезе и других заболеваниях опорно-двигательного аппарата.

В начале второго десятилетия работы кафедры в связи с развитием промышленности в Татарии сотрудники кафедры стали заниматься и травматологией. В этот период устанавливается контакт с Институтом научной организации труда, изучаются условия работы на меховых фабриках и в лесной промышленности. На основании полученных материалов разрабатываются меры по профилактике травматизма у рабочих этих отраслей труда.

С 1937 г. четко обозначается травматологическое направление работы кафедры. При ней организуется травматологический пункт с круглосуточным дежурством врачей-травматологов; в программу лекций врачам и студентам вводится больше тем по травматологии. В экспериментально-протезной мастерской кафедры создается новая аппаратура для лечения больных с переломами и последствиями травм опорно-двигательного аппарата.

Учитывая значительную потребность в ортопедо-травматологических кадрах, кафедра ортопедии ГИДУВа в предвоенные годы проводит 3—4-месячные циклы усовершенствования врачей по ортопедии и травматологии. Количество курсантов на этих циклах растет из года в год. За время существования кафедры усовершенствовалось по ортопедии и травматологии более 9 тыс. врачей.

Основные принципы и методы лечения при повреждениях опорно-двигательного аппарата, разработанные кафедрой, были широко использованы в годы Великой Отечественной войны. Почти все сотрудники кафедры в это время занимали ведущие места во фронтовых медицинских учреждениях и в эвакуационных госпиталях Татарии (Г. А. Никифоров, Г. С. Самойлов, В. М. Тихонов, Н. В. Завьялова, Л. В. Грубер, С. С. Лылова, В. Ф. Никитина и др.). Руководитель кафедры проф. Л. И. Шулутко с 1942 по 1947 г. был главным хирургом госпиталей Наркомздрава Татарии.

По окончании Великой Отечественной войны необходимо было организовать восстановительное лечение инвалидов войны. В связи с этим был создан ряд научно-исследовательских институтов ортопедии и восстановительной хирургии, среди них и Казанский институт, который начал работу с 1/XII 1945 г. (директор проф. Л. И. Шулутко, а с 1960 г. — ст. научн. сотр. У. Я. Богданович). С этого времени открывается второй этап развития ортопедии и травматологии в Татарии, кафедра базируется на стационаре института. На институт было возложено организационно-методическое руководство постановкой ортопедической и травматологической помощи, научная разработка методов лечения инвалидов Отечественной войны.

Свою работу институт травматологии и ортопедии совместно с кафедрой повел в трех направлениях: научно-исследовательском, лечебном и организационном. Параллельно разработке специальных клинических тем сотрудники института занялись выполнением тем по пограничным теоретическим проблемам.

Среди инвалидов Отечественной войны имелось значительное количество больных, страдавших хроническим огнестрельным остеомиелитом и трофическими язвами. Группой сотрудников была проведена большая работа по исследованию и лечению больных остеомиелитом. У них определены резкие нарушения обменных процессов, изменение уровня белков плазмы в сторону гипопротеннемии, сдвиги в структуре белковых фракций (докторская диссертация Л. С. Черкасовой).

Д. А. Шейх-Али выяснила, что среди осложнений у этих больных амилоидоз почек занимает первое место, а выявить его в ранней фазе возможно при помощи проб Бенхольда.

В результате изучения клиники огнестрельного остеомиелита была разработана классификация остеомиелита, отражающая этиологию процесса, его фазу, течение и локализацию; была предложена форма динамической гемограммы; проба на проницаемость раневого барьера с метиленовой синью, которая у ряда больных может облегчить выбор правильного метода лечения (докторская диссертация Э. Я. Ширяк); способ пломбировки остаточной полости сухой плазмой.

Ортопеды и травматологи Татарии внесли существенный вклад в развитие своей отрасли науки в СССР. Они приобрели известность разработкой новых методов оперативного и консервативного лечения при переломах, сколиозе, костных опухолях и др.

Клиницистами предложены аппараты для репонирования отломков при переломах костей предплечья и плечевой кости, вывихах и переломах пальцев (Ф. Ф. Сафин, Х. С. Рахимкулов, А. А. Крылов). Сконструированы и внедрены в практику приборы, облегчающие проведение операций остеосинтеза при переломах диафиза и шейки бедренной кости (Ф. С. Юсупов, Д. Г. Тахавиева, А. Ю. Подвальный, У. Я. Богданович).

Г. С. Самойлов разработал оригинальный метод замещения раздробленного надколенника, А. А. Румянцев — ряд методов артродезирования тазобедренного сустава,

Л. В. Грубер — метод кожной пластики «ускоренным» стеблем. Сконструирован эргограф, помогающий оценить динамику восстановления функции при повреждениях предплечья и кисти (А. Ю. Подвалный, Г. С. Литвин и Л. И. Ципоркин). Предложена классификация методов интрамедуллярного штифтования, разработаны показания, дан разбор ошибок и осложнений при этих операциях (Л. И. Шулутко).

Д. Г. Тахавиева, И. Г. Гусева и С. А. Юналеева усовершенствовали и успешно применили методику консервативного лечения при компрессионных переломах позвоночника.

Комплекс новаторских предложений (Ф. С. Юсупов, А. А. Крылов), реализованных при оперативном лечении больных с переломами костей, позволил значительно улучшить исходы этих операций.

Коллективно разработана весьма важная для практических врачей таблица сроков гипсовой иммобилизации при переломах костей.

Опыт института по костной пластике и история этого вопроса освещены в кандидатской диссертации У. Я. Богдановича. В докторской диссертации Т. П. Завьяловой проанализирован большой материал по лечению детей с переломами костей верхней и нижней конечностей. Это позволило внести ряд новых предложений в методику лечения, сократить его сроки и улучшить результаты.

А. Л. Латыпов предложил новый раздвижной щит, обеспечивающий надежное и эффективное вытяжение при лечении детей со сколиозами. Им же модифицирована методика бескровного вправления врожденного вывиха бедра.

Л. И. Шулутко разработал новую этиологическую и клиническую классификацию сколиозов, а также новый метод оперативного лечения при этой тяжелой деформации позвоночника.

Н. А. Герасимова собрала весьма ценные материалы о преобразовании культей нижних конечностей после ампутации в детском возрасте.

Выводы из научных работ коллектива кафедры и института, как и новые достижения отечественной ортопедии и травматологии, активно внедрялись в лечебную практику. За истекший период на стационарном лечении было более 65 000 больных; проведено более 40 000 операций. В поликлинике института получили консультацию и помощь более 250 000 чел.

Травматологический пункт института, который начал прием с 1948 г., оказал срочную помощь более 100 000 пострадавших.

Интересно познакомиться и с исходами лечения контингентов тяжелых больных. В первые годы процент выписывающихся с выздоровлением и улучшением равнялся 81—85, а за последние годы он превышает 90. Смертельные исходы среди поступавших к нам больных находятся в пределах 1%. В этой группе — в основном тяжелейшие травмы, новообразования головного и спинного мозга, далеко зашедшие формы эндартериита.

Важной задачей кафедры и института является подготовка кадров ортопедов-травматологов. Она велась главным образом путем привлечения способной молодежи в клиническую ординатуру, которую окончило более 60 врачей. Часть из них работает в г. Казани и районах Татарии (Е. Г. Антонова, В. Н. Белогорская, А. Л. Гиммельфарб, И. И. Куйбыда, В. С. Муругов, З. Г. Юдкевич, В. Л. Шаповалова, Л. Максимова), другие возглавляют ортопедо-травматологические отделения в ряде республик и областей РСФСР (А. П. Чулков, Н. А. Ананьев, А. А. Краюшкина, И. Н. Никандров, О. А. Прохоров, П. М. Шевчук и др.).

Ординаторы, проявившие склонность к научно-исследовательской работе, были оставлены в институте и в короткий срок выросли в зрелых научных работников.

Кроме того, подготовка кадров проводится на рабочих местах, семинарах, декадах.

Значительная работа, особенно в первые годы существования института, была проведена организационно-методическим отделом (проф. Т. Д. Эпштейн, канд. мед. наук Я. И. Гарнопольский). Сотрудникам этого отдела пришлось проявить большую настойчивость при проведении учета инвалидов Отечественной войны, организации их планового лечения, контроле работы специальных госпиталей и т. д.

Наряду с этим травматологами Татарии весьма активно проводилась разработка вопросов профилактики травматизма. Изучался травматизм в сельском хозяйстве, в лесной и нефтяной промышленности, а по г. Казани — бытовой, транспортный, детский и травматизм в промышленности. Если вначале изучение основывалось лишь на анализе материалов травматизма, то в последние годы оно было дополнено объективными данными исследования физиологических сдвигов, наступающих во время работы у буровиков, трактористов и у рабочих лесной промышленности. В результате были намечены рациональные мероприятия, которые дали положительный эффект в борьбе с травматизмом.

За годы Советской власти в Татарии воспитаны квалифицированные ортопеды-травматологи из коренной национальности (кандидаты мед. наук Д. Г. Балтанова-Тахавиева, У. Я. Богданович, Ф. С. Юсупов, Д. Л. Акбердина, С. Г. Тинчурин, Ф. Ф. Сафин, Х. С. Рахимкулов, а также Г. М. Михайлова и С. А. Бикчурин), успешно ведущие лечебную и научно-исследовательскую работу.

Научные сотрудники кафедры ортопедии и травматологии ГИДУВа и Казанского института травматологии и ортопедии, врачи-ортопеды ТАССР горды сознанием того,

что они служат народу, осуществляют высокогуманные задачи квалифицированной помощи в несчастных случаях, в деле восстановления трудоспособности пострадавших, борются за устранение врожденных деформаций, за ликвидацию травматизма.

Успехи в развитии ортопедии и травматологии в Татарии оказались возможными вследствие благоприятных условий, которые создаются благодаря вниманию и помощи со стороны партийных и советских органов республики.

Ортопеды и травматологи Татарии не переоценивают своих достижений, хорошо знают свои ошибки и недостатки, принимают меры к их устранению, чтобы в дальнейшем добиться новых успехов и внести достойный вклад в советскую медицинскую науку и в практику здравоохранения.

УДК 616—053.2

К ИСТОРИИ СТАНОВЛЕНИЯ ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ в г. КАЗАНИ

Ю. В. Макаров, Г. А. Макарова и Р. И. Еникеева

(Казань)

Одной из важнейших задач, стоявших перед партией большевиков после Великой Октябрьской социалистической революции, было раскрепощение женщины и связанное с этим создание социалистической охраны матери и ребенка.

Вскоре после установления Советской власти был образован Наркомат государственного призрения с Отделом охраны материнства и младенчества. 28 декабря 1917 г. был издан декрет, в котором нашли отражение все основные задачи советской охраны материнства и младенчества, реализованные в дальнейшем в законодательном порядке и путем организационных мероприятий. В 1920 г. по указанию В. И. Ленина охрана материнства и младенчества перешла в ведение Наркомздрава.

Большую помощь в организации обслуживания детей оказывали женотделы при комитетах партии.

В Казанском губернском отделе здравоохранения в 1918—1919 гг. работали по охране материнства и младенчества выделенные женотделом тов. М. П. Якубовская, Е. Г. Гавриленко, в отделе социального обеспечения по обслуживанию несовершеннолетних — А. А. Пахитонов.

В первые годы Советской власти неотложной задачей Партии и Правительства было сохранение жизни и здоровья огромного количества женщин-матерей и детей, оказавшихся в тяжелых жизненных условиях. Об этом свидетельствуют декреты, подписанные В. И. Лениным, — «Об усилении питания детей», «О фонде детского питания» (1918 г.), «Об учреждении Совета защиты детей» (1918 г.), «О бесплатном детском питании» (1919 г.). В 1921 г. была учреждена «Комиссия по улучшению жизни детей и по борьбе с детской беспризорностью», которую возглавлял Ф. Э. Дзержинский.

Татария переживала в это время те же трудности, что и большинство других областей Советского Союза. Положение здесь еще больше ухудшилось в 1920—1922 гг. в связи со стихийным бедствием — неурожаем, охватившим Поволжье.

В Казани была создана, по образцу центральной, «Комиссия по улучшению жизни детей», в состав которой вошли представители органов здравоохранения, просвещения, обкома партии, женотдела, комсомола, профсоюзов. Председателем был тов. Ганеев. Такие же комиссии были организованы в кантонах Татарии. Ф. Г. Мухамедьяров (впоследствии Нарком здравоохранения ТАССР и профессор), заведовавший в то время отделом матмлада Татнаркомздрава, был назначен представителем центральной комиссии и снабжен особыми полномочиями. Члены комиссии провели на местах большую работу по обеспечению и организации питания детей, по использованию соответствующей помощи Запорожья и зарубежных рабочих — «Межрабпомгола», по эвакуации более 10 000 детей Татарии в урожайные губернии, а в дальнейшем — по их реэвакуации.

Для обеспечения питания детей раннего возраста были созданы отдельные питательные пункты, которые впоследствии были превращены в консультации для детей раннего возраста. Большая работа была проведена сотрудниками Наркомпроса и Наркомздрава по развертыванию детских домов, медицинскому осмотру детей, выделению нуждающихся в госпитализации и направлению их в больницы.

К 1920 г. было открыто 24 детских дома. В развертывании детских учреждений принимали активное участие депутаты Казанского Совета, входившие в секцию здравоохранения, — П. А. Ванюкова (бывшая заведующая женотделом), С. Л. Вайнштейн, В. Н. Лобова, Е. Г. Левина, врачи М. П. Жаков, З. А. Тихомирова и др.

В 1917 г. доктор Е. М. Лепский взял на себя заведение ранее принадлежавшим губернскому земству «сиротским домом» с «люлечным отделением» и занялся его реорганизацией. Вместо «люлечного отделения» им был организован дом младенца, в ко-

тором были предусмотрены все условия для детей раннего возраста: была открыта образовательная молочная кухня, велась подготовка персонала, причем сам Е. М. Лепский регулярно проводил обходы детей и занятия с медсестрами по уходу за детьми. В налаживании работы вновь открываемого детского учреждения большое участие принимала старшая сестра М. И. Лебедева. В июле 1918 г. в Казани на II съезде медицинских работников Казанской губернии Е. М. Лепский сделал доклад «О призерии подкинутых детей в Казани и Казанской губернии». Его предложения по реорганизации сиротского дома, частично уже реализованные, были одобрены. В Казани был создан первый дом младенца современного типа, который в 1920 г. был передан из Отдела труда Комиссариата социального обеспечения в ведение Наркомздрава Татарской АССР.

Вскоре были открыты еще 4 дома младенца (ребенка). Однако к осени 1922 г. в связи с улучшением продовольственного положения и повышением жизненного уровня в Татарии отпала надобность в столь широкой сети таких учреждений. По предложению Е. М. Лепского вместо 5 существовавших домов ребенка был создан один Центральный дом охраны материнства и младенчества с отделениями не только для детей, но и для беременных и кормящих матерей; при доме были организованы детская и женская консультации, молочная кухня, изолятор и т. д. Главным врачом этого учреждения была назначена М. Н. Небытова-Лукьянчикова.

Благодаря настойчивому ходатайству Е. М. Лепского, в с. Ключищи на Волге был открыт филиал Дома охраны материнства и младенчества, куда в зимнее время направлялись дети с туберкулезной интоксикацией, а летом — все дети с 10—12-месячного возраста. С 1930 г. главным врачом дома охраны материнства и младенчества был В. М. Федоров, который сумел сделать его методическим центром, объединявшим вокруг себя всех врачей, занятых на работе в городских учреждениях ОММ.

Заведая домом ребенка, Е. М. Лепский принимал самое активное участие в организации системы охраны матмлада в г. Казани — сначала (1917—1918 гг.) в качестве неофициального консультанта, а с 1919 г. — заведующего подотделом охраны материнства и младенчества Губздрав, затем Наркомздрава. Это было время формирования различных учреждений, обслуживающих детей раннего возраста. Еще не было руководств и инструкций по организации таких учреждений, в Губздраве и Наркомздраве, кроме Е. М. Лепского, не было работников со специальным образованием. Е. М. Лепский провел большую методическую работу, составил много инструкций, разработал планы по проведению занятий с медицинскими сестрами детских учреждений. Он систематически инструктировал врачей яслей и других детских учреждений, большинство которых работало по совместительству и не имело хорошей подготовки по педиатрии и навыков в обслуживании детей.

В 1919 г. по поручению Губздрав Е. М. Лепский организовал детскую больницу по образцу лучших детских клиник того времени: при ней была открыта молочная кухня, постепенно развертывались клиническая, биохимическая, бактериологическая лаборатории, создавались условия для экспериментальных работ. При клинике была открыта детская консультация, впоследствии было развернуто отделение для недоношенных детей. В 1921 г. вновь организованная больница вошла как детская клиника в состав ГИДУВа.

Много труда вложил Е. М. Лепский в подготовку сестринских кадров, в налаживание всей работы нового детского учреждения; хорошим помощником ему и здесь была старшая сестра М. И. Лебедева, работавшая до этого в доме младенца; она и сейчас работает на своем посту. Плохо было во вновь открытой больнице с врачами. Штатным врачом была лишь Е. К. Ариштейн. Е. М. Лепский, находившийся на военной службе, делал обходы больных в детской больнице по вечерам. Постепенно на эти обходы стали приходить врачи, работавшие в различных детских учреждениях и искавшие возможность увеличить свои познания по педиатрии. Лишь в январе 1921 г. Наркомздрав направил для работы в детской больнице 3 врачей-выпускников Казанского университета, только что получивших врачебные дипломы: Ю. В. Макарова, Е. П. Кревер, которые вскоре были зачислены ординаторами детской клиники ГИДУВа, и Голубцову. Несколько раньше была зачислена ординатором демобилизованная из Красной Армии М. Н. Небытова-Лукьянчикова (в 1930 г. она уехала из Казани и впоследствии стала профессором Ленинградского педиатрического института).

Вечерние обходы Е. М. Лепского привлекали все больше врачей. По их просьбе Е. М. Лепский стал читать лекции по некоторым разделам педиатрии (по детскому туберкулезу и др.). В связи с нуждой во врачах для детских учреждений в клинике было начато усовершенствование сверхштатных ординаторов (экстернов), число которых быстро росло. Одновременно увеличивалось и количество врачей, командированных Наркомздравом для усовершенствования по педиатрии.

В удостоверении, подписанном Наркомом здравоохранения ТАССР Ф. Г. Мухамедьяровым (№ 7724 от 28/1 1927 г.), подчеркивается, что за время работы Е. М. Лепского в должности заведующего подотделом охраны матмлада была развернута основная городская сеть учреждений матмлада и что, «перейдя на положение консультанта, Е. М. Лепский принимал активное участие в проведении всех мероприятий в этой области как по линии общественной, так и специального характера».

В развитии дела охраны материнства и детства в Казани значительная роль принадлежит Рабиге Шакуровне Аминовой. В течение 25 лет она с неослабевающим энту-

знанием и творческим подходом вела в Казани работу по созданию социалистической системы детского здравоохранения и повышению его уровня. Р. Ш. Аминова была первым врачом, работавшим в Казани на должности начальника отдела детства, ее предшественники были не врачи, а лица с администраторским опытом, занимавшиеся главным образом вопросами снабжения детских учреждений и выполнением отдельных указаний вышестоящих организаций. Анализ деятельности отдельных учреждений не проводился, не изучались заболеваемость и смертность детей. С большой настойчивостью Р. Ш. Аминова внедряла научный подход в организацию работы детских учреждений, проводила принцип распределения средств и кадров исходя из численности детского населения, обслуживаемого детским учреждением; требовала от учреждений целенаправленности и плановости, вытекавших из состояния заболеваемости и смертности, а также из показателей физического развития детей; добивалась их улучшения. Р. Ш. Аминова проводила объединение консультаций и поликлиник, создание новых объединений в отдаленных пунктах города и организацию систематического и обязательного повышения квалификации кадров всеми известными способами.

В годы Великой Отечественной войны казанские педиатры, работой которых руководила Р. Ш. Аминова, успешно справились с трудностями, возникшими в связи с прибытием больших контингентов эвакуированных детей. Была развернута дополнительная сеть домов ребенка, многие ясли перешли на круглосуточную работу, некоторые — на удлинённый рабочий день.

Несмотря на большую нагрузку, райпедиатры и главные врачи ни на один день не прекращали изучения заболеваемости и смертности детей и своевременно принимали меры при выявленном неблагополучии. Благодаря оперативному руководству отдела детства и самоотверженной работе казанских педиатров заболеваемость и смертность детей в г. Казани продолжали снижаться и в военные годы; не было и больших всплесков инфекционных заболеваний.

УДК 614.2—616—053.2

ОХРАНА МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА В ТАССР

Е. И. Курицина, А. А. Баранов и В. Ю. Альбицкий

(Казань)

До революции специального медицинского обслуживания женщин и детей не существовало. Медицинская помощь им оказывалась в общей сети лечебных учреждений. В бывш. Казанской губернии было всего 399 врачей, из них в сельской местности — лишь 38. На 10 000 населения приходилось 1,4 врача (без зубных). В настоящее время в ТАССР только в системе охраны материнства и детства насчитывается 842 педиатра и 371 акушер-гинеколог (свыше 90% из них женщины и более 30% — татарки). За годы Советской власти в Татарии 19 педиатрам и акушерам-гинекологам присвоено звание заслуженных врачей РСФСР и ТАССР. Участковый педиатр поликлиники № 10 г. Казани Г. П. Смирнова, фельдшер Елховского фельдшерско-акушерского пункта Альметьевского района С. К. Касымов, медсестра Бугульминской детской больницы А. Е. Русачкова и многие другие добились замечательных успехов в борьбе за здоровье женщин и детей.

До революции на территории современной ТАССР свыше 96% родов протекало на дому; имелся один родильный дом в Казани и два родильных отделения — в Чистополе и Елабуге с общим количеством коек 87. Но и в этих учреждениях помощь была малоквалифицированной. Так, в Чистопольском родильном отделении в 1910 г. из 173 родивших женщин 2 погибли от сепсиса, а из 175 родившихся детей было 18 мертворожденных. Даже в Казани, крупном медицинском центре, материнская смертность равнялась 0,3%. Высокой была и смертность новорожденных.

За годы Советской власти стала быстро расти сеть родовспомогательных учреждений. В настоящее время в Татарской республике функционируют 104 женские консультации, 11 родильных домов, 128 колхозных родильных домов, в каждой участковой больнице имеются родильные койки. На 1/1 1966 г. в Татарии были развернуты 2352 родильные койки. Тщательное наблюдение за состоянием здоровья беременных, своевременное выявление и лечение женщин с патологией беременности, квалифицированная родоразрешающая помощь позволили резко снизить материнскую смертность.

О больших успехах в деле охраны здоровья детей в ТАССР свидетельствуют показатели санитарного состояния детского населения республики. Резко снизилась детская смертность. При рассмотрении причин детской смертности обращает на себя внимание значительное снижение ее от желудочно-кишечных заболеваний (более чем в 30 раз за последние 30 лет). Во многих районах республики в 1965 г. вообще не зарегистрировано ни одного случая смерти детей первого года жизни от желудочно-ки-

шечных заболеваний. Наступило время поставить задачу ликвидации желудочно-кишечных заболеваний как причины детской смертности.

За годы Советской власти в республике во много раз снизилась заболеваемость острыми детскими инфекциями (корь, скарлатина, коклюш, регистрируются лишь единичные случаи дифтерии). Такие заболевания, как оспа, холера, малярия, полиомиелит, ликвидированы.

Существенные сдвиги произошли в физическом развитии детей. В результате повышения благосостояния народа и условий жизни основные антропометрические показатели детей ТАССР значительно улучшились.

Успехам в деле охраны здоровья детей в значительной мере способствовал быстрый рост сети детских лечебно-профилактических учреждений. До революции в Казанской губернии были всего 2 детские консультации, в настоящее время функционирует 109 детских поликлиник-консультаций. Детские поликлиники работают по участково-территориальному принципу. Количество педиатрических участков в республике возросло со 169 в 1955 г. до 359 в 1965 г., а средняя численность детского населения, обслуживаемого одной поликлиникой, снизилась за это время с 1600 до 1100.

С первых дней жизни ребенок попадает под тщательное наблюдение участкового педиатра и патронажной сестры. Они следят за развитием ребенка, ведут широкую пропаганду за рациональное вскармливание и правильный гигиенический уход за детьми, проводят профилактические прививки. В последние годы в работу детских поликлиник внедрена антенатальная профилактика плода. В 1965 г. матери 74,6% новорожденных были на дорожном патронаже.

Неуклонно растет в ТАССР количество больничных коек для детей, причем темпы роста детских коек выше, чем в общей сети. Так, по сравнению с 1940 г. число коек в ТАССР увеличилось в 2,5 раза, а детских — более чем в 4 раза. Все детские больницы оснащены современной аппаратурой, в них применяют передовые методы диагностики и лечения.

До революции в Казанской губернии не было ясельного обслуживания детей. С первых лет существования Советской власти в ТАССР проведена огромная работа по организации детских яслей. Уже в 1926 г. функционировало 11 постоянных яслей с общим количеством мест в них 330. В настоящее время в республике работает 289 яслей, в том числе на селе 138, с общим количеством мест 17 165 (1965 г.).

Ярким примером заботы Партии и Правительства о детях является организация санаторной помощи. В 1966 г. в санаториях лечились 616 детей из Татарии, из них 113 в здравницах Крыма и Кавказа, о чем не могло быть и речи в царской России. 82 376 детей отдыхали в пионерских лагерях. В республике создаются колхозные пионерские лагеря. Так, на протяжении ряда лет работает пионерский лагерь в колхозе «Путь к коммунизму» В.-Услонского района. Он прекрасно оборудован, дети колхозников отдыхают в нем бесплатно.

Успехам в охране материнства и детства в республике способствовала значительная помощь практическому здравоохранению со стороны профессорско-преподавательского состава Казанского медицинского института и ГИДУВа. Педиатрические кафедры этих институтов организуют выезды научных сотрудников в города и районы для оказания практической помощи на местах, разрабатывают методические пособия, принимают активное участие в проведении научно-практических конференций.

Большой вклад в дело улучшения здоровья женщин и детей внесли казанские ученые А. Ф. Агафонов, В. С. Груздев, Е. М. Лепский, В. К. Меньшиков, Н. П. Кудрявцева, Ю. В. Макаров, Г. А. Макарова, П. В. Маненков, Х. Х. Мещеров, К. А. Святкина, Н. Е. Сидоров, А. Х. Хамидуллина, З. Н. Якубова и др.

50-летие Советской власти служба охраны материнства и детства ТАССР встречает большими успехами.

УДК 616.284—002—616.284.7—002

ДОСТИЖЕНИЯ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ В БОРЬБЕ С ГНОЙНЫМИ ОТИТАМИ, МАСТОИДИТАМИ И ИХ ОСЛОЖНЕНИЯМИ

В. Н. Акимов

*Кафедра болезней уха, горла и носа (зав. — проф. Н. Н. Лозанов)
Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института
им. С. В. Курашова*

Приближающееся 50-летие Великой Октябрьской социалистической революции побуждает подвести итоги в различных областях медицинской науки и практики.

Яркий пример успешного преодоления больших трудностей на пути от дореволюционной отсталости к современным достижениям советской отиатрии представляет

история борьбы с гнойными отитами, мастоидитами и их осложнениями. В ней можно выделить пять этапов, из которых 1-й охватывает вторую половину прошлого столетия, 2-й — начало нашего века до Великой Октябрьской социалистической революции, 3-й — 20—30-е годы до IV Всесоюзного съезда оториноларингологов (1935), 4-й — с начала широкого применения антибиотиков и сульфаниламидов в конце 30-х до середины 50-х годов; последнее десятилетие можно отнести к современному, 5-му периоду.

Наибольших успехов отечественная оториноларингология достигла в последние 2—3 десятилетия. Эти успехи являются не только результатом развития медицинской науки, но и следствием глубочайших преобразований, планомерно осуществляемых советским народом в процессе строительства социализма и коммунизма под руководством Коммунистической партии Советского Союза. Именно на основе этих социальных преобразований и стало возможным современное развитие советского здравоохранения с его профилактической направленностью и ростом специализированной помощи населению, в частности оториноларингологической.

В конце прошлого века в центральных районах России хроническими гнойными средними отитами по некоторым данным страдало от 15 до 32,5% крестьянского населения [29, 41]. Это можно объяснить не только крайне низким уровнем жизни крестьян в царской России и недостатком медицинского персонала, но и малой эффективностью лечения больных с острыми отитами в тот период [14, 67, 98, 104]. Лишь после Великой Октябрьской социалистической революции положение улучшилось и открылись возможности для профилактики отитов и лечения больных с отитами. Особенно повысилась эффективность этих мер на 4-м этапе развития отиатрии, когда сульфаниламиды, а затем и антибиотики стали широко входить в практику; с этого времени было положено начало нового периода в борьбе с гнойными заболеваниями уха [17, 58, 64, 78]. Однако лечение больных с хроническими гнойными средними отитами как сульфаниламидными препаратами [3, 23, 27, 50], так и антибиотиками [17, 61, 106] оказалось менее успешным, чем лечение больных с острыми отитами. При осложненных же формах хронических отитов, когда имеется кариез, полипоз или холестеатомы, консервативное лечение антибиотиками давало положительные результаты лишь в отсроченных случаях обострения, а не основного процесса. При этом возникала опасность суперинфекции, сенсибилизации к антибиотикам и появления устойчивых штаммов микроорганизмов [60]. Радикальное лечение больных с осложненными формами хронических воспалений среднего уха и в эпоху антибиотиков включает и оперативное вмешательство.

До применения сульфаниламидов и антибиотиков (на 1, 2 и 3-м этапах развития отиатрии) оперативные вмешательства при хронических гнойных отитах производились по типу общеполостной (радикальной) операции и обеспечивали санацию гнойного очага [44, 86, 103]. На 4 и 5-м этапах, т. е. в период расцвета антибактериальной терапии, радикальные операции все шире дополняются различными видами тимпанопластики. Первоначально было предложено пять типов этой операции [111], которые стали применяться не только с целью улучшения слуха, но и для обеспечения лучшей эпидермизации послеоперационной полости. При проверке в отдаленные сроки выяснилось, что тимпанопластика дает положительные функциональные результаты лишь у 20—30% больных; у ряда больных образуются холестеатомы и пр. осложнения [35, 63, 65, 71, 88, 97]. Дело в том, что улучшение слуха зависит не только от самой операции, но и от репаративных способностей организма [96]. Поэтому в борьбе с хроническими гнойными средними отитами следует уделять особенно большое внимание совершенствованию профилактики. Решающую роль в предупреждении гнойных отитов сыграла иммунопрофилактика таких частых причин отита, как корь, скарлатина, что в сочетании с антибактериальной терапией привело к резкому снижению частоты острых гнойных отитов при этих инфекциях. До настоящего времени не теряет своего значения в профилактике отитов борьба с затруднениями носового дыхания, ринитами и синуситами путем удаления аденоидов и хронически воспаленных тонзилл [7, 37, 90]. Из общеукрепляющих мер эффективны закаливание организма [67], нормализация витаминного баланса, десенсибилизация и др. [7, 110].

За годы Советской власти число больных хроническими гнойными средними отитами уменьшилось. Однако за последнее десятилетие темпы снижения несколько замедлились. Так, если к началу 40-х годов частота хронических гнойных средних отитов определялась в 5,2% [26], то в последние годы снизилась всего лишь до 3,5% [25]. Изучение частоты хронических отитов у детей в г. Казани показало, что в 1951 г. их было 2,68%, в 1961 г. — 4,9%. По данным некоторых лечебных учреждений г. Казани острые катаральные отиты встречались в 1959 г. в 9,1%, а в 1960 г. — в 13% [1], то есть отмечается даже некоторое учащение воспалений среднего уха.

Результаты борьбы с воспалительными заболеваниями среднего уха и их последствиями не позволяют еще говорить о возможности их ликвидации в ближайшем будущем. Применение антибиотиков хотя и обеспечило значительный успех в лечении больных острыми отитами, но не исключило возможности перехода острой формы в хроническую. Наблюдается нарастание слабо выраженных, замедленно протекающих форм отитов. Видимо в связи с этим участились и хронические адгезивные процессы в среднем ухе и, как следствие этого, увеличилось число больных со звукопроводящей тугоухостью. Кроме того, некоторые антибиотики, и в первую очередь стрептомицин,

при длительном применении в больших дозах ведут к поражению звуковоспринимающего аппарата по типу неврита [13, 79].

Для предотвращения побочного действия медикаментов нужна разработка более совершенных способов лечения путем введения новых антибактериальных, противогрибковых и противовирусных средств. Для предупреждения же отогенных внутричерепных осложнений по-прежнему необходимо применение при осложненных формах отитов (карлес, холестеатомы, полипоз) хирургических вмешательств в сочетании со слухоулучшающими видами тимпанопластики [24, 40, 66, 79, 88].

Особый интерес представляет развитие борьбы с мастоидитами и внутричерепными осложнениями отитов. Показателем успехов в борьбе с воспалительными заболеваниями уха может служить снижение частоты острых мастоидитов. Об этом свидетельствуют литературные данные, относящиеся ко второй трети текущего столетия (табл. 1).

Таблица 1

Контингент больных	Годы	Частота осложнений в виде острых мастоидитов, %	Авторы
Со скарлатинозными отитами	конец 30-х	20	С. М. Компанеец, 1938 В. А. Кудрявицкий, 1940
		18,7	Г. А. Чернявский, 1937
	1942—1943	10	Е. М. Михайлова, 1950
С острыми средними отитами	начало 30-х	5—10	В. Л. Каневский, 1935 С. М. Компанеец, 1934
	1945—1955	3,8	И. М. Розенфельд, 1960
	к началу 60-х	1,5—2	И. М. Розенфельд, 1960

Снижению мастоидитов способствовали иммунопрофилактика острых детских инфекций и введение сульфаниламидов и антибиотиков.

Результаты лечения больных с острыми мастоидитами также улучшились. При назначении сульфаниламидов было излечено без оперативного вмешательства до $\frac{2}{3}$ больных мастоидитами [58, 78, 85, 95]. Своевременное же введение антибиотиков при чувствительной к ним микрофлоре у подавляющего большинства больных острыми мастоидитами позволило достигнуть излечения без хирургического вмешательства [18, 39, 49, 70].

При деструктивных нагноительных процессах, например при развитии субпериостального абсцесса, оперативное лечение по-прежнему остается незаменимым. В таких случаях сульфаниламиды и антибиотики могут лишь временно сдерживать, но не ликвидировать воспаление [22, 92, 93, 100, 109].

Клиническая картина отитов и мастоидитов в наше время изменилась [11, 34, 36, 59]. По некоторым наблюдениям за годы Великой Отечественной войны и первые послевоенные годы количество мастоидитов с замедленным, вялым течением и невыраженной местной и общей симптоматикой возросло с 19,1 до 30,7% [19], а за период с 1949 по 1951 г. — с 14,8 до 38,7% [74]. По другим данным атипичные мастоидиты встречались в середине текущего столетия в 68% [47], 37% [55]. Это связано, по-видимому, с изменениями реактивности организма (сенсibilизация, аллергия) и свойств возбудителей в результате воздействия на них сульфаниламидов и антибиотиков [7, 60].

Слабая выраженность симптомов и замедленное течение отитов и мастоидитов ведут к поздней диагностике, к снижению внимания к такого рода заболеваниям и со стороны больных, и со стороны врачей, что в свою очередь неблагоприятно сказывается на результатах лечения [11, 12, 19, 49]. Очевидно, особенности симптоматики и течения так называемых «атипичных» форм отитов и мастоидитов требуют от врача постоянной настороженности, активного выявления «стертых» признаков воспаления, применения при малейших подозрениях рентгенографии сосцевидных отростков и др.

Уменьшение частоты и тяжести воспалений среднего уха обусловило снижение отогенных внутричерепных осложнений, о чем свидетельствуют данные отечественных авторов за вторую треть текущего столетия (табл. 2 и 3).

Сульфаниламиды и антибиотики эффективны при острых отитах и мастоидитах лишь в тех случаях, когда еще не развились деструктивные процессы. При наличии же деструкции вероятность возникновения внутричерепных осложнений так же велика, как и в период до внедрения в практику антибиотиков и сульфаниламидов.

Таблица 2

Контингент больных	Годы	Частота внутриче- репных отогенных осложне- ний, %	Авторы
Госпитализированные в оториноларингологические стационары	1947	2,1	Н. Н. Усольцева, 1960
	1954	2,6	М. И. Светлаков, А. А. Кравченко, К. М. Горбачева (1966)
	1963	1,04	М. И. Светлаков, А. А. Кравченко, К. М. Горбачева (1966)
Больные с заболеваниями ушей	1947	4,9	А. С. Токман, 1947
	1953	2	В. А. Кудрявицкий (1953)
С гнойными средними отитами	1937	2—10	Л. Т. Левин (1937)
С острыми и хроническими мастоидитами	1931	10,6	Н. П. Михалкин (1931)
	1949	5	Т. М. Изакович (1949)
	1950	3,1	Ц. А. Рогинская (1950)

Таблица 3

**Частота различных форм внутричерепных отогенных осложнений
по отношению к общему числу больных, прооперированных
в оториноларингологических стационарах по поводу гнойных
воспалений среднего уха**

Осложнение	Годы на- блюдения	Частота осложне- ний, %	Авторы
Менингит	1934	3	С. М. Компанеев (1934)
	1937	2,6	Л. Т. Левин (1937)
	1953	2,3	В. А. Кудрявицкий (1953)
Абсцессы мозга	1937	0,6	Л. Т. Левин (1937)
	1953	0,8	В. А. Кудрявицкий (1953)
Абсцессы мозжечка	1937	0,2	Л. Т. Левин (1937)
	1953	0,6	В. А. Кудрявицкий (1953)
Сепсис и синустромбоз	1931	4,6	П. В. Бауков (1931)
	1937	4,2	Л. Т. Левин (1937)
	1953	4	В. А. Кудрявицкий (1953)

За последние два десятилетия симптоматика отогенного сепсиса, менингита, абсцессов мозга часто не соответствует классическим описаниям конца прошлого и первой трети текущего столетия. Отогенные осложнения с неярко выраженной симптоматикой наблюдались и раньше, но в литературе регистрировались редко, что и послужило основанием относить их к атипичным формам этих заболеваний [36, 48, 91]. В последние же годы все чаще встречаются сообщения о менингитах отогенного происхождения, при которых температура поднимается лишь до 38°. Столь характерное для менингита затемнение сознания выражено слабо; головная боль незначительна и не усиливается от внешних раздражителей (света, звука). Симптомы Кернига, Брудзинского не так ярки [31, 77, 89]. Участились рецидивирующие формы менингитов [84], когда после видимого излечения наступает новая вспышка заболевания [89].

При абсцессах мозга нечеткими стали проявления каждой из четырех стадий [108]. Нередко наблюдается выпадение III, манифестной стадии и непосредственный пере-

ход II, скрытой в IV — терминальную. Общемозговые явления становятся стертыми. Удлиняется течение заболевания. При аутопсии не видно тенденции к инкапсуляции очага нагноения [2, 15, 33, 73, 89].

Чаще встречаются синустромбозы, при которых температура не повышается вообще или же не имеет гектического характера. Болезненность по ходу яремной вены и по заднему краю сосцевидного отростка быстро исчезает или же отсутствует. Количество лейкоцитов в крови нередко остается в пределах нормы. Появление и распространение даже стерильных тромбов в венозных сосудах головного мозга могут привести к отеку мозга, гидроцефалии, негнойным энцефалитам [76, 89, 107].

Вследствие указанных изменений клинической картины возникают диагностические затруднения и ошибки, что и ведет к запоздалому оперативному вмешательству, снижению его эффективности [89, 105].

С конца прошлого столетия до наших дней методы лечения при отогенных внутричерепных осложнениях непрерывно совершенствовались, вследствие чего результаты лечения улучшались. Важнейшим показателем этого может служить снижение смертности от внутричерепных осложнений (табл. 4).

Таблица 4

Контингент больных	Годы	Смертность от внутричерепных отогенных осложнений, %	Авторы
С острыми средними отитами	1937	0,005	П. Г. Лепнев, 1937
С хроническими гнойными средними отитами	1937	0,05	П. Г. Лепнев, 1937
Госпитализированные в оториноларингологические стационары	1931	1,06	П. Д. Був, В. В. Громов, И. Ф. Герасимов, Н. А. Куприянов, 1931
	1953	0,4	В. А. Кудрявицкий, 1953
	1954	0,59	А. Л. Брудный, 1954
Прооперированные по поводу заболеваний ушей	1909	9,5	Л. У. Трофимов, 1909
	1937	4,2	Л. Т. Левин, 1937
Больные с отогенными внутричерепными осложнениями	1907	65—80	Л. Д. Работнов, 1907
	1931	27,5—62	Н. П. Михалкин, 1931
	1937	20,6	Л. Т. Левин, 1937
С отогенным менингитом	1907	100	Л. Д. Работнов, 1907
	1930	83	Е. Л. Шпайер, 1930
	1935—37	65—80	Л. Т. Левин, 1935, 1937
	1950	30	А. М. Натанзон, Г. М. Глушковский, 1950
С отогенными абсцессами мозга и мозжечка	1907	72	Л. Д. Работнов, 1907
	1935—37	65—70	Л. Т. Левин, 1935, 1937
	1950	50	А. С. Токман, 1957
	1951	42,1	А. С. Токман, 1957
	1954	45—50	В. И. Амитин, 1954
	1957	25—50	М. И. Вольфович, 1957
	1957	50	В. О. Калина, 1957
	1966	36,6	М. И. Светлаков, А. А. Кравченко, К. М. Горбачева, 1966
С отогенным сепсисом и синустромбозом	1928	50	Б. С. Иоффе, 1928
	1937	35,9	Л. Т. Левин, 1937
	1955	26	Г. Н. Попова, 1955

В первые же годы применения сульфаниламидов и антибиотиков было достигнуто резкое падение смертности [4, 44]. В последующие годы результаты лечения продолжали неуклонно улучшаться и смертность при отогенных абсцессах мозга упала до 36,6% [73]. При отогенных менингитах смертность снизилась с 60—80% в конце 30-х годов (Л. Т. Левин, 1935, 1937) до 30% в начале 50-х [57].

Таким образом, начиная с 4-го этапа в связи с внедрением в практику сульфаниламидов и антибиотиков было достигнуто значительное уменьшение смертности; однако в последние 10—15 лет летальность снижается не столь быстро. При наличии же у больного одновременно нескольких отогенных осложнений прогноз по-прежнему грозный.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Во второй половине прошлого и начале текущего столетия при лечении больных с острыми и хроническими отитами и мастоидитами, как и с их внутричерепными осложнениями, постепенно начинают применяться не только предложенные в разное время консервативные средства, но и такие оперативные вмешательства, как антроптомия, мастоидотомия, радикальная операция уха и т. д. Однако, несмотря на то, что в этот период отдельными оториноларингологами и хирургами успешно разрабатывались оперативные методы лечения при отитах и мастоидитах, основная масса больных из-за недостатка врачей оставалась без специализированной помощи. При внутричерепных же осложнениях даже вскрытие гнойных очагов редко спасало больных.

В первые годы XX столетия были открыты новые оториноларингологические клиники и кафедры в Петербурге и Москве (1892, 1893), в Саратове (1914) и др. Стали издаваться специальные оториноларингологические журналы: «Вестник ушных, носовых и горловых болезней» (1906), «Ежемесячник ушных, носовых и горловых болезней» (1909). Созывались оториноларингологические съезды: I-й в 1908 г., II — в 1911 г., III — в 1914 г.

Оториноларингологическая помощь населению несколько улучшилась, однако смертность от внутричерепных отогенных осложнений оставалась высокой. Так, от отогенного менингита погибало 100% заболевших, от абсцессов мозга — 72% [68], от сепсиса — до 80—90% [44]. Среди всех же прооперированных по поводу различных заболеваний уха от внутричерепных осложнений погибало 9,5%, т. е. почти каждый десятый больной [83].

После Великой Октябрьской социалистической революции успехам в борьбе с воспалениями среднего уха и отогенными осложнениями способствовало введение оториноларингологии как обязательной для преподавания медицинской дисциплины, создание при всех медицинских институтах кафедр и клиник по болезням уха, горла и носа, организация специальных оториноларингологических институтов, лор-отделений при крупных больницах и т. д. Стали широко проводиться профилактические мероприятия: санация полости носа и носоглотки, энергичное лечение больных острыми отитами. Быстро совершенствовались и расширялись как лекарственные, так и оперативные способы лечения больных острыми отитами и мастоидитами. При осложненных формах хронических гнойных средних отитов стали широко применяться более совершенные санирующие хирургические вмешательства типа радикальной операции с обнажением сигмовидного синуса, твердой мозговой оболочки задней и средней черепных ямок. Смертность от отогенных осложнений снизилась до 62—27,5% [53], 20,6% [44]. Смертность от отогенного менингита снизилась к 30-м годам XX века до 83% [102], 88,3% [6]. От отогенных абсцессов мозга погибало 65—70% больных; от сепсиса и синустромбоза — 36,9% [44], 50% [30]. Можно считать, что итоги этого периода были подведены IV съездом оториноларингологов (1935).

Развитие отиатрии с конца 30-х до конца 50-х годов было несколько задержано Великой Отечественной войной 1941—1945 гг. Однако внедрение антибактериальных препаратов способствовало значительному сокращению оперативных вмешательств при острых воспалительных процессах в среднем ухе. Результаты лечения улучшились. Смертность при отогенных внутричерепных осложнениях резко упала. В предвоенные и военные годы даже при таком тяжелом осложнении, как отогенный менингит, смертность от применения одних лишь сульфаниламидов снизилась до 28,2% [79] — 20%; при сепсисе — до 20% [85], при абсцессах мозга — до 53,4% [31]. Все же общая смертность продолжала оставаться высокой: от отогенных внутричерепных осложнений погибало 50% [57], 38,5% [75], 23,8% [80]. В послевоенный период стали широко применяться хирургические вмешательства в сочетании с антибиотикотерапией; общая смертность от внутричерепных отогенных осложнений упала до 30% [57], от менингитов — до 30% [56], 40% [16], от абсцессов мозга — до 45—50% [4], 25—50% [15], 45,7% [31]. По данным ЛОР-клиники КГМИ смертность в 50-х годах при отогенном менингите определялась в 6,2—14,4%, при абсцессах мозга — в 25,9—26,6%, при сепсисе — в 3,14—6,1%.

Хирургические вмешательства типа радикальной операции уха стали дополняться тимпанопластикой, при адгезивных процессах — мобилизацией слуховых косточек. Итоги этого периода были подведены V Всесоюзным съездом оториноларингологов (1958).

Начиная с 50—60-х гг. текущего столетия стало выясняться, что применение сульфаниламидов и антибиотиков может обусловить и отрицательные последствия. Увеличилось число вяло протекающих форм отитов, мастоидитов и внутричерепных осложнений. Появились воспалительные заболевания среднего уха, вызванные устойчивой к антибиотикам и сульфаниламидам флорой. С антибиотикотерапией может быть свя-

зано и некоторое увеличение числа слипчивых процессов в среднем ухе, ведущих к звукопроводящей тугоухости, и увеличение числа дегенеративных изменений звуковоспринимающего аппарата.

Следует полагать, что и симптоматика, и диагностика могут в дальнейшем меняться под влиянием антибактериальных, гормональных препаратов, проведения иммунологических профилактических и лечебных мероприятий, воздействия химических и радиационных факторов и т. д. В настоящее время изучается роль аллергии в генезе отитов и их осложнений. Дальнейшим этапом развития борьбы с хроническими гнойными средними отитами, по-видимому, должны служить поиски методов профилактики и средств лечения при аллергических заболеваниях.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абукова Р. А. Казанский мед. ж., 1965, 4. — 2. Авророва О. П. Тр. V съезда оториноларингологов, Л., 1959. — 3. Аврунев И. З. Вестн. оторинолар., 1939, 5. — 4. Амитин В. И. Там же, 1954, 1. — 5. Бауков П. В. Сб. тр. Казанск. клиники болезн. уха, горла и носа, вып. II, Казань, Татиздат, 1931. — 6. Бекрицкий А. А. Болезни уха, горла и носа. Научн. тр. клиники МОНИКИ. М., 1951. — 7. Бобровский Н. А. Тез. докл. V съезда оториноларингологов, 1958; Тр. V съезда оториноларингологов, Л., 1959. — 8. Бобровский Н. А., Сахаров П. П. Журнал ушн., нос. и горл. бол., 1964, 6. — 9. Брудный А. Л. Здоровоохр. Киргизии, 1954, 2. — 10. Буев П. Д., Громов В. В., Герасимов И. Ф., Куприянова Н. А. Сб. тр. Казанск. клиники бол. уха, горла и носа. 1931, 1. — 11. Буев П. Д. Вестн. оторинолар., 1939, 5; Журн. ушн., нос. и горл. бол., 1940, 4—5. — 12. Вайнштейн Т. А. Журн. ушн., нос. и горл. бол., 1961, 1. — 13. Великорусова Н. В. Вестн. оторинолар., 1964, 2. — 14. Верховский Б. В. Вестн. ушн., нос. и горл. бол., 1909, янв., март, апрель, май. — 15. Вольфович М. И. Вестн. оторинолар., 1957, 3. — 16. Воячек В. И., Ундриц В. Ф. Там же, 1953, 5. — 17. Воячек В. И. Там же, 1957, 1. — 18. Врублевская А. А., Левин А. З. Сб. тр. Красноярск. мед. ин-та, 1951, II. — 19. Галицкая С. И. Вестн. оторинолар., 1954, 4. — 20. Гаршин М. И. Отогенный менингит. Медгиз, М., 1963. — 21. Гербер В. Х. В кн.: Вopr. отоларингол. дет. возраста. Медицина, М., 1965. — 22. Голубева Т. М., Громов В. В. Сб. тр. врач.-сан. службы Казанск. жел. дор., 1948, 2. — 23. Гольдштейн М. А. Тр. V съезда оториноларингологов, Л., 1959. — 24. Громов В. В., Вертлиб Я. М. Тр. III съезда отоларингол. УССР, 1965, Киев. — 25. Дреннова К. А., Гришин С. И., Мартыненко И. И. и др. Вестн. оторинолар., 1961, 3. — 26. Евстафьева Н. Т., Алукер С. М. Сб. тр. по склероме, Минск, 1940. — 27. Жарковский Г. А. Сб. научн. докл. Казанск. ЛОР-общества, 1946. — 28. Изакович Т. М. Тр. Ижевск. мед. ин-та, 1949, VIII. — 29. Изачик И. С. Ушные болезни в ряду других заболеваний крестьянского населения по данным поголового осмотра. Дисс., Воен.-мед. Акад., 1895, СПб. — 30. Иоффе Б. С. Журн. ушн., нос. и горл. бол., 1928, 5—6. — 31. Калина В. О. Вестн. оторинолар., 1950, 4; Отогенные абсцессы мозга. Медгиз, М., 1957. — 32. Каневский В. Л. Клини. мед., 1935, 2. — 33. Карпова Л. Г. Вестн. оторинолар., 1959, 5. — 34. Катин-Ярцев В. Н. Вестн. ушн., нос. и горл. бол., 1915, декабрь. — 35. Кобрак Г. Р. Среднее ухо. Медгиз, М., 1963. — 36. Коломийченко А. И. Журн. ушн., нос. и горл. бол., 1931, 11—12. — 37. Комендантов Л. Е. Вестн. сов. отоларингол., 1935, 2. — 38. Компанеев С. М. Болезни уха. Госмедиздат УССР, 1934; Журн. ушн., нос. и горл. бол., 1938, 4. — 39. Контор А. А. Сб. научн. тр. врачей Мордовск. АССР. Саранск, 1951. — 40. Короткова Н. К. Вестн. оторинолар., 1964, 2. — 41. Кострицкий Д. П. К вопросу о частоте ушных болезней и глухоты в сельском крестьянском населении по данным поголового осмотра жителей Романовской волости Хотинского уезда Бессарабской губернии. Дисс., Воен.-мед. Акад., 1896, СПб. — 42. Кудрявицкий В. А. Тр. I научн. конф. Башкир. мед. ин-та, Уфа, 1940; Сб. труд. по оториноларингол. Башкир. мед. ин-та, Уфа, 1953. — 43. Кутепов И. П. Журн. ушн., нос. и горл. бол., 1961, 6. — 44. Левин Л. Т. Юбилейн. сборн. 50 лет Ленингр. ГИДУВа, 1935. Хирургические болезни уха. Медгиз, М. — Л., 1937, II. — 45. Лепнев П. Г. Архив совет. отоларингол., 1937, 2. — 46. Луковский Л. А. Журн. ушн., нос. и горл. бол., 1931, 11—12. — 47. Лурье М. С. Тр. Омск. мед. ин-та, 1951, 15. — 48. Любомудров А. Н. Журн. ушн., нос. и горл. бол., 1925, 11—12. — 49. Маломуж Ф. Ф., Маркова В. И. Вестн. оторинолар., 1950, 3. — 50. Мануйлов Е. Н. Сб. научн. раб., посв. XXV-летию леч.-сан. упр. Кремля, 1945. — 51. Мильштейн Т. Н. Тр. Лен. ин-та уха, горла, носа и речи, 1959, XII. — 52. Михайлова Е. М. Тр. Омск. мед. ин-та, 1950, 15. — 53. Михайлин Н. П. Журн. ушн., нос. и горл. бол., 1931, 5—6. — 54. Мишенькин Н. В. Тез. докл. I съезд. отоларингол. РСФСР, 1962; Журн. ушн., нос. и горл. бол., 1964, 4. — 55. Моисеенко А. П. Вестн. оторинолар., 1961, 6. — 56. Натанзон А. М., Глушковский Г. М. Тр. II съезд. отоларингол. УССР, Киев, 1950. — 57. Натанзон А. М. Вестн. оторинолар., 1950, 3. — 58. Огнева Н. Я. Сб. научн. докл. Казанск. ЛОР-общ., 1946. — 59. Паутов Н. А. Журн. ушн., нос. и горл. бол., 1928, 7—8. — 60. Планельс Х. Х., Харитонов А. М. Побочные явления при антибиотикотерапии бактериальных инфекций. Медгиз, М., 1960. — 61. Полунов М. Я. Сов. мед., 1953, 4; Тез. докл. Всесоюзн. конф. отоларингол., М., 1954. — 62. Попова Г. Н. Вопросы

клинич. оториноларингол., Медгиз, М., 1955. — 63. Потапов И. И. Вестн. оторинолар., 1959, 4. — 64. Преображенский Б. С. Сб. научн. тр., посв. XXX-летию леч.-сан. упр. Кремля, М., Медгиз, 1950. — 65. Преображенский Ю. Б. В. орляр., 1961, 4. — 66. Преображенский Н. С., Светлаев А. П. Вестн. оторинолар., 1959, 4. — 67. Преображенский С. С. Тр. X съезда русск. врач. в память Н. И. Пирогова в Москве в 1907 г. СПб, 1907; Вестн. оторинолар., 1925, 1. — 68. Работнов Л. Д. Тр. X съезда русск. врачей в память Н. И. Пирогова в Москве в 1907 г. СПб, 1907. — 69. Рогинская Ц. А. Сб. научн. тр. Киргиз. мед. ин-та им. Фрунзе, 1950, VI. — 70. Розенфельд И. Д. Руковод. по оториноларингологии. Медгиз, М., 1960, II том. — 71. Рутенбург Д. М. Вестн. оторинолар., 1958, 1. — 72. Рутенбург Д. М. Руковод. по оториноларингол., Медгиз, М., 1960, т. II; Журн. ушн., нос. и горл. бол., 1961, 1. — 73. Светлаков М. И., Кравченко А. А., Горбачева К. М. Вестн. оторинолар., 1966, 2. — 74. Семенова Л. П. Вестн. оторинолар., 1953, 1. — 75. Селезнева М. В. Сб. научн. докл. Казанск. ЛОР-общ., 1946, 12—13. — 76. Стариков Г. М. Вестн. оторинолар., 1956, 4. — 77. Стурга М. Д. Сб. тр. Тбилисского мед. ин-та, 1957, 1. — 78. Суперфин М. П. Вестн. оторинолар., 1938, 4. — 79. Темкин Я. С., Нейман Л. В. Вестн. оторинолар., 1940, 4—5. — 80. Терновский В. П. Сб. научн. работ, посв. 100-лет. юбил. Пензенск. обл. б-цы. Пенза, 1946. — 81. Темкин Я. С. Глухота и тугоухость. Медгиз, М., 1957. — 82. Токман А. С. Учет заболеваемости и задачи оргметод-отдела научно-исследовательского института. Материалы по обмену опытом лечебно-профилактического обслуживания населения. Минздрав РСФСР, 1947; Заболеваемость болезнями уха, горла и носа и задачи организации оториноларингологической помощи населению. Автореф. канд. дисс., М., 1957. — 83. Трофимов Н. П. Ежемесячн. ушн., нос. и горл. бол., 1909, 3. — 84. Трутнев В. К., Щербатов И. И. Вестн. оторинолар., 1941, 6. — 85. Трутнев В. К. Сб. научн. докл. Казанск. ЛОР-общ., 1946, 9. — 86. Трутнев Н. К. Вестн. риноларингостатирии, 1927, 2. — 87. Ундриц В. Ф. Сб. труд. Ленингр. ин-та по бол. уха, горла, носа и речи. Л., 1952, X; 1959, XII. — 88. Ундриц В. Ф., Темкин Я. С., Нейман Л. В. Руководство по клинической аудиологии. Медгиз, М., 1962. — 89. Усольцев Н. Н. Вестн. оторинолар., 1959, 4; Руководство по оториноларингол., Медгиз, М., 1960, т. II. — 90. Фельдман А. И. Юбил. сборн. по оториноларингол., посв. проф. А. Н. Зимину. Новосибирск, 1933. — 91. Фельдт А. Вестн. ушн., нос. и горл. бол., 1913, май. — 92. Французов Д. Л. Вестник оторинолар., 1953, 5. — 93. Френкель И. А. Вестн. оторинолар., 1948, 2. — 94. Ханамиров А. Р. Журн. ушн., нос. и горл. бол., 1961, 1. — 95. Харшак Е. М., Мостовой С. И. Тр. II съезда оториноларинг. УССР, Киев, 1950. — 96. Хечинашвили С. Н. Вестн. оторинолар., 1966, 4. — 97. Хилов К. Л. Журн. ушн., нос. и горл. бол., 1960, 5. — 98. Цытович М. Ф. Вестн. ушн., нос. и горл. бол., 1910, декабрь. — 99. Цытович М. Ф. Вестн. риноларингоотатирии, 1931, 1. — 100. Черепанова Е. М. Вестн. оторинолар., 1960, 5. — 101. Чернявский Г. А. Вестн. оторинолар., 1937, 2. — 102. Шпайер Е. Л. Журн. ушн., нос. и горл. бол., 1930, 1—2. — 103. Шпанбок А. С. О трепанации сосцевидного отростка. Дисс., СПб, 1898. — 104. Штейн С. Ф. Ежемесячн. ушн., нос. и горл. бол., 1912, VII. — 105. Щербина Г. В. Журн. ушн., нос. и горл. бол., 1961, 2. — 106. Ярославцев Ю. К. Вестн. оторинолар., 1954, 1. — 107. Götze A. Z. Laryng. Rhinol., 1961, 8, 568. — 108. Körner O. Die otitischen Erkrankungen des Hirns, der Hirnhäute und Blutleiter. IV Auflage, 1908, Wiesbaden, Bergmann. — 109. Morrow R. C. Ann. oto-rhino-laryng., 1958, 67, 1, 41. — 110. Venclick H., Potuznik V., Stary J. Čsl. otolaryng., 1957, 2, 80—82. — 111. Wullstein H. Minerva otorinolaryng., 1960, 10, 5, 150—154; Arch. Otolaryng., 1960, 71, 3, 424—427; 451—453.

УДК 611.714/716—616—073.75

ОСНОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ СОВРЕМЕННОЙ РЕНТГЕНОКРАНИОЛОГИИ

И. Х. Галимов

(Казань)

В течение последних 20 лет ведущей научной проблемой первой кафедры рентгенологии и радиологии Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина является рентгено-краниология и рентгенотерапия заболеваний нервной системы.

Известные советские ученые М. Б. Копылов, Я. И. Гейнисман, Н. Н. Альтгаузен, М. Д. Гальперин, Е. М. Гольцман и др. занимались в основном клинической нейро-рентгенологией, разрабатывали вопросы рентгенодиагностики и рентгенотерапии забо-

леваний нервной системы. М. М. Балтин внес большой вклад в рентгеноофтальмологию. Рентгенологические методы исследования в стоматологической практике представлены в трудах Г. А. Зедгенидзе, С. Г. Симонсона, Р. С. Шиловой-Механик, А. Ю. Депутовича и др. Нормальной рентгеноанатомии черепа и головного мозга уделяли большое внимание Д. Г. Рохлин, В. С. Майкова-Строганова, Н. С. Косинская и др.

Однако вопросы нормальной рентгеноанатомии черепа, рентгенопографии головного мозга и его образований, а также эффективного использования рентгенотерапии при церебральной патологии еще далеки от своего разрешения. Имеется много неясных сторон этой проблемы.

Проф. М. Х. Файзуллин 20 лет назад своими исследованиями заложил начало казанской школы рентгенокраниологии. Он и его ученики провели значительную работу, в которой активно участвуют, помимо сотрудников кафедры, и практические врачи (Ю. Г. Шендрик — г. Куйбышев, В. Ф. Толпежников — г. Рига, И. М. Алеева, Н. Х. Нугаева, А. М. Файзуллин). Итоги изысканий отражены в 5 монографиях М. Х. Файзуллина, в статьях сотрудников кафедры.

Результаты многих исследований доложены на различных международных конгрессах (Венгрия, Чехословакия), всесоюзных и всероссийских съездах и конференциях.

Нормальная рентгеноанатомия мозгового черепа и лицевого скелета разрабатывается на кафедре в возрастном аспекте. В работах М. Х. Файзуллина, И. Х. Галимова, Т. В. Затекиной, Н. А. Хасановой, А. М. Файзуллина описаны особенности рентгенологической картины нормального детского и взрослого мозгового черепа, формы и структуры околоносовых пазух, варианты хиазмальной борозды. Полученные материалы способствовали расширению диагностических возможностей рентгенологического метода в детской неврологии, при патологии sella-турки области и при заболеваниях придаточных пазух носа.

Экспериментальные исследования и клинко-рентгенологические сопоставления, проведенные М. Х. Файзуллиным, Н. П. Субботиным, И. Р. Хабибуллиным, позволили расширить и уточнить наши представления о рентгенопографии головного мозга и его образований. Определение топики пораженного участка головного мозга или локализации внутримозговых инородных включений стало конкретным и эффективным.

Много внимания на кафедре уделяется разработке вопросов рентгенодиагностики воспалительных и опухолевых заболеваний, травматических и огнестрельных повреждений придаточных пазух носа. М. Х. Файзуллиным предложена рабочая рентгенологическая классификация заболеваний околоносовых пазух. С. И. Авдонин, Т. В. Затекина, Ю. Г. Шендрик, М. К. Михайлов, А. Х. Амирова, А. М. Файзуллин своими исследованиями уточнили рентгенологическую картину при патологии околоносовых пазух. Клинко-рентгенологические наблюдения после гайморотомии выявили ряд особенностей послеоперационной рентгеноморфологической картины (А. Х. Амирова). Значение массовых исследований околоносовых пазух для профилактических оздоровительных мероприятий показано в диссертациях С. И. Авдонина и Ю. Г. Шендрика. Интересны экспериментальные исследования по моделированию острых синуситов на собаках (М. К. Михайлов). Монография М. Х. Файзуллина «Рентгенодиагностика заболеваний и повреждений придаточных пазух носа» принята для повторного издания.

Материалы клинко-рентгенологических наблюдений при черепной и церебральной патологии изложены в монографии М. Х. Файзуллина «Рентгенодиагностика повреждений мозгового черепа» (1961) и в подготовленной к печати книге «Рентгенодиагностика опухолей головного мозга». В них отражены как личный опыт автора, так и исследования И. Х. Галимова, Е. И. Чижовой, Я. Б. Миттельберга, Л. И. Никошина. В трудах освещены вопросы теории и практики пневмоэнцефалографии при травматических заболеваниях мозга, подробно изложены краниографические симптомы травм черепа, опухолей головного мозга, дифференциальная диагностика опухолей sellar-турки области и оптикохиазмальных арахноидитов. Установлена закономерность затенения гайморовой пазухи на стороне расположения объемного процесса в головном мозгу. Это может быть использовано как косвенный признак при определении полушарной локализации опухолей (И. Х. Галимов). Динамика рентгеноморфологических изменений ретикулоэндотелиозов после рентгенотерапии освещена в работах Е. И. Чижовой.

Определение внутри- и внечерепной локализации металлических осколков при огнестрельных ранениях головы всегда представляло известные трудности. Эти вопросы подробно изложены в монографии М. Х. Файзуллина «Рентгенологическое определение локализации инородных тел в мозговом и лицевом черепе». В работе убедительно показаны возможности рентгенологического метода для топической диагностики инородных тел. В этой же книге, а также в других трудах монографического характера, обобщающих опыт работы автора в госпиталях в годы Великой Отечественной войны 1941—1945 гг., освещены вопросы рентгенодиагностики повреждений глазниц и смежных областей и приведена рентгенологическая классификация поражений органа зрения.

В работах И. М. Алеевой изложены материалы по рентгенодиагностике переломов, злокачественных и доброкачественных опухолей челюстей. Рентгенологическое определение центральной окклюзии и высоты прикуса при протезировании беззубых челюстей проводил Г. Г. Насибуллин.

Норма и патология носоглотки изучались Н. П. Субботиным и А. М. Файзуллиным. На материале исследований, проведенных на кафедре, выполнены диссертации Н. Х. Нугаевой — «Опухоли околоушной слюнной железы» (по данным сиалографии) и А. Ю. Ратнера — «Клиника, диагностика и лечение шейной мигрени». Разработке эффективных методов рентгенотерапии при заболеваниях нервной системы и опухолей носа, носоглотки и околоносовых пазух были посвящены работы М. Х. Файзуллина, И. Х. Галимова, Е. И. Чижовой. Результаты изысканий по эффективному использованию рентгенотерапии при гипофизарной и дисцефальной патологии были доложены на конгрессе в Будапеште. Е. И. Чижова в течение многих лет ведет наблюдения за эффективностью рентгенотерапии при опухолях носа, придаточных пазух и глотки.

Кафедра стремится проводить свои исследования комплексно, привлекая для этого специалистов различных кафедр — нервных болезней, оториноларингологии, топографической анатомии, стоматологии, глазных болезней и нейрохирургической клиники.

Таким образом, в разработке важной проблемы современной медицинской рентгенологии — проблемы рентгенокраниологии — достигнуты определенные успехи.

УДК 614(07) : 614.2(571.16)

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ПОМОЩИ МЕДИЦИНСКОГО ИНСТИТУТА ПРАКТИЧЕСКОМУ ЗДРАВООХРАНЕНИЮ

С. И. Стегунин, П. И. Артемов и Э. С. Ахметзянова

*Кафедра социальной гигиены и организации здравоохранения
(зав. — доц. С. И. Стегунин) Куйбышевского медицинского института*

Медицинские институты призваны на общественных началах оказывать постоянную помощь медико-санитарным учреждениям в повышении культуры медицинского обслуживания, совершенствовании форм и методов диагностики, предупреждении и ликвидации болезней, снижении заболеваемости и смертности, повышении санитарной культуры населения и т. д.

Коллектив Куйбышевского медицинского института на протяжении последних 20 лет оказывает многостороннюю помощь органам и учреждениям здравоохранения города Куйбышева, Куйбышевской, Ульяновской и Пензенской областей.

Особенно усилилась помощь института практическому здравоохранению после Постановления ЦК КПСС и Совета Министров СССР от 14/1 1960 г. «О мерах по дальнейшему улучшению медицинского обслуживания и охраны здоровья населения СССР». За пятилетие сотрудниками института было сделано 6469 выездов и вылетов (в основном для оказания первой и неотложной помощи) в медицинские учреждения Куйбышевской, Ульяновской и других областей, проведено 3817 научно-практических конференций, в том числе 24,2% на селе и 13,6% на промышленных предприятиях; организовано 5556 докладов и лекций для врачей и медицинского персонала; прочитано 15 518 лекций для населения, дано 68 802 консультации медицинским работникам и больным; проконсультировано и взято на диспансерное наблюдение 287 770 больных (36,2% сельских жителей и 16,9% промышленных рабочих). На базах клиник и кафедр повысили квалификацию 1129 врачей, 390 лаборантов и средних медицинских работников.

С января 1966 г. при Куйбышевском медицинском институте на всех клинических, а также на кафедрах биохимии, организации здравоохранения, патологической анатомии для врачей сельских, районных и участковых больниц организована трехгодичная заочно-очная ординатура, которая предусматривает заочную теоретическую подготовку в течение 2,5 лет и 6 месячных очных циклов (через 5 месяцев) на кафедрах.

Большое участие научные работники принимают в организации и деятельности народных факультетов здоровья (в настоящее время число их по области достигает 50). Они участвовали в открытии факультетов в ряде районов Куйбышева и области. Высоко оценена деятельность народного факультета здоровья при Куйбышевском медицинском институте, который стал организационно-методическим центром для подобных заведений области и во Всесоюзном смотре народных университетов 1965 г. награжден дипломом II ст. и денежной премией. Факультет за 7 лет подготовил большой санитарный актив, являющийся действенным помощником медицинских работников в борьбе за санитарную культуру и активно включившийся в оздоровительную работу.

Одной из новых форм помощи здравоохранению являются бригадные комплексные выезды сотрудников института на промышленные предприятия, в совхозы и колхозы

для проведения профилактических осмотров и организации диспансерной работы. В 1964—1965 гг. только в подшефных районах осмотрено более 6 тыс. чел.

Программой КПСС предусматривается максимальное, а затем и полное удовлетворение населения высококвалифицированной специализированной медицинской помощью, что требует изыскания новых организационных форм ее. С участием института созданы специализированные отделения в стационарах городских больниц (в 17-й — по лечебному питанию и лечению коронарной недостаточности; в центральной имени Н. И. Пирогова — по урологии, грудной хирургии и травматологии, в клиниках института — глаукоматозное, по проктологии, ревматокардиологии, стоматологии, ортопедии, гематологии, профпатологии и т. д.).

Назрела неотложная необходимость развития и поликлинической специализированной помощи, так как $\frac{4}{5}$ больных обслуживается амбулаторно. По инициативе ученых в крупных поликлиниках города (1, 5, 7, 11-й) созданы специализированные центры, в которых консультативную работу проводят сотрудники медицинского института. Так, при 5-й поликлинике уже 18 лет работает центр по борьбе с гипертонической болезнью под руководством клиники госпитальной терапии (зав. — проф. А. И. Германов). Этот центр и кабинеты ряда поликлиник города обеспечили диспансеризацию больных гипертонической болезнью и снижение заболеваемости ею по городу.

Значительная лечебно-консультативная работа проводится заведующим кафедрой факультетской хирургии проф. Г. Л. Ратнером в созданном при 11-й поликлинике центре по грудной хирургии, где отбираются больные на оперативное и консервативное лечение. При 17-й больнице организован эндокринологический центр, возглавляемый доцентом этой же кафедры Б. Б. Аникандровым.

Для расширения профилированной высококвалифицированной помощи населению Куйбышевской и других областей при клиниках института за счет внутренних резервов создана поликлиника на 500 приемов в день, где консультируются больные по грудной хирургии, травматологии, гематологии, стоматологии, проктологии и другим видам медицинской помощи.

В правильной постановке специализированной помощи населению исключительно важное значение имеет организация лечебно-диагностической работы, широкое внедрение новых методов исследования и лечения в практику амбулаторно-поликлинических учреждений. И в этом направлении много сделано сотрудниками Куйбышевского медицинского института. С их помощью во многих поликлиниках (1, 5, 7, 11, 17-й), медико-санитарных частях заводов организованы кабинеты и отделения функциональной диагностики, оснащенные одно- и двухканальными электрокардиографами, осциллографами, капиллярскопами, электроимпульсаторами, электрокимографами.

Изменилось содержание работы лабораторий этих поликлиник. Кроме основных клинических, серологических и биохимических анализов, в них проводятся исследования белковых фракций, реакции Квика — Пытеля и Хакима, определение содержания сахара в крови с нагрузкой и др. Для рентгенодиагностики заболеваний желудка используется контрастный метод и пневмоперитонеум, холецистография с применением билитраста, пневмоартериография, салпингография, прицельные снимки. Систематическое руководство научных работников института позволит еще более расширить объем лечебно-диагностической работы поликлиник.

Руководствуясь решениями ЦК КПСС о развитии химической промышленности, институт стал осуществлять систематическое шефство над предприятиями большой химии, изучая условия труда и состояние здоровья работающих с целью предупреждения профессиональной заболеваемости. Значительная работа проводится коллективом кафедры общей гигиены (зав. — засл. деятель науки проф. Х. А. Никогосян) в созданной токсикологической лаборатории. Доцент кафедры В. В. Матвеева исследовала гигиенические условия труда на заводе синтетического спирта и состояние здоровья рабочих, связанных с производством гипериза, что определило необходимые оздоровительные мероприятия, позволившие снизить содержание гипериза в различных объектах производственной среды и его отрицательное воздействие на работающих. Асс. А. И. Столбова на основе санитарно-гигиенических анализов на каталитической фабрике составила рекомендации по проектированию, строительству и эксплуатации аналогичных производств. Доц. В. В. Матвеева и биохимик А. В. Вулис совместно с инженерами и техниками химического завода разработали мероприятия по удалению из производственной среды вредно действующего на организм пятисернистого фосфора, что сделало в настоящее время данный участок безопасным в гигиеническом отношении.

Научные сотрудники ЦНИЛ института П. Л. Краснянская и Э. И. Пеунова установили нетоксичность полиметилсилоксановой охлаждающей жидкости, широко применяемой в радиоламповом производстве, и обосновали методы ее применения. Они также на основе опытов на животных провели токсикологическую экспертизу катализатора, используемого на нефтеперерабатывающем заводе, что позволило провести профилактических мероприятий.

Среди клинических кафедр ведущее место в проведении исследований и практических мероприятий по борьбе с профессиональными отравлениями и заболеваниями занимает кафедра госпитальной терапии. На ней создано профпатологическое отделение (зав. — доц. В. А. Данилин) на 20 коек и гематологическое на 25 коек на базе областной станции переливания крови (консультант — проф. В. А. Германов), которые стали научно-методическими центрами и базами повышения квалификации врачей.

Коллектив кафедры факультетской терапии, возглавляемый заслуженным деятелем науки проф. Н. Е. Кавецким, в течение 1964—1965 гг. организовал 66 выездов на различные химические заводы области. Проведены обследования, научно-практические конференции; разработаны мероприятия по предупреждению гипотонии, туберкулеза и профессиональных заболеваний.

Большую лечебно-консультативную помощь работникам химической промышленности оказывают кафедры пропедевтической терапии (зав. — проф. С. В. Шестаков), пропедевтической хирургии (зав. — доктор мед. наук А. В. Барский), кожных болезней (зав. — проф. А. С. Зенин), рентгенологии и радиологии (зав. — проф. Е. Л. Кевеш), болезней уха, носа и горла (зав. — проф. И. Б. Солдатов), фармакологии (зав. — проф. А. А. Лебедев) и другие.

Кафедра организации здравоохранения института с 1958 г. оказывает систематическую помощь областному и городскому отделам здравоохранения в совершенствовании знаний руководящих кадров. За этот период проведено 7 циклов, которые закончили более 150 главных врачей (и их заместителей) объединенных больниц, медико-санитарных частей, поликлиник, учреждений охраны материнства и детства. В этот же период проведены семидневный семинар для руководителей медицинских учреждений и врачей-статистиков по изучению заболеваемости, 4 десятидневных цикла для статистиков и дезинструкторов медико-санитарных учреждений города и области, два трехдневных семинара для начальников, заведующих отделениями (и их заместителей) больниц железнодорожного транспорта с общим охватом более 360 чел. Длительный опыт показал, что наибольшую эффективность дает подготовка организаторов здравоохранения на непрерывных месячных курсах с полным отрывом от производства по 172-часовой программе для руководителей городских учреждений или заочно-очные курсы с очной семидневной сессией на кафедре для руководителей городских и сельских больниц области. На курсовых занятиях основное внимание уделяется теории здравоохранения, вопросам демографии и санитарной статистики, планирования и финансирования, организации лечебно-профилактической и санитарно-противоэпидемической работы, санитарного просвещения и трудовому законодательству.

Такая система повышения квалификации обеспечила проведение руководителями учреждений здравоохранения углубленного научного анализа основных показателей, характеризующих состояние здоровья обслуживаемого населения и деятельность учреждений, и разработку действенных мер улучшения их. Это также усилило связь организаторов здравоохранения с кафедрой и вовлечение их в научные исследования. Только в 1965 г. под руководством кафедры 38 практических работников выполнили научные работы.

Большую роль в привлечении к научным исследованиям практиков здравоохранения сыграло создание в феврале 1964 г. областного научного общества организаторов здравоохранения. Его членами выполнены работы по методике диспансерного наблюдения и анализу качественных показателей диспансерной работы, по углубленному изучению заболеваемости злокачественными новообразованиями и болезнями сердечно-сосудистой системы, по совершенствованию лечебно-диагностической работы в поликлиниках, внедрению охранительно-лечебного режима в амбулаторно-поликлинических учреждениях, по предупреждению профессиональных заболеваний, внедрению передового опыта в практику, по повышению качества обслуживания сельского населения и т. д., что в определенной мере обусловило улучшение деятельности медицинских учреждений и снижение заболеваемости.

Кафедры института широко вовлекают в научные исследования практических врачей. В 1961 г. врачами медицинских учреждений под руководством кафедр были выполнены 24 научные работы, в 1962 г. — 101, в 1963 г. — 123, в 1964 и 1965 гг. — более 150 работ ежегодно. Особенно активно практические врачи работают под руководством кафедр госпитальной хирургии (зав. — проф. А. М. Аминев), факультетской терапии (зав. — проф. Н. Е. Кавецкий) и глазных болезней (зав. — проф. Т. И. Ерошевский).

Работа областных научных медицинских обществ также возглавляется учеными института, которые определяют ее направленность и проблематику. Создание в ноябре 1965 г. по инициативе областного отдела здравоохранения Совета научных областных медицинских обществ и его президиума будет способствовать координации их деятельности, дальнейшему развитию научных исследований практических врачей по актуальным вопросам здравоохранения.

Деятельность коллектива института на общественных началах через научные общества, организация семинаров и декадников, курсов повышения квалификации, лечебно-консультативная работа на местных базах, руководство научными исследованиями врачей-практиков способствуют идейному, деловому росту и улучшению квалификации врачей города и села.

О НЕЙРО-ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕОРИИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ

О. С. Радбиль

Кафедра терапии № 2 (зав. — проф. О. С. Радбиль)
Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

Нервные механизмы развития язвенной болезни изучены весьма подробно и наиболее полно интегрированы в кортико-висцеральной теории. Вместе с тем в литературе накопилось большое количество фактов, свидетельствующих о роли эндокринных желез, в частности коры надпочечников, в патогенезе язвенной болезни. Естественно, оба эти пути патогенеза — нервный и эндокринный — тесно связаны между собой.

Ниже представлен краткий обзор литературы и систематизация доказательств.

А. Влияние адренокортикотропного гормона гипофиза и гормонов коры надпочечников на желудочную секрецию

а) Эксперименты на животных

Систематическое введение подопытным животным АКТГ, кортизона и его аналогов вызывает значительное увеличение базальной и ночной секреции желудка с усилением отделения соляной кислоты, пепсина, уропепсина (Грэй и сотр., 1950; Уилбурн и сотр., 1953; Роланди-Риччи и сотр., 1960). Наша сотрудница Ф. Р. Нугманова (1966) отметила усиление секреции, кислото- и ферментообразующей функций желудка у собак с максимумом между 15 и 25 или 30-м днями приема преднизона. Хоар и Броунинг (1956) обнаружили увеличение содержания плазмопепсина в венозной крови желудка собак после внутривенного введения АКТГ и кортизона в течение 4—6 часов. Шей (1959), А. Д. Качанов (1962), Чжоу-Люй (1962) при введении собакам 100 мг кортизона нашли значительное снижение рН желудочного сока, увеличение продукции HCl и пепсина. Введение амфенона, уменьшающего выделение глюкокортикоидов, снижало желудочную секрецию и вызывало инволюцию зимогенных и мукоидных клеток (Бейкер и Бриджмен, 1954).

Было установлено, что адреналэктомия снижает объем желудочной секреции и концентрацию HCl (Мэдденд и Рэмсбург, 1951; Арутюнян и Сегал, 1951; Гартман, 1956), а также уровень уропепсина (Гиршовиц и сотр., 1957; Ишида Тетсуа, 1959; С. М. Липовский, 1964). Введение кортизона способствовало нормализации секреторной функции, а при введении АКТГ адреналэктомизированным животным секреция не изменялась.

После гипопизектомии у крыс развивалась быстрая инволюция клеток главных желез слизистой желудка с потерей пепсиногенных гранул и цитоплазматической рибонуклеиновой кислоты (Хегер и сотр., 1953), значительно снижалась пептическая активность (Бэйкер и Бриджмен, 1954; Крафтс и Уолкер, 1947); уменьшался объем и кислотность желудочного сока (Крафтс и Уолкер, 1947). Последнее наблюдалось и у гипопизектомизированных собак (Де Саламанка и сотр., 1953).

Воздействие на гипоталамус приводит к изменениям функции секреторного аппарата желудка. Так, у собак, подвергшихся хроническому раздражению гипоталамической области, выделение уропепсина увеличивалось на 100%, одновременно снижалось количество эозинофилов. Секреция нормализовалась после прекращения стимуляции гипоталамической области (Грэй и сотр., 1953). У обезьян после стимуляции гипоталамуса биполярными электродами уменьшался рН желудочного содержимого (минимальная рН соответствует максимальной кислотности). Стимуляция переднего отдела вызывала быстрое падение рН, которое снималось при ваготомии, стимуляция заднего отдела — более медленное уменьшение рН, устранявшееся при адреналэктомии (Портер и сотр., 1953).

У собак после двусторонней ваготомии при внутримышечном введении АКТГ в пределах 4—5 часов в желудочном соке увеличивается содержание HCl, пепсина, хлоридов при одновременном падении выделения Na и K (Геритти и сотр., 1954). Это свидетельствует, что помимо нервного (через вагус) пути стимуляции желудочной секреции существует и иной — нервно-эндокринный.

На желудочную секрецию оказывают влияние и минералкортикоиды. По данным Кайл и Уилбурна (1956), Гроза и сотр. (1961, 1962, 1963), дезоксикортикостеронацетат (ДОКА) угнетает желудочную секрецию и увеличивает латентный период секреции. Де Муро и сотр. (1961), А. Н. Бакурадзе (1962) показали, что малые дозы ДОКА усиливают, большие — угнетают секрецию. Под воздействием альдостерона (Гроза и сотр., 1962—1963) и ДОКА снижается секреция HCl (Ишида, 1959; Де Муро, 1961). Минералкортикоиды угнетают двигательную функцию желудка, снижают эвакуацию

(Н. С. Бывшук, 1960). ДОКА нарушает у собак функциональное состояние высших отделов центральной нервной системы (Г. Д. Судакова, 1961; Б. А. Вартапетов и Г. Д. Судакова, 1963), угнетает ретикулярную формацию (А. Н. Бакурадзе, 1962), кортикотропную функцию гипофиза (Шапиро и сотр., 1958, и др.), снижает образование глюкокортикоидов. Во время введения ДОКА здоровым собакам резко снижается уровень 17-оксикортикостероидов в крови и в моче (Г. Н. Судакова, 1961). ДОКА и альдостерон обладают тормозящим действием по отношению к глюкокортикоидам (Селье, 1955), ДОКА вызывает повышение антипептической активности крови (опыты Ли Воти на кроликах, 1953).

б) Влияние АКТГ и гормонов коры надпочечников (глюкокортикоидов и минералокортикоидов) на секреторную функцию желудка у здоровых и больных людей

Здоровые люди. По данным Грэя и сотр. (1951, 1953), АКТГ и кортизон увеличивают выделение пепсина и уропепсина. Гиршовиц и сотр. (1955) при введении 5 молодым людям в течение 6 дней по 50 ед. АКТГ внутримышечно обнаружили у них с 5-го дня увеличение количества пепсиногена плазмы и уропепсина.

У людей под влиянием минералокортикоидов уменьшался объем секреции и падало содержание хлоридов в желудочном соке, повышался уровень хлоридов плазмы (Лакхири, 1954), ускорялось опорожнение желудка (Келер, 1955).

Больные различными заболеваниями. По данным И. П. Смирнова (1962), у больных ревматизмом, ревматоидным полиартритом, бронхиальной астмой, экссудативным плевритом, получавших АКТГ или кортизон, повышается экскреция уропепсина. По данным Ф. Р. Нугмановой, однократный прием 15 мг преднизолона у больных язвенной болезнью, а также хроническими гастритами стимулировал кислотную и пепсинообразующую функции желудочных желез. Она наблюдала (1966) у больных, получавших преднизон по поводу различных заболеваний внутренних органов, увеличение кислотности, переваривающей силы желудочного сока, уровня пепсиногена в плазме крови и уропепсина. Максимум изменений отмечен на 15—25-й дни лечения. Ряд авторов установил увеличение количества уропепсина у больных, получавших глюкокортикоиды и АКТГ (Грей и сотр., 1954, 1956; Л. И. Идельсон, 1958; Г. Д. Симбирцева, 1954; О. Грегор, 1959; В. К. Карнаухов, 1958, и др.). Это увеличение происходит наряду с повышением содержания HCl и пепсина в желудочном соке.

Грей и сотр. (1951) обнаружили у 2 больных язвенной болезнью, леченных АКТГ, увеличение желудочной секреции. Яничич (1960) констатировал значительное увеличение концентрации уропепсина после введения АКТГ больным язвенной болезнью.

После двусторонней ваготомии у человека, как и у животных, сохраняется секреторный эффект желудка, вызываемый гормонами коры надпочечников (Грей). Назначение АКТГ вызывает увеличение выделения HCl, пепсина, уропепсина.

Удаление антрального отдела желудка у человека тоже существенно не влияет на желудочную секрецию, вызываемую гормонами коры надпочечников (Грей).

При болезни Аддисона более чем у половины больных возникает гипоуโรปепсиния (Роунтри и Снелл, 1931; Н. А. Шерешевский, 1957), еще чаще гипоуโรปепсиния. Гистамин не оказывает влияния на уровень ни HCl, ни уропепсина (Соффер, 1948; Соркин, 1949). По Фейртер и Клим (1952), количество свободной HCl в желудке снижено, большей частью определяется гистаминерфактерная ахилия. Однако при назначении этим больным минимальных доз кортизона содержание HCl нормализуется, чего не отмечается при введении АКТГ. Выделение уропепсина у больных аддисоновой болезнью также чрезвычайно низкое и возвращается к норме после применения кортикостероидов.

Многие авторы указывают на значительное повышение уровня HCl после заместительной гормонотерапии у больных с надпочечниковой недостаточностью (Стемпиен и Дагради, 1954; Энгель, 1955, и др). Энгель (1955) описал возникновение пептической язвы у больной аддисоновой болезнью при лечении кортизоном.

У страдающих болезнью Симмондса (гипопитуитаризм) уровень выделения пепсина также низкий; при назначении АКТГ или кортизона он повышается.

При болезни Иценко — Кушинга наблюдается повышение выделения гормонов коры надпочечников с мочой, гиперсекреция свободной HCl, пепсина и уропепсина (Кайл и сотр., 1956). Адреноретинальная гиперфункция при этом заболевании вызывает повышение секреторной активности желудка (Грей, 1956; И. Харват, 1961; Е. С. Рысс, 1962). После субтотальной экстирпации надпочечников секреция HCl устанавливается на нижней границе нормы. По данным М. Р. Литвиновой (1965), у подавляющего большинства больных после субтотальной адреналэктомии желудочная секреция падала до нормального уровня, значительно уменьшалась кислотообразование и протеолитическая активность желудочного сока, экскреция пепсиногена. Грей и сотр. (1954—1956), Яничич (1960), В. Н. Туголуков (1962), В. Б. Мельницкий (1962—1963) обнаружили при гиперкортицизме (или применении АКТГ, кортизона) увеличение выделения уропепсина наряду с повышением содержания HCl и пепсина в желудочном соке.

Б. Образование язв в желудке и в двенадцатиперстной кишке под влиянием АКТГ и гормонов коры надпочечников

а) Эксперименты на животных

При введении кроликам кортизона и АКТГ увеличивалась протяженность и глубина эрозий и острых язв, образующихся под воздействием пилтессина, иногда наступала перфорация (Крэйи и Дункан, 1956). Бонфис и сотр. (1957) нашли изъязвления в желудке под воздействием кортизона и преднизона у белых крыс. По данным Тиноцци и Доцио (1956), АКТГ ухудшал течение язв у морских свинок, получавших ультракороткую диету.

Кейриляйнен и сотр. (1958) показали, что глюкокортикоиды при их локальном применении не вызывают язв желудка, если одновременно не травмируется его стенка. Однако при всасывании в кровь глюкокортикоиды повышают уже имеющееся предрасположение к изъязвлению слизистой желудка.

В опытах Филиппа (1952) у 3 собак, получавших кортизон, возникла перфорация язвы желудка. Ф. Р. Нугманова (1966) в исследованиях на собаках не наблюдала деструктивных или некробиотических изменений покровного и железистого эпителия слизистой оболочки и стромы желудка под влиянием преднизона. Единичные мелкоочаговые кровоизлияния в слизистую оболочку желудка были у 2 собак из 4, получавших преднизон в течение месяца. У них была и наиболее выраженная реакция секреторного аппарата желудка. У остальных животных аналогичные изменения секреции не сопровождались появлением кровоизлияния. По-видимому, функциональные нарушения, развивающиеся под влиянием преднизона, предшествуют морфологическим.

Функциональные изменения проявляются также сосудистой дистонией в подслизистой оболочке наиболее ранимых участков желудка (область малой кривизны, пилорический и препилорический отделы). Кроме того отмечен отек подслизистой оболочки, стромы слизистой.

б) Образование, развитие язв или обострение язвенной болезни под влиянием применения АКТГ и гормонов коры надпочечников у человека

В литературе накопилось достаточное количество данных, свидетельствующих о возможности возникновения свежего язвенного процесса в желудке или двенадцатиперстной кишке, обострения протекавшей ранее латентно язвы, рецидива язвенного страдания или развития новой язвы под влиянием АКТГ или гормонов коры надпочечников — глюкокортикоидов. На это указывали еще Торн (1950), Спиро (1950).

В дальнейшем развитие язвенной болезни или обострение ее под влиянием этих препаратов описывались неоднократно, в том числе при лечении больных с различными заболеваниями (ревматоидным артритом, ревматизмом, бронхиальной астмой, хроническими гепатитами и др.).

Наряду с обострением старых язв могут возникать сравнительно свежие (Грэй и сотр., 1951 — данные вскрытий; Кирснер и сотр., 1956, и др.), иногда язвы достигают гигантских размеров (Поппер, 1953).

В развитии язв определенную роль играет дозировка гормонов [по данным Боланда (1956), при введении больших доз гормонов язвы развились у 10% больных, а при введении малых доз — лишь у 3%] и длительность применения (даже незначительных доз — Керн и сотр., 1959).

На возможность развития язвенного поражения желудка и двенадцатиперстной кишки у больных, страдающих раком коры надпочечников с надпочечниково-корковым синдромом, указывает Золлингер, а при болезни Иценко — Кушинга — Перлмуттер (1962). По Грэй и сотр. на вскрытиях больных язвенной болезнью в 16,3% находили аденому и гиперплазию надпочечников, а Эллисон и сотр. (1959) указывают на частое (в 3—5 раз чаще контроля) гиперпластическое поражение коры надпочечников при язвенной болезни.

В. Осложнения язвенной болезни и некоторые изменения в желудке, возникающие под воздействием гормонов коры надпочечников или АКТГ

Под действием гормонов коры надпочечников и АКТГ возникают язвенные кровотечения, прободения язв (иногда кровотечения и прободения происходят одновременно). Кроме того, уменьшается защитная роль желудочной слизи (Бэйкер, Бриджмен и др., 1954; Л. А. Пыриг, 1961; Новосельска-Дерузова и сотр., 1962), нарушается трофика желудка (Сигье и сотр. 1958), что ведет к истончению, истинной атрофии стенки желудка с поражением всех ее слоев, расстройствам ее питания. Наблюдаются поражения сосудов — инфаркт и геморрагии различных слоев стенки желудка, тромбозы, эмболические нарушения — изменения сосудов типа нодозного периартериита (Теодори и сотр., 1960).

Снижение защитной функции слизистой и ее регенераторной способности приводит к уменьшению «восстановительного потенциала тканей».

Т. А. Барсукова (цит. по С. М. Рысу) отметила повышенную чувствительность больных язвенной болезнью на введение АКГГ; Турнер (1951) обнаружил у них низкое содержание 17-кетостероидов и 17-оксикортикостероидов; Камминс и Гомпертц (1957) — снижение уровня 17-кортикостероидов в крови и в моче. Однако при этом нельзя исключить и метаболические изменения в печени (Каммари и сотр., 1960).

С. М. Рыс указывает, что у больных язвенной болезнью в период обострения выделение 17-кетостероидов с мочой ниже обычных средних цифр (угнетающее действие сильных болей на кору надпочечников).

Е. В. Андрухив (1964, 1965) нашел, что при кратковременном обострении язвенной болезни увеличивается выделение с мочой 17-оксикортикостероидов, 17-кетостероидов и уропепсина, а при выраженном обострении, длительностью более 6 недель, — признаки угнетения коры надпочечников. Стимуляция надпочечников небольшими дозами АКГГ показывает, что угнетение имеет функциональный характер. В дальнейшем стимуляция АКГГ на высоте обострения вызывает еще большее повышение функции коры надпочечников.

А. А. Фишер (1964) также показал, что выделение нейтральных 17-кетостероидов в период обострения имеет тенденцию к понижению, особенно при локализации язвы в желудке. Как и другие авторы, он констатировал у этих больных повышенную чувствительность коры надпочечников к стимуляции.

В начальный период лечения С. М. Рыс выявил наклонность к дальнейшему падению уровня 17-кетостероидов. Он утверждает, что «вмешательства, воздействующие на снижение продукции стероидных гормонов, должны занять соответствующее место в патогенетической терапии язвенной болезни как во время обострения, так и в период ремиссии». Угнетение функции коры надпочечников при язвенной болезни установили также Зандвайсс (1954), Фаредин и сотр. (1958), Пенарроха-Рабаца (1959) и др.

Как справедливо указывает Е. В. Андрухив (1965), в литературе имеются сообщения и о повышении функции коры надпочечников при язвенной болезни (М. А. Александров, 1960; С. М. Мартынов и Г. Д. Симбирцева, 1962; Н. Д. Дубровина, 1963; Розенбойм и сотр., 1956). Ряд исследователей вообще не обнаружил изменений функции коры надпочечников при язвенной болезни (Мариначчио и Буонсанто, 1953; Слайзингер и сотр., 1958, и др.). Спорная проблема требует специального изучения.

В последнее время все более очевидной становится еще одна причина развития язвенной болезни, связанная с надпочечниками. Речь идет о недостаточности коры надпочечников, приводящей к дефициту минералкортикоидов (К. Боянович, 1960, 1962, 1963). Наш сотрудник С. Г. Вайнштейн (1966) констатировал у больных язвенной болезнью снижение минералкортикоидной функции коры надпочечников: индекс водной пробы Робинсона — Пауэра — Кеплера, коэффициент Na/K в слюне и в цельной крови у них снижены, а концентрация K в плазме повышена по сравнению со здоровыми людьми и больными нормо- и гипацидным гастритом; об этом же свидетельствуют результаты пробы с нагрузкой калием. Боянович сообщает об успешном применении ДОКА в лечении больных язвенной болезнью, о предотвращении рецидивов язвенной болезни при помощи ДОКА и бедной K диеты и др. С. Г. Вайнштейн (1966) отметил благоприятное воздействие терапии ДОКА (до 20 мг на курс лечения) на ряд клинических проявлений язвенной болезни (болевой синдром, расстройство моторики желудка).

Нарушения обоих звеньев регуляции функции желудка со стороны надпочечников — глюкокортикоидного и минералкортикоидного — дают возможность говорить о дисгормонозе коры надпочечников при язвенной болезни (Боянович). Конечно, этот дисгормоноз тесно связан с изменениями центральной нервной системы, вегетативной сферы, других эндокринных желез, системы электролитного обмена и пр. Как указывает Боянович, при дисгормонозе преобладание глюкокортикоидов над минералкортикоидами может зависеть от устанавливаемой гистологически трансформации коры надпочечников — увеличение *zona fasciculata* за счет *zona glomerulosa* (Тонутти, 1951; Хедингер, 1954).

Схему патогенеза язвенной болезни можно представить в настоящее время в следующем виде: при нарушении нормальных взаимоотношений между корой и подкорой (независимо от места развития первичного поражения) под влиянием центрально возникающих импульсов развиваются изменения функции гипоталамуса, являющегося тем центром, где смыкаются как нервный, так и нервно-гуморальный пути патогенеза язвенной болезни. Возникающая центрально импульсация стимулирует через передний гипоталамус парасимпатикотонию. Это обуславливает повышение секреторной функции желудка, расстройство кровоснабжения слизистой желудка, трофические нарушения, следствием чего является образование язвенного дефекта. Одновременно центrogenная импульсация через гипоталамус [задний гипоталамус — нейросекретия (А. А. Войткевич, 1961, и др.)] вызывает повышение секреции АКГГ гипофизом, увеличение секреции глюкокортикоидов, развитие и усиление дисгормо-

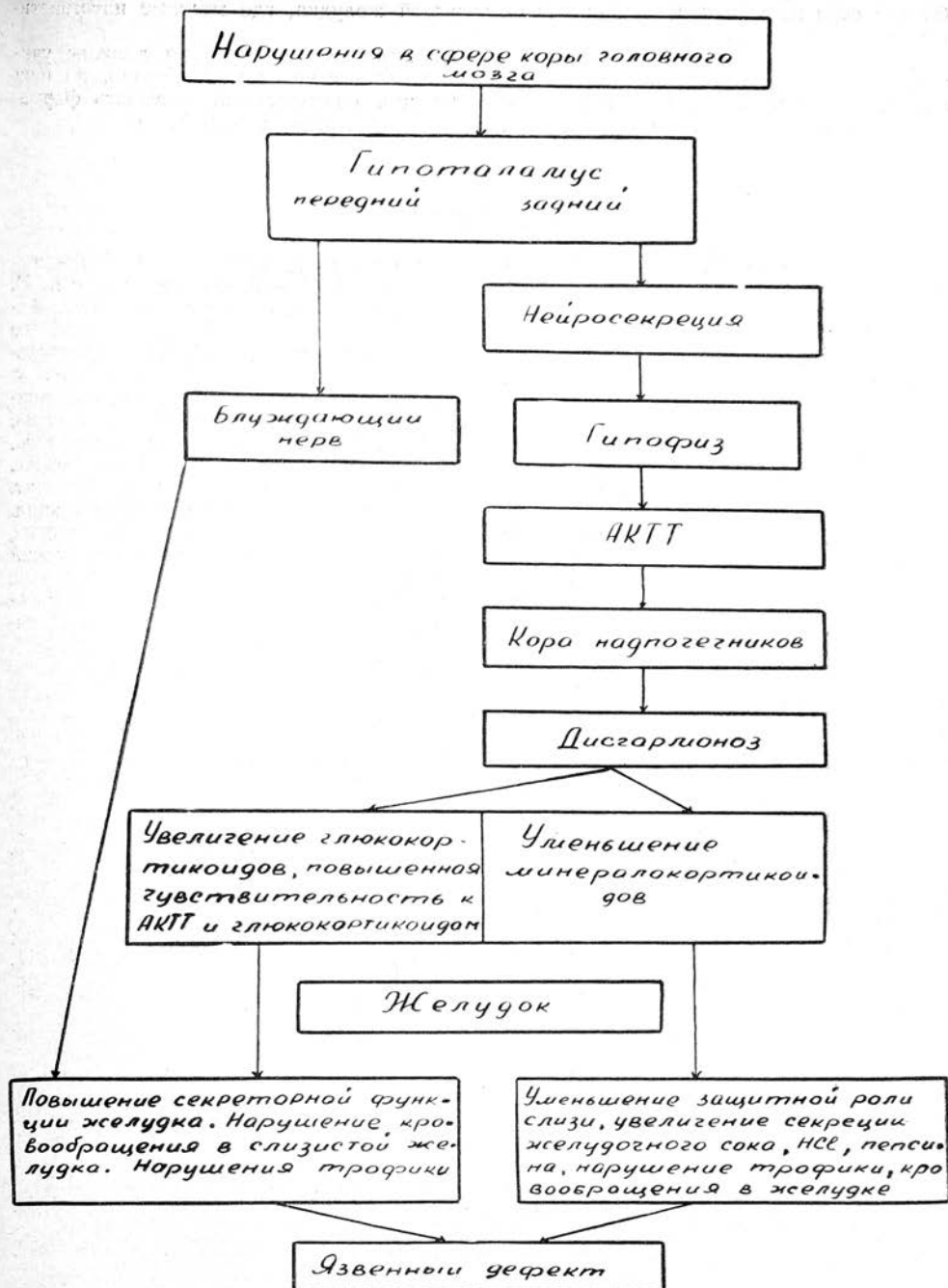


Схема патогенеза язвенной болезни.

ноза коры надпочечников¹ (снижение минералкортикоидов, преобладание глюконад минералкортикоидами) с последующим повышением секреторной функции желудка, развитием трофических нарушений, уменьшением защитной роли слизи и пр. и как следствие — развитием язвенного дефекта. Так оба пути патогенеза язвенной

¹ Вероятно, речь идет об относительном (но может быть и абсолютном) превалировании глюкокортикоидов над адренокортикоидами. Выделение последних регулируется различными механизмами, оценка значения которых в литературе весьма противоречива (передняя доля гипофиза, диэнцефалон, эпифиз — секреция адреногломерулотропина, почки — юктагломерулярный аппарат, прессорные субстанции, уровень К в сыворотке крови, изменения объема жидкости в организме и т. д.).

болезни смыкаются в конечном пункте — слизистой желудка, где местные патогенетические механизмы и реализуют развитие язвы.

Из этого вытекает практический вывод, что лечебные мероприятия должны учитывать оба пути патогенеза язвенной болезни, в связи с чем целесообразно, на наш взгляд, сочетанное применение средств, обладающих способностью вызывать фармакологическую ваготонию (атропин и др.), ганглиоблокаторов и ДОКА.

ЛИТЕРАТУРА

1. Андрухив Е. В. Врач. дело, 1963, 10; Сов. мед., 1965, 4. — 2. Алексеев М. А. Тез. докл. I конф. терап. Грузин. Тбилиси, 1960. — 3. Бакурадзе А. Н. Тр. III объедин. сессии Тбил., Азерб., Ереван. мед. инст., 1962. — 4. Барсукова Т. А. Актуальные вопросы гастроэнтер., Медицина, М., 1964. — 5. Бывшук Н. С. Тр. конф. по пробл. физисл. и патол. пищев., посв. памяти Бькова, Иваново, 1960; Тр. Тернопольского мед. ин-та, 1960, 1. — 6. Вартапетов Б. А., Судакова Г. Д. Головной мозг и регул. функций, Киев, 1963. — 7. Вайнштейн С. Г. Электролитный обмен, минералокортикоидная функция коры надпочечников и т. д. Автореф. канд. дисс., Казань, 1966. — 8. Войткевич А. А. Патол. физиол., 1961, 6. — 9. Грегор О. Клин. мед., 1959, 2. — 10. Дубровина Н. А. Тер. арх., 1963, 12. — 11. Идельсон Л. И. Там же, 1958, 2. — 12. Карнаухов В. К. Сов. мед., 1958, 3. — 13. Качанов А. Д. Сравнит. действие АКТИГ и кортизона на жел.-киш. тракт (экспер. исследование). Автореф. канд. дисс., Л., 1962. — 14. Липовский С. М. Актуальные вопросы гастроэнтерологии. Медицина, М., 1964. — 15. Литвинова М. Р. О характере и патогенезе нарушений жел.-дочной секреции при болезни Иценко — Кушинга. Автореф. канд. дисс., Москва, 1964. — 16. Мартынов С. М., Симбирцева Г. Д. Клин. мед., 1962, 2. — 17. Мельникова Т. А., Громова Э. Г., Тез. докл. конф., посвящ. профил. и терапии язвенной болезни. Л., 1961. — 18. Мельницкий В. Б. Клин. мед., 1962, 2; Врач. дело, 1962, 2. — 19. Нугманова Ф. Р. Влияние хрон. дачи преднизона на секреторную функцию желудка. IV Поволжск. конф. тер., 1966. — 20. Пыриг Л. А. Врач. дело, 1961, 1. — 21. Рысс Е. С. Клин. мед., 1961, 2; 1962, 8. — 22. Симбирцева Г. Д. Клин. мед., 1959, 2. — 23. Смирнов И. П. Тер. арх., 1962, 1. — 24. Судакова Г. Д. Тез. докл. съезда укр. физиол. о-ва. Киев, 1961. — 25. Теодори и сотр. Клин. мед., 1960, 2. — 26. Туголуков В. Н. Сб. мат. конф. по пробл. «Функциональн. взаимоотнош. между различн. системами организма в норме и патол.», Иваново, 1962. — 27. Фишер А. А. Тер. арх., 1964, 2. — 28. Харват И. Патол. физиол., 1961, 6. — 29. Шерешевский Н. А. Клин. эндокринология. Медгиз, М., 1957. — 30. Baker B., Bridgeman R. Am. J. Anat., 1954, 94, 363. — 31. Bloomfield A. Arch. int. Med., 1952, 90, 281. — 32. Bolland E. JAMA, 1956, 160, 613. — 33. Bonfils S. e. a. Arch. Mal. Appar. dig., 1957, 46, 385. — 34. Bojanowicz K. Polsk. Arch. med. wewn., XXX, 1960, 6, 813; Z. ges. inn. Med. 1963, 13, 605. — 35. Bojanowicz K. a. o. Ib., 1962, 3, 129; ib., 1962, 4, 160. — 36. Groza P. a. o. Ac. Rep. Popul. Romine, Bucuresti, 1961, 6, 3, 411; Stud. si cercet. fiziol. Bucuresti, 1962, 7, 1, 33; 1962, 7, 4, 517; 1963, 8, 2, 223; 1963, 8, 4, 531. — 37. Cammari E. e. a. Gastroenterologia (Basel), 1960, 93, 385. — 38. Crafts R., Walker B. Endocrinology, 1947, 40, 395. — 39. Crain W., Duncan J. Scott. med. j. 1956, 1, 64. — 40. Cummins A., Gompertz M. Gastroenterology, 1957, 33, 898. — 41. Edgcomb I. Schweiz. Z. allg. Path., 1958, 21, 363. — 42. Ellison E. a. o. Am. J. Surg., 1959, 97, 17. — 43. Engel F. J. clin. Endocr. 1955, 15, 1300. — 44. Faredin J. a. o. Magy. Belerv. Arch., 1958, 11, 20. — 45. Feyrter F. u. a. Dtsch. med. Wschr., 1952, 77, 2, 1173. — 46. Fiegel G. Medizinische, 1957, 3, 126. — 47. Geritti P. a. o. S. Forum, 1954, 5, 285. — 48. Gray S. a. o. Proc. of the first clin. ACTH conf. N. Y. Blakston, 1950; JAMA, 1951, 147, 1529; Gastroenterology, 1953, 25, 126; N. Engl. J. Med., 1954, 251, 835; Am. J. Gastroenterology, 1956, 25, 6, 532. — 49. Haeger K. a. o. Acta physiol. Sc. 1953, 30 (suppl. III, 161). — 50. Haroutunian L. a. o. Gastroenterology, 1952, 21, 556. — 51. Hartman D. Z. ges. inn. Med., 1956, 11, 614. — 52. Hedinger Chr. Schweiz. med. Wschr., 1954, 84, 465. — 53. Hirschowitz B. a. o., JAMA, 1955, 158, 27; J. Lab. clin. Med., 1957, 50, 209. — 54. Hear C., Browning J. New. Engl. J. Med., 1956, 255, 153. — 55. Ishida Tetsuya. Okayama igak. zash. 1959, 71, 4—1, 1501. — 56. Jancic M. Med. Glac., 1960, 7—8, 406. — 57. Kern F. a. o. Gastroenterology, 1957, 33, 25. — 58. Keyriläinen T. a. o. Ann. med., exp. Fenn. 1958, 36, 4. — 59. Kirsner J. a. o. Adv. int. med. 1956, 8, 41. — 60. Köhler R. Die Wirkung von Hormonen auf Magensekretion u. Chloridstoffwechsel, 1955. — 61. Kyle J. a. o. Lancet, 1956, 6923, 664. — 62. Lahiri S. J. Ind. Med. Ass. 1954, 23, 142. — 63. Li Voti P. Athena, 1953, 19, 5, 211. — 64. Maddend R. a. o. Endocrinology, 1951, 18, 128. — 65. Marinaccio G. a. o. Boll. Soc. Ital. Biol. Sperim., 1953, 29, 1589. — 66. Muro De R. a. o. Acta med. scand., 1961, 170, 4, 403. — 67. Novoselska-Derusova F. a. o. Polsk. tyg. lek. 1962, 17, 23, 906. — 68. Perlmutter M. Metabolism, 1962, 11, 9, 946. — 69. Penarroja-Rabaza J. Med. esp. 1959, 42, 13. — 70. Phillips C. J. nat. med. Ass. (NY), 1952, 44, 247. — 71. Popper H. Quart. Bull. Northw. Univ. med. Sch., 1953, 27, 31. — 72. Porter R. a. o. Surgery, 1953, 33, 875. — 73. Rolandi-Ricci A. e. a. Arch. «Maragliano» patol. e. clin. 1960, 16, 2, 339; 1960, 16, 1, 41. — 74. Rowntree L. a. o. Clin. Study of Addisons

dis Philad. Saunders, 1931. — 75. Rozenbojm J. a. o. Clin. Res. Proc. 1956, 4, 131. — 76. Salamanka De F. e. a. Arch. mal. exp. (Madrid), 1953, 16, 379. — 77. Sandweiss D. Gastroenterology, 1954, 27, 604. — 78. Selie G. Science, 1955, 121, 368. — 79. Shapiro S. a. o. Am. J. Phys., 1958, 192, 1, 58 — 80. Shay H. Am. J. dig. Dis. 1959, 4, 846. — 81. Shipp J. a. o. New Engl. J. Med., 1959, 261, 222. — 82. Siguier F. e. a. Acta g-ent. Belg., 1958, 21, 576. — 83. Sleisinger M. a. o. Am. J. Med., 1958, 25, 3, 395. — 84. Spiro H. a. o. J. Lab. clin. Med., 1950, 35, 899. — 85. Soffer L. Dis. of. Adrenals, Phylad., 1948. — 86. Sorkin Z. Medizine, 1949, 28, 371. — 87. Stempien S. a. o. Gastroenterology, 1954, 27, 358. — 88. Thorn G. New Engl. J. Med., 1950, 242, 824. — 89. Tinozzi F. e. a. Minerva chir., 1956, 11, 65. — 90. Tonutti, 1951 (по Bojanowitz). — 91. Turner C. Gastroenterology, 1951, 18, 419. — 92. Welbourn R. a. o. Gastroenterology, 1953, 23, 356.

УДК 616.33/34—615.7

НОВЫЕ ФАРМАКОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ИДЕИ В ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИИ

Н. В. Лазарев

*Научно-исследовательский онкологический институт
Министерства здравоохранения СССР, Ленинград*

В заголовке к данной работе не случайно говорится о новых идеях, а не о новых препаратах. Подлинно ценный новый препарат всегда является не только новым средством реализации уже ранее поставленной задачи (например, при язве желудка ограничить кислотность или объем желудочного содержимого), а «материализованным» новым фармакологическим принципом, новой идеей лечения. В данной статье, разумеется, рассматриваются не все фармакотерапевтические проблемы гастроэнтерологии; изложение ограничено теми заболеваниями желудочно-кишечного тракта и его желез, которые протекают с выраженными дистрофическими нарушениями, нередко ведущими к гибели более или менее значительных участков тканей.

Начнем с язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. Достаточно сложные вопросы этиологии и патогенеза ее выходят за рамки данной сводки. Обзор же литературных источников приводит к открытию довольно пессимистической фразой известного гастроэнтеролога Керснера (1964): «Понимание причины и терапии пептической язвы нельзя причислять к замечательным достижениям медицины». Между тем язвенная болезнь представляет исключительный интерес для медиков.

Указания на способы лечения больных язвенной болезнью в течение долгого времени остаются однотипными, а результаты далеко не достаточны.

Довольно часто рекомендации для лечения язвенных больных имеют эклектический характер. Делаются попытки объединить терапию одной строго определенной идеей, одной установленной (или по-видимому установленной) этиологией, строго якобы выясненным патогенезом заболевания. В коллективном труде под редакцией Garrot Allen (1959) представлено основное положение Dragstedt'a: «Я полагаю, что язва двенадцатиперстной кишки есть следствие секреции желудочного сока при пустом желудке, которая зависит от сильных и ненормальных секреторных импульсов в блуждающих нервах. Я думаю, что в свою очередь эти импульсы возникают в результате напряжения, порождаемого современной жизнью». Известные гастроэнтерологи (Palmer и др.) в 9-й главе этой книги (вывод 4) заявляют весьма категорически: «терапия должна быть направлена на угнетение желудочной секреции» (стр. 204).

В «Современной гастрэнтерологии» под редакцией McHardy (1962) в главе, многозначительно названной «Физиологический подход к лекарственному лечению язвы двенадцатиперстной кишки» Grossman также пишет: «Краеугольный камень лекарственного лечения язвы двенадцатиперстной кишки — противокислотная терапия» (стр. 303). Точно такие же заключения есть и в других работах о лекарственной терапии при язве желудка.

Лекарственные воздействия направлены на снижение кислотности желудочного содержимого. Снижение секреции достигается применением холинонегативных лекарств антимускаринового действия, а в последнее время и ганглиоблокаторов, рекомендуемых также в расчете на их «трофическое» влияние на соответствующие ткани (ср. С. В. Аничков и И. С. Заводская, 1965). Ганглиоблокаторы долгое время были средствами, на которые возлагались особые надежды в лечении язвенников. Однако эти надежды не оправдались. Согласно работе И. О. Неймарка, процент излечений до и после применения ганглиоблокаторов несколько не изменился.

Генез заболевания и его терапия — это совершенно разные проблемы, подчас связанные весьма отдаленно. Так, различного рода язвы на коже могут вызываться различными внешними повреждающими факторами, равно как и факторами, заключен-

ными в самом организме, в его недостаточной сопротивляемости. Тем не менее заживление различных по этиологии язв — это один и тот же процесс, называемый репаративной регенерацией, в весьма распространенном своем варианте — рубцеванием, и вне зависимости от этиологии язв сходные агенты, оказывающие стимулирующее влияние на регенерацию (предложенные нами пиримидиновые и пуриновые производные, анаболизаторы стероидной природы, преимущественно при их локальной аппликации), играют свою высокополозную роль во всех или почти во всех случаях.

В связи с этим возникает вопрос: поскольку при язвенной болезни мы имеем дело с какими-то дефектами ткани, нельзя ли построить лечение по тому же типу, как и лечение при ранах и язвах вообще, когда имеется в виду ускорить их заживление? Ни особая локализация пептических язв, ни неблагоприятные условия для заживления не могут служить возражением против этой очень простой идеи. Разве не долго заживают многие трофические язвы на коже, в том числе трофические язвы на подошвах лепрозных больных? Однако же удается довести их в короткий срок до полного заживления с помощью стимулятора регенерации — метилурацила (Н. М. Голошапов, 1965). Разве не находятся ткани после ионизирующего облучения в состоянии глубокого патобиоза и разве не удается и в этом случае успешно излечивать с помощью метилурацила возникающие язвы, о чем уже существует значительная литература (см., например, Н. В. Лазарев и М. Л. Гершанович, 1965).

Специалисты все чаще сходятся на том, что для успешного лечения больных язвенной болезнью нужны новые идеи терапии. Такой новой идеей является применение стимуляторов регенерации. В литературе можно найти отдельные указания на необходимость включения в комплексную терапию при язвенной болезни веществ, способствующих регенерации. Так, А. И. Гефтер (1966) вспоминает о витамине А, гидролизине, гистидине. Специальный препарат для этой цели описали Horwich и Galloway (1965). Совершенно естественно поэтому обратиться для стимуляции регенерации при язвенной болезни к синтетическим пиримидиновым производным.

При экспериментальных язвах желудка эффективность пиримидинов была показана неоднократно. Можно сослаться здесь лишь на одну из последних работ (А. А. Акимов и Н. В. Лазарев, 1966). Были попытки применения для лечения больных язвенной болезнью пентоксила — 5-оксиметил-4-метилурацила (А. Л. Ланда, 1961; П. Д. Рабинович, 1962). Однако пентоксил, отщепляя некоторые количества формальдегида, раздражает слизистую желудка и нередко вызывает жжение, тошноту и другие побочные реакции. Гораздо более обещающим стимулятором регенерации при язвенной болезни представляется метилурацил (метацил, 4-метилурацил), полностью свободный от указанных недостатков. В настоящее время он проходит испытание как противоязвенный агент в очень многих клиниках нашей страны и, по-видимому, дает очень хорошие результаты (Н. В. Лазарев и М. Л. Гершанович, 1965; А. М. Капитаненко и др.). Под действием метилурацила часто поразительно быстро исчезает болевой синдром, что производит огромное впечатление на больных. Из побочных явлений отмечаются лишь иногда легкие дерматиты. В условиях эксперимента метилурацил при язве желудка способствовал излечению лучше, чем викалин (Д. В. Зингер, В. Э. Колла, 1966).

Было бы очень интересно выяснить, не смогут ли стимуляторы регенерации сыграть терапевтическую роль и при таком недоступном пока для воздействия заболевании, как хронический гастрит. В отличие от прежних представлений, это заболевание по своей сути вовсе не воспаление, хотя воспалительные «наслоения» на основной патологический фон и встречаются нередко. Это «вероятно, прогрессирующее заболевание, при котором, коль скоро атрофия уже началась, ремиссии уже больше не наблюдаются» (Vilardell, стр. 378 в главе о хроническом гастрите в руководстве под ред. Voskus, 1963). Часто характеризуют данное заболевание скорее как «гастрит перестройки» или как особое и притом прогрессирующее дисрегенераторное состояние слизистой желудка (Ю. М. Лазовский, 1947; С. М. Рысс, 1965). Стоит попробовать применить и при этом заболевании пиримидиновые стимуляторы регенерации и анаболизаторы. Возможно, что они могут дать толчок к излечению, форсируя те явления, какие Д. С. Саркисов назвал «внутриклеточной регенерацией».

Бесспорно, как мы полагаем, обещающий объект для лечения стимуляторами регенерации представляет так называемый неспецифический язвенный колит, весьма тяжелое заболевание. Первые об успешном применении метилурацила для лечения больных хроническим неспецифическим колитом сообщили совсем недавно (1966) З. С. Баркаган и А. И. Линкина, и уже из разных мест поступают очень обнадеживающие отзывы об эффективности данного препарата.

Работами М. Л. Гершановича (1966) и других авторов с достоверностью установлена ценность терапии метилурацилом при тяжелых язвенных поражениях прямой кишки, возникающих у женщин как осложнение лучевой терапии при раке гениталий.

М. Ф. Камаев (1964) опубликовал очень интересную работу об успешном применении пентоксила при панкреатите. Возможно, что и в этом случае терапевтический эффект следует отнести за счет способности пентоксила усиливать регенерацию пострадавшего органа (хотя автор работы был склонен к другому объяснению). По крайней мере Л. Н. Стародубцева (1966) сумела доказать эффективность при экспериментальном панкреатите также и метилурацила.

В заключение напомним слова известного отечественного специалиста по проблеме регенерации Л. Д. Леознера (1966): «По существу процессы выздоровления, которые

наступают после разнообразных патологических нарушений, в основном представляющие или иные проявления регенерации». Иначе говоря, вопросы, рассмотренные в данной статье, относятся к «фармакологии выздоровления» при заболевании органов пищеварения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Акимов А. А. и Лазарев Н. В. *Вопр. онкол.*, 1966, 8. — 2. Аничков С. В. и Заводская И. С. Фармакотерапия язвенной болезни. Экспериментальное обоснование. *Медицина*, Л., 1965. — 3. Арзеева Е. Я.; Баркаган З. С. и Линкина А. И.; Зингер Д. В., Колла В. Э.; Стародубцева Л. Н. *Мат. конф. по проблеме применения пиримидиновых и пуриновых производных, посвящ. проф. А. А. Кронтовскому*. Л., 1966. — 4. Булавинцева В. И. и Вошанова Н. П. Предраковые заболевания желудка и роль диспансеризации в их выявлении и лечении. *Медицина*, М., 1964. — 5. Вермель Е. М. *Клин. мед.*, 1960, 4. — 6. Гершанович М. Л. В кн.: *Неспецифическая лекарственная профилактика и терапия рака*. *Медицина*, Л., 1966. — 7. Гефтер А. И. *Клин. лекции по внутренним болезням*. *Медицина*, М., 1966. — 8. Голощапов Н. М. *Вопр. онкол.*, 1965, 9. — 9. Камаев М. Ф. *Клин. мед.*, 1964, 10. — 10. Капитаненко А. М. *Мат. V научн. конф. Центр. воен. госп. им. П. В. Мандрыка*. М., 1966. — 11. Каплан Ф. С. *Врач. дело*, 1965, 2. — 12. Лазарев Н. В. и Акимов А. А. *Вопр. онкол.*, 1966, 8. — 13. Лазарев Н. В. и Гершанович М. Л. *Казанский мед. ж.*, 1965, 6. — 14. Лазовский Ю. М. *Функциональная морфология желудка в норме и в патологии*. *Медгиз*, М., 1947. — 15. Ланда А. Л. *Казанский мед. ж.*, 1961, 4. — 16. Левин Г. Л. *Очерки желудочной патологии*. *Медицина*, М., 1964. — 17. Лиознер Л. Д. *Предисловие к книге: Очерки по проблеме регенерации*. *Медицина*, М., 1966. — 18. Мельников А. В. *Клиника предопухолевых заболеваний желудка*. *Медгиз*, М., 1954. — 19. Неймарк И. О. *Клин. мед.*, 1964, 2. — 20. Ногаллер А. М. *Диагностика и лечение хронических заболеваний органов пищеварения*. *Медицина*, М., 1966. — 21. Рабинович П. Д. В сб.: *Вопросы теоретической и клинической медицины*. Чита, 1962. — 22. Раков А. И. *Профилактика злокачественных опухолей*. *Медгиз*, М., 1955. — 23. Рысс С. М. *Вестн. АМН СССР*, 1965, 2. — 24. Ташев Т., Маждраков Г., Симеонов А., Браилски Хр., Недкова-Братанова Н., Янчев В., Балабанов Г. *Болезни желудка, кишечника и брюшины*. София, 1964. — 25. Федорев А. С. *Рак желудка из язвы*. *Медгиз*, М., 1948. — 26. Bockus H. L. *Gastroenterology*, v. 1, 2. Ed. Philadelphia — London, 1963. — 27. Horwich L., Galloway R. *Brit. med. j.*, 1965, 2, 1274. — 28. Kirsner J. B. *Symposium of Peptic Ulcer*. JAMA, 1964, 187, 6. — 29. Mc Hardy G. G. (Ed.). *Curr. Gastroenterology*. N. Y., 1962; *The Medical Treatment of Peptic Ulcer*. Springfield, Ill., 1963. — 30. Palmer E. D. *Clinical Gastroenterology*. Second Edition. N. Y., 1963.

УДК 616.366—003.7—616—07.616—089

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ОПЕРАТИВНОЙ ТАКТИКИ ПРИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

И. Ф. Харитонов и С. Я. Кнубовец

*Клиника факультетской хирургии им. А. В. Вишневого (зав.—проф. И. Ф. Харитонов)
Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института
им. С. В. Курашова*

Коллектив факультетской хирургической клиники им. А. В. Вишневого за последнее десятилетие в ряду других разрабатывает также проблему хирургического лечения при заболеваниях желчевыводящих путей. Исследование ведется путем экспериментов на животных и клинического изучения заболевания.

В. С. Гирфанов, изучая моторную функцию желчного пузыря в экспериментах на собаках, установил, что на нее влияет как центральная нервная система через блуждающие, чревные нервы и задние корешки D₁₁—L₁ спинного мозга, так и элементов интра-органной нервной образований. Электрические раздражения блуждающих нервов и задних корешков D₁₁—L₁ спинного мозга обуславливают усиление сокращений желчного пузыря, раздражения же чревного нерва — их затухание и падение тонуса органа.

Интересными с практической точки зрения являются исследования функции медиаторов. При экспериментальном нарушении синтеза ацетилхолина (медиатора блуждающего нерва) путем удаления большей части поджелудочной железы В. С. Гирфанов наблюдал выпадение усиливающего влияния блуждающего нерва на сократительную деятельность желчного пузыря.

Изучение влияний желчного пузыря при раздражении его рецепторных аппаратов на сократительную функцию желудочно-кишечного тракта показало наличие рефлексорных связей желчного пузыря с желудком, двенадцатиперстной кишкой, тонким и толстым кишечником. Во всех этих органах прекращалась перистальтика в моменты раздражения рецепторов желчного пузыря.

Таблица 1

Годы	Число поступивших больных	Число оперированных больных	Из них умерло
1940—1944	10	9	1
1945—1950	8	6	1
1951—1955	56	44	1
1956—1962	84	77	2
1962—1966	219	216	6
Итого . . .	337	350	11

Данные табл. 1 показывают постепенное увеличение числа больных с холециститом на фоне желчнокаменной болезни, начиная с 1951 года. Особенно резкое увеличение этой категории больных произошло с 1962 г. 82% больных с желчнокаменной болезнью были женщины в возрасте от 30 до 50 лет.

Одним из частых и тяжелых симптомов холецистита на фоне желчнокаменной болезни являются камни в желчных протоках. Конкременты в протоках, песок, замазкообразная масса, гнойные сгущения желчи с выпавшими в ней солями или хлопьями холестерина, полностью или частично закупоривая общий желчный проток, могут вызывать механическую желтуху, а также расширение желчных протоков. Камни на месте закупорки обуславливают развитие язв, которые, рубцуясь, приводят к стриктурам. Иногда же мелкие, а также обтекаемые конкременты весьма крупного размера клинически долгое время ничем себя не проявляют.

Частота камней желчных протоков по данным разных авторов колеблется от 4 до 39%. Если учесть все возрастные группы, «молчаливые камни» и данные вскрытия, то частота камней в общем желчном протоке составит около 10% (Glenn, 1952).

Обнаружение камней в протоках и удаление их связаны с необходимостью производства холедохотомии. Выявление камней в желчных протоках до введения в практику манометрии, холангиографии, холедохоскопии проводилось только путем пальпации желчных путей и ревизии их зондом или пальцем, введенным в расширенные желчные пути. Несовершенство этих методов обуславливало нередко оставление в отводящих желчных путях камней или скоплений песка. Glenn и Johnson (1957), Saypol (1961) считают, что позиция авторов, действующих под девизом «если ты сомневаешься, то вскрывай холедох», мало оправдана. Collett, Saylor, Tirmann (1950), Calcock, Perey (1963, 1964) полагают, что чем чаще вскрывается холедох, тем больше камней обнаруживается. Такая точка зрения приводит к росту числа необоснованных вскрытий и уменьшению числа положительных находок. В настоящее время вскрытие общего желчного протока производят при положительных данных рентгенологического обследования желчных путей как до, так и во время операции (Б. А. Королез и Д. Л. Пиковский, 1961; А. Н. Бакулев и Ю. И. Морозов, 1963; В. М. Ситенко и А. И. Нечай, 1964; Smith, Wilhelm, 1959, и др.).

У авторов, применяющих операционную холангиографию систематически, процент положительных находок при вскрытии общего желчного протока колеблется от 48 до 70,5%.

В нашей клинике с 1951 по 1966 г. оперативному лечению подвергнуто 336 больных с холециститом и его осложнениями. В 1951—1961 гг. оперировано 120, в 1962—1966 гг. — 216 больных. Послеоперационная летальность составляла до 1962 г. 6,6%, в 1962—1966 гг. — 3,2%. Холедохотомия произведена 88 раз. Систематическое применение с 1962 г. дооперационной внутривенной холеграфии 20% билигностом (у 138 больных), рентгеноанометрического исследования по Малле-Ги — Виноградову (у 165 больных) позволило уточнить клинические показания к вскрытию желчного протока.

Если в 1951—1961 гг. холедохотомия произведена у 29 (24%) больных и камни обнаружены у 18 (15%), то в 1962—1966 гг. — соответственно у 59 (27,3%) и у 47 (21,8%).

Камни обнаружены у 11 из 22 повторно оперированных больных, у которых они были просмотрены при первой операции. У 3 больных были камни в желчных протоках при отсутствии их в желчном пузыре. Обычно это крупные одиночные камни. Диаметр пузырного протока в таких случаях достигает 10 мм, гепатохоледох расширен, стенка его утолщена. Печеночные колики без желтухи, а впоследствии приступы болей в эпигастрии с иррадиацией в грудную клетку, область сердца и остро развившаяся желтуха с повышением температуры до 38° указывают на миграцию камня из желчного пузыря в проток. Glenn и Beil (1964) выделяют 3 самые частые локализации конкрементов в протоках: множественные камни, расположенные в любом месте протока; один

вентильный камень в дистальной части общего желчного протока; камень или камни в интрадуоденальной части общего желчного протока или в ампуле Фатера.

По данным ряда авторов множественные конкременты встречались в 70%. В. В. Виноградов (1962) нашел их у 16 из 30 больных. Число конкрементов может варьировать от 2—3 до 10, 20, 40 и т. д. Нами множественные камни были обнаружены у 30 из 47 больных.

Частота локализации конкрементов в области фатерова соска по В. В. Виноградову (1962) составляет примерно 10—20%. Мы выявили конкременты в фатеровом соске у 13 больных. По данным Wildegans (1956) 20% больных с холедохолитиазом имеют одновременно камни в печеночном протоке или в его ветвях. Камни в одном только печеночном протоке встречаются крайне редко. Обычно они сочетаются с камнями в пузыре и общем желчном протоке.

Norman (1952) находил камни печеночного протока в 5,3% всех холецистэктомий и в 23,6% холедохолитиаза, Hess (1955) — в 3,7% холелитиаза и в 15,7% холедохолитиаза (по его наблюдениям две трети камней печеночного протока лежат внутрипеченочно и половина располагается в левом протоке, обычно более расширенном, чем правый). Нами конкременты в печеночном протоке одновременно с камнями в общем желчном протоке обнаружены у 19 больных.

Методом рентгеноманометрии камни желчных протоков диагностируются на основании прямых и косвенных признаков. Закупорка камнем дистального отдела общего желчного протока ведет к повышению остаточного давления до 250—350 мм водяного столба, при каждой вновь создаваемой гиперпрессии оно ступенчато нарастает («симптом эшелонирования» В. В. Виноградова). Когда конкременты обтекаемы, в супрадуоденальном отделе или в ампуле Фатера также наблюдается повышение остаточного давления. В результате многократных исследований первоначально высокие величины давления снижаются, но остаются все же выше нормы. Характерным рентгенологическим признаком конкремента является дефект наполнения в виде округлого с ровными контурами участка просветления в тени контрастного вещества, которое заполняет проток.

Множественные конкременты на холангиограммах дают участки просветления разнообразной формы и интенсивности, напоминающие ячейки сот. Дефекты наполнения всегда получаются меньшими по сравнению с истинными размерами конкремента. При значительной ширине протока и малых размерах камня просветление будет неясным, в виде округлого участка полутени. Мелкие множественные камни диаметром 2—3 мм, плавающие в супрадуоденальном отделе протока, не контрастируются даже в 25—35% контрастных растворах. В подобных случаях придается большое значение сравнению клинических данных с выявляемыми косвенными рентгенологическими признаками патологии желчных протоков (расширение протока, замедленное прохождение контрастного вещества через фатеров сосок).

Если конкремент располагается пристеночно, то на холангиограмме определяется около стенки протока дефект наполнения. Камень, закупоривающий дистальный конец общего желчного протока, распознается по характерному «феномену обтекания», при котором слепой конец протока обычно заканчивается полулунным кверху контуром (рис. 1).

Ущемленные камни фатерова соска пальпаторно выявляются с трудом. При зондировании эти камни могут проталкиваться в просвет двенадцатиперстной кишки, что удавалось наблюдать при дуоденотомии.

Эффективность рентгеноманометрического исследования особенно демонстративна в диагностике ущемленных камней фатерова соска, которые не удалось обнаружить пальпаторно у 30% больных.

Замаскообразная масса (скопление песка) не имеет определенной формы, и поэтому дефекты наполнения, которые ею обусловлены, не имеют контура, а получаются на холангиограмме в виде затененной зоны, которую в верхних отделах общего печеночного протока на фоне наслаивающейся тени увеличенной нависающей печени трудно определить.

Особые трудности для распознавания методами холангиоманометрии и холангиографии представляют мелкие множественные конкременты, а также камни, располагающиеся в печеночном протоке. Несмотря на то, что обнаружение конкрементов с введением операционной холангиографии и манометрии, по данным большинства авторов, утруилось, все же наблюдается просмотр примерно в 4%.



Рис. 1.

Нами повторно (в 3-й раз) оперировано 2 больных с рецидивом холедохолитиаза, которым при второй операции производилась операционная холангиография, а у одного и холедохоскопия. При этом следует отметить, что операция не была полной, изменение фатерова соска трактовалось как стеноз II ст., папиллотомия не производилась, а проток дренировался.

Для лучшей интерпретации холангиограмм во время операции, когда затруднительно переключение внимания хирурга и его ассистентов с одного вида работы на другой, С. Я. Кнубовичем сконструирован аквонегатоскоп по идее В. В. Виноградсва (кафедра хирургии Университета Дружбы имени П. Лумумбы).

Аквонегатоскоп представляет собой аквариум из оргстекла в виде прямоугольника с подсвечиванием через заднюю стенку лампами дневного света опущенных в него холангиограмм. Аквонегатоскоп позволяет экономить 2—3 минуты, необходимые для промывания рентгенопленок после проявления и фиксирования; дает возможность хирургам в спокойной обстановке по ходу операции детально рассмотреть холангиограммы при консультации компетентного рентгенолога; повышает качество обучения студентов.

При подозрении на конкременты наличие их уточняется эндоскопическим исследованием желчных путей. Камни легко видимы при холедохоскопии. При множественных конкрементах после извлечения их осмотр протока производится несколько раз, что позволяет контролировать тщательность санации. Если желчный проток заполнен замаскообразной массой, эндоскопический контроль должен проводиться чрезвычайно скрупулезно, оставление ее в протоке без устранения сопутствующего папиллостеноза, как показало одно наше наблюдение, может привести к рецидиву холедохолитиаза.

Диагностическая ценность дооперационной внутривенной холеграфии билиностом или билиграфином в выявлении патологии желчных путей, и в частности конкрементов, общезвестна (Л. Д. Линдербратен, 1953; Т. Горникевич, 1957; Фромгольд, 1961; С. А. Микртурмов, Г. И. Варновицкий и К. Ф. Смирнов, 1962; Э. И. Гальперин и И. М. Островская; Г. Д. Вилявин и Э. Ф. Гришкевич, 1964; А. С. Зарзар, В. П. Семеняко, 1965; Mallet-Guy, Jacquement, 1956, и др.).

Мы провели сравнительный анализ данных внутривенной холеграфии и операционного рентгеноманометрического исследования у 98 больных. При внутривенной холеграфии возникло подозрение на конкременты в протоках только у 4 больных. Операционное рентгеноманометрическое исследование выявило конкременты у 22 больных.

У 80% больных при дооперационной внутривенной холеграфии камни не были распознаны. Следовательно, необходимо применять рентгеноманометрическое исследование на операционном столе. Возможностями рентгеноманометрического исследования можно не пользоваться только при выявлении нормальных желчных протоков со своевременной эвакуацией контрастного вещества в двенадцатиперстную кишку при дооперационной внутривенной холеграфии. Наряду с клиническими данными (желтуха, расширение желчных протоков, мелкие камни в желчном пузыре при расширенном пузырном протоке, положительные результаты пальпации), являющимися показаниями к холедохотомии, рентгеноманометрическое исследование позволяет дополнительно выявить конкременты в протоках, снижает число напрасных холедохотомий.

Хирургическое лечение больных холедохолитиазом не может проводиться без учета сопутствующих заболеваний желчных путей (холангит, папиллит, папиллостеноз), заболеваний печени (гепатит) и поджелудочной железы (холецистопанкреатит).

Выявление холедохолитиаза во всем его многообразии, а также сопутствующих заболеваний требует от хирурга производства операции в полном соответствии с обнаруженной патологией.

У 29 больных мы заканчивали холедохотомию наружным отведением желчи дренажем по А. В. Вишнеvesкому. Показаниями к дренированию были камни желчного протока с сопутствующим холангитом, камни желчного протока в сочетании с панкреатитом и гепатитом.

У 5 больных после удаления большого одиночного камня при полной проходимости фатерова соска, установленной во время операции холангиографией и зондированием, был применен глухой шов холедоха. У 2 из них рана протока заживала под «прикрытием» разгрузочного дренажа через пузырный проток (Д. Л. Пиковский, 1964; Л. М. Шор и А. Я. Данилов, 1966).

У 12 больных операция была закончена наложением холедоходуоденоанастомоза. Показаниями к нему служили множественные мелкие камни с замаскообразной массой в расширенном протоке с утолщенными стенками (диаметр протока 15 мм и более), холангит, индурация головки поджелудочной железы, стеноз фатерова соска I—II ст.

У 16 больных произведена трансдуоденальная папиллотомия (при ущемленных камнях фатерова соска, стенозе II—III ст., трудно удалимых камнях области ампулы соска, у больных в основном в возрасте 40—60 лет). Папиллотомия сочеталась с дренажом по Долиотти.

ВЫВОДЫ

1. Показания к вскрытию общего желчного протока базируются на данных клинико-рентгеноманометрического исследования.

2. Рентгеноманометрическое исследование во время операции по сравнению с данными клинического исследования позволяет дополнительно выявить конкременты в протоках, снижает число напрасных холедохотомий «в связи с подозрением».

ЛИТЕРАТУРА

1. Бакулев А. Н. и Морозов Ю. И. Хирургия, 1963, 11. — 2. Вилявин Г. Д. и Гришкевич Э. Ф. Хирургия, 1964, 1. — 3. Гальперин Э. И. и Островская И. М. Контрастное исследование в хирургии желчных путей. Медицина, М., 1964. — 4. Горникевич Т. Вестн. рентгенол. и радиол., 1957, 1. — 5. Зарзар А. С. и Семьяко В. П. Мед. ж. Узбекистана, 1963, 8. — 6. Королев Б. А. и Пиковский Д. Л. Хирургия, 1961, 7. — 7. Линдебрaten Л. Д. Рентгенологическое исследование печени и желчных путей. Медгиз, М., 1953. — 8. Микиртумов С. М., Варновский Г. И. и Смирнов К. Ф. Сов. мед., 1962, 12. — 9. Пиковский Д. Л. Осложненный холецистит и его хирургическое лечение. Автореф. докт. дисс., Горький, 1964. — 10. Ситенко В. М. и Нечай А. И. Вестн. хир., 1964, 4. — 11. Фромгольд. Радиология диагностика, 1961, 2. — 12. Шор Л. М. и Данилов А. Я. Вестн. хир., 1966, 9. — 13. Calcock P. B., Perey B. Surg. Gynec. Obstet., 1963, 5; 1964, 1. — 14. Collett H., Caylor H., Tirman W. Am. J. Surg., 1950, 5. — 15. Glenn F. Surg. Gynec. Obstet., 1952, 4. — 16. Glenn F., Johnson G. Ibid., 1957, 2. — 17. Glenn F., Beil A. Ibid., 1964, 3. — 18. Hess W. Operation Cholangiographie. J. Thiene, Stuttgart, 1955. — 19. Mallet-Guy P., Jacquement P. Lion Chir., 1956, 2. — 20. Norman O. Surg. Gynec. Obstet., 1952, 2. — 21. Saupol G. M. Ann. Surg., 1961, 4. — 22. Smith A. M., Wilhelm M. C. Am. J. Surg., 1959, 4. — 23. Wildehans H. Chirurg, 1956, 1.

УДК 616.12—007.2—616.12—008.46

ПОМОЩЬ ПРИ ОСТРОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ БОЛЬНЫМ ПОРОКАМИ СЕРДЦА

С. В. Шестаков и И. В. Максимова

*Кафедра пропедевтики внутренних болезней (зав. — проф. С. В. Шестаков)
Куйбышевского медицинского института*

Острая сердечная недостаточность, это тяжелое осложнение заболеваний сердца, значительно ухудшает прогноз и иногда ведет к летальному исходу.

Настоящее сообщение основано на наблюдении за лечением 46 больных пороками сердца с острой сердечной недостаточностью.

Мы считаем необходимым остановиться на одной особенности нарушений гемодинамики при митральном стенозе. При этом пороке сердца застой в легких является результатом не слабости левого желудочка, а своеобразного нарушения гемодинамики, возникающего вследствие того барьера, который имеется в левом предсердножелудочковом отверстии. Обычно у таких больных возникает легочная гипертензия и усиление деятельности правого желудочка.

Преобладала левожелудочковая сердечная недостаточность, но иногда она бывала тотальной. Нередко наряду с сердечной недостаточностью появлялась (10 больных) сосудистая. Это в значительной мере затрудняло борьбу с нарушением кровообращения.

При слабости сердца в первую очередь следует прибегать к введению самого сильного сердечного средства — строфантина. Но нужно помнить, что, во-первых, слишком большая доза его может вызвать тахикардию и даже трепетание желудочков, а во-вторых, усиление деятельности правого желудочка при митральных пороках увеличивает кровенаполнение малого круга кровообращения. Мы наблюдали у 2 больных, страдавших сочетанным митральным пороком с преобладанием стеноза, приступ сердечной астмы с отеком легких при внутривенном введении строфантина. Полнокардиографический анализ деятельности сердца показывает, что у ряда больных под действием строфантина нормализуются фазы систолы левого желудочка, укорачивается фаза изометрического сокращения и период напряжения в целом, а фаза изотонического сокращения удлиняется.

Если введение строфантина не помогает, необходимо сделать кровопускание с последующим повторным введением строфантина. Такая терапия была проведена 24 больным ревматическими пороками сердца с явлениями острой сердечной недостаточности.

У большинства это мероприятие привело к ликвидации отека легких. Иногда врача останавливает от проведения кровопускания низкое АД. Если это результат сосудистой недостаточности, то нужно поднять АД с помощью введения мезатона или других средств.

Неосомненную и часто даже большую, чем кровопускание, пользу в борьбе с отеком легких сердечного происхождения могут принести ганглиоблокирующие средства.

Мы разделяем мнение Б. Б. Когана, что больным с сердечной астмой при достаточно высоком АД целесообразнее вводить эуфиллин. Гексаметоний иногда также действует при отеке легких сильнее, чем кровопускание. О могучем действии гексаметония подробно сообщал А. В. Виноградов. Путем экспериментальных исследований и клинических наблюдений он установил, что гексоний увеличивает минутный объем без сопутствующего увеличения внешней работы сердца. За последние полгода мы успешно применили гексаметоний при отеке легких 11 больным 14 раз.

При назначении мезатона или норадреналина необходимо учесть следующее. Ассистент нашей клиники И. Я. Певзнер в эксперименте на собаках показал, что адреналин и норадреналин оказывают выраженное гистотоксическое действие на сердечную мышцу. Это объясняется относительным увеличением поступления в сердечную мышцу катехоламинов, повышением обмена веществ в сердце и неусвоением клетками миокарда кислорода. Мезатон же обладает слабо выраженным гистотоксическим действием, поэтому он при лечении больных с сосудистой недостаточностью и поражении сердца безопаснее, чем норадреналин и адреналин.

При падении АД, ослаблении пульса мы вводим внутривенно ампульный раствор преднизолона (30—40 мг).

Целесообразны при острой сердечной недостаточности, особенно левожелудочковой, инъекции промедола, пантопона, морфина в сочетании с платифиллином или атропином. Снижение возбудимости дыхательного центра ведет к уменьшению удушья, явлений отека легких.

Действенным мероприятием является вдыхание кислорода, насыщенного парами спирта.

При пароксизмальной тахикардии, мерцании и трепетании предсердия мы назначали внутримышечно 2 мл 10% раствора новокаинамида. Если не было побочных реакций, вводили еще 5 мл внутримышечно и реже внутривенно. При отсутствии эффекта через 30 мин. повторяли инъекцию в той же дозе. Если удушье и отек легких возникали в результате пароксизмальной тахикардии или тахисистолической формы мерцания и трепетания предсердий и медикаментозное лечение не давало эффекта, мы производили электрическую дефибрилляцию сердца (Ю. П. Миронова).

Нередко при острой сердечной недостаточности возникает рвота, чему может способствовать введение наркотиков. Для устранения рвоты мы вводили внутримышечно аминазин, а при низком АД — одновременно и мезатон. У большинства больных рвота прекращалась.

Если перечисленные методы не снимали сердечной недостаточности у больных с митральным стенозом, производилась комиссуротомия (Е. В. Пономарев, клиника факультетской хирургии).

Мы, как и Р. Г. Межебовский, М. С. Вовси и сотр., считаем противопоказанным введение глюкозы при выраженной сердечной недостаточности. Внутривенное вливание гипертонического раствора глюкозы увеличивает количество циркулирующей крови и ведет к перегрузке сердца. Кроме того, глюкоза увеличивает потребность сердца в кислороде, и без того нуждающегося в нем, особенно при нарушениях коронарного кровообращения. Также нецелесообразно, по нашему мнению, введение концентрированного раствора хлористого кальция.

Лечение больных с острой сердечной недостаточностью требует применения различных средств, причем подбор их должен меняться в зависимости от состояния больного.

Применяя описанные методы, мы из 46 больных с явлениями острой сердечной недостаточности получили хороший эффект у 42.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вовси М. С., Кишинский Е. Л. Исследование коронарного кровообращения. Прага, 1960. — 2. Коган Б. Б. Тр. I Всероссийского съезда терапевтов. Медгиз, М., 1960. — 3. Межебовский Р. Г. Лечение и профилактика сердечной недостаточности. Медгиз, М., 1963. — 4. Шестаков С. В., Гасилин В. С., Федосеев А. А. Мат. II Всероссийского съезда терапевтов. Медицина, М., 1964.

Л. И. Узбекова и Ф. Ф. Кильматова

*1-я кафедра терапии (зав. — проф. Л. М. Рахлин) Казанского ГИДУВа
им. В. И. Ленина*

Протезирование клапанного аппарата сердца при приобретенных пороках уже прошло свои первые шаги в клинической практике и начинает применяться все шире.

Мы считаем нужным поделиться наблюдениями над своеобразными аускультативными и фонокардиографическими феноменами, возникшими при замене клапана шариковым протезом у 2 больных рецидивирующим ревматическим эндомиокардитом с митральной локализацией.

1. Б., 23 лет, оперирован 14/XII 1965 г. в хирургической клинике 1-го МОЛМИ им. И. М. Сеченова.

На ФКГ до операции (рис. 1) — меняющаяся амплитуда I тона, расщепленный II тон, щелчок открытия митрального клапана через 0,12" после закрытия аортального клапана. Интервал Q — I тон равен 0,07". Сплошной систолический шум нисходящей формы, протодиастолический шум.

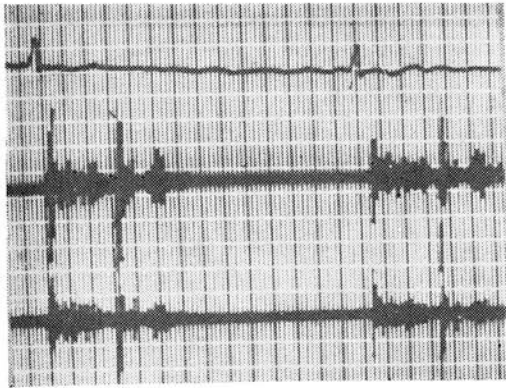


Рис. 1.

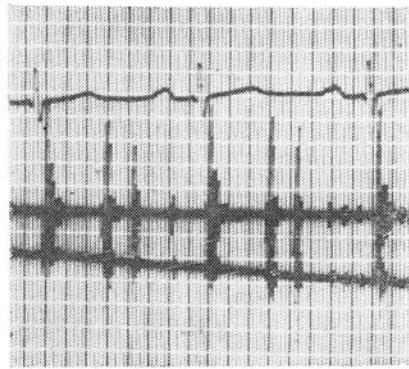


Рис. 2.

При аускультации больного после операции обращает на себя внимание много-
 членный характер сердечных тонов с грубым их звучанием. На ФКГ от 18/II 1966 г.
 (рис. 2) высокие осцилляции тона закрытия протезированного митрального клапана
 на всех точках записи, возникающие через 0,06" после зубца Q ЭКГ, превосходят по
 амплитуде I тон, зарегистрированный до операции. II тон, низкоамплитудный на вер-
 хушке, резко повышает свою амплитуду по левому краю грудины и на сосудах. Через
 0,1" после закрытия аортального клапана возникает высокоамплитудный «щелчок
 открытия» митрального клапана при отбрасывании шарика в начале диастолы к вер-
 шине клетки протеза. Имеется дополнительный диастолический тон, совпадающий по
 времени с вершиной зубца Р, непостоянный по своей амплитуде, иногда удвоенный,
 лучше регистрируемый, как и вышеописанные тоны, с фильтром m_2 . Мы согласны с
 Г. И. Кассирским и др. (1965), объясняющими дополнительный тон в пресистоле уда-
 ром шарика о каркас под давлением волны крови, поступающей через митральное от-
 верстие во время систолы предсердий. Регистрируется не слышимый при аускуль-
 тации нисходящий низкоамплитудный систолический шум с максимальной точкой за-
 писи в области проекции митрального клапана, по-видимому связанный с турбулент-
 ным током крови во время систолы желудочков вокруг клетки протеза. Этот шум име-
 ет другую частотную и графическую характеристику сравнительно с шумом митраль-
 ной регургитации, записанным до протезирования клапана. Отмечается полное исчезно-
 вение диастолического шума.

2. Х., 27 лет, перенес операцию замены митрального клапана шариковым протезом
 18/I 1966 г. в госпитальной хирургической клинике 1-го МОЛМИ. После опера-

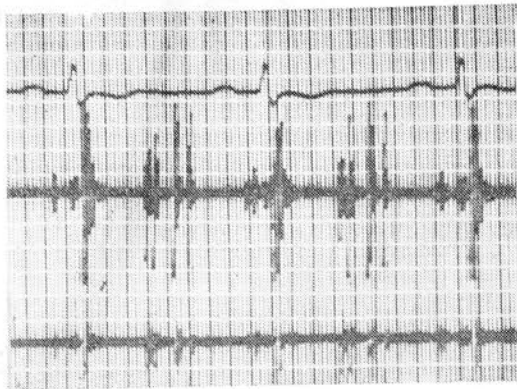


Рис. 3.

Griswold, Starr. «Щелчок открытия» митрального клапана через 0,13", что говорит о хорошей гемодинамической функции. С концом зубца Р ЭКГ совпадает дополнительный тон удара шарика о клетку протеза в результате систолы предсердий. На ФКГ регистрируется очень короткий протосистолический шум.

Таким образом, у обоих наших больных в результате деятельности шарикового протеза, замещающего митральный клапан, возникают громкие тоны, имеющие на ФКГ высокую амплитуду и частоту. Движение шарика в протезе при открытии и закрытии атриовентрикулярного отверстия вызывает многочисленные ритмы сердца. Тоны открытия и закрытия могут быть двойными, как показывает ФКГ больного Х. И по литературным, и по нашим данным установлено исчезновение акустических и фонокардиографических признаков стеноза отверстия. Однако может появиться систолический шум вследствие митральной регургитации.

Выше мы отметили, что протезирование митрального клапана привело к значительному улучшению гемодинамических условий у наших больных. С этой точки зрения интересны изменения в таком показателе сократительной функции миокарда, как структура систолы желудочков. Фазовый анализ по методу Блюмбергера — Холльдака, проведенный до операции у больного Б., заболевание которого было осложнено мерцательной аритмией, показал снижение сократительной способности миокарда. Несмотря на то, что длительной терапией гликозидами наперстянки поддерживалась медленная форма мерцания, такой показатель функционального состояния миокарда, как продолжительность фазы изометрического сокращения, оказался удлинненным до 0,07", продолжительность периода напряжения — до 0,135". Уменьшен период изгнания до 0,19", снижен внутрисистолический показатель до 0,73% и механический коэффициент Блюмбергера до 1,46.

Исследование фазовой структуры систолы этого больного через 2 месяца после протезирования митрального клапана выявило улучшение показателей сократительной способности миокарда: укорочение фазы изометрического сокращения до 0,04" и фазы напряжения до 0,11", удлинение фазы изгнания до 0,23", повышение внутрисистолического показателя до 85% и механического коэффициента Блюмбергера до 2,04.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кассирский Г. И., Астраханцева Г. И., Харин В. Ю. Тер. арх., 1965, 2. — 2. Morrow A. G. a. o. Circulation, 1964, N 4, Suppl. N 1, Vol. XXIX, p. 2—14. — 3. Judson W. E. a. o. Ibid., p. 14—30. — 4. Boicourt O. W. a. o. Ibid., 1965, N 4, Vol. XXXII, Suppl. N 2, p. 54. — 5. Bristow J. D. a. o. Ibid., p. 54. — 6. Braunwald E. a. o. Ibid., p. 58. — 7. Harvey W. P. a. o. Ibid., p. 108.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ТАУРЕМИЗИНА ПРИ ОСТРЫХ ИНТОКСИКАЦИЯХ

Н. М. Петров и В. В. Трусков

Кафедра госпитальной терапии (зав. — доц. Л. А. Лещинский) Ижевского медицинского института

Вопрос о рациональной терапии при острых отравлениях остается актуальным и в настоящее время. В общем комплексе мероприятий немалое значение отводится патогенетической и симптоматической терапии средствами, улучшающими функциональное состояние важнейших органов и физиологических систем организма, в частности фармакопрепаратами аналептического действия. В настоящее время арсенал лекарственных средств, обладающих аналептическим эффектом, пополнился рядом новых препаратов, к числу которых можно отнести новый сесквитерпеновый лактон — тауремизин ($C_{15}H_{20}O_4$), выделенный во Всесоюзном институте лекарственных и ароматических растений (К. С. Рыбалко и соавт., 1960) из крымской полыни (*Artemisia taurica* Willd.). По экспериментальным данным, он в дозе 5 мг/кг веса оказывает отчетливое возбуждающее действие на кору головного мозга, повышает АД, усиливает сокращения мышцы сердца.

Тауремизин утвержден Фармакологическим комитетом МЗ СССР и рекомендован для использования в клинической практике при показаниях к применению средств типа камфары, кофеина.

На кафедре госпитальной терапии Ижевского медицинского института тауремизин проходил клинические испытания с 1963 г. Установлено, что он дает хороший вазотонический эффект при острой сосудистой недостаточности, оказывает отчетливое кардиотоническое действие. Применение его у больных с хронической недостаточностью кровообращения (H_1 , H_2A) приводило к значительному клиническому улучшению (В. В. Трусков и соавт., 1965; Н. М. Петров, 1966, 1967). Внутреннее введение тауремизина обеспечивает быстрый фармакодинамический эффект.

Мы применили тауремизин в качестве аналептика у 182 больных с острыми интоксикациями. Первую группу составили больные с острыми отравлениями снотворными (6) и с острой алкогольной интоксикацией (88), вторую — больные с острыми токсикоинфекциями (73), третью — больные с отравлениями уксусной кислотой (15).

Тауремизин вводили внутривенно по 1—2 мл 0,25% раствора в 10—20 мл физиологического раствора. У части больных тауремизин применяли до 3 раз в сутки по 2 мл 0,25% раствора.

У больных 1-й гр. значительно улучшалось общее состояние. Нередко уже через 15—20 мин. после инъекции препарата АД, до лечения сниженное, выравнивалось, улучшались показатели гемодинамики, становилось более глубоким и ровным дыхание, улучшалось наполнение пульса, исчезала тахикардия, уменьшался цианоз конечностей и бледность кожных покровов, восстанавливались рефлексы, больные выходили из бессознательного или сопорозного состояния. Лучший эффект наблюдался при алкогольных отравлениях средней тяжести.

Однократные внутривенные инъекции тауремизина (1 мл 0,25% раствора) вызывают отчетливое повышение артериального и венозного давления у больных с острыми отравлениями, а также оказывают благоприятное влияние на скорость кровотока.

У большинства больных пищевыми токсикоинфекциями заболевание протекало тяжело, с выраженными явлениями общей интоксикации. Все больные поступали в клинику в течение 1-го дня заболевания. Диагноз мы ставили на основании типичной клинической картины (острое начало, многократная рвота, частый жидкий стул, судороги конечностей, бледность кожных покровов). У 36 больных диагноз был подтвержден бактериологическими и серологическими методами. У 59 больных АД (систолическое и диастолическое) до начала лечения было снижено, у 14 оно не определялось. Венозное давление у всех 73 больных было до начала лечения снижено. Всем больным тауремизин вводили внутривенно по 1—2 мл 0,25% раствора. Одновременно вводили подкожно 5% раствор глюкозы, физиологический раствор. Через 15—20 мин. после введения тауремизина общее состояние больных улучшалось, уменьшался цианоз конечностей и бледность кожных покровов, улучшалось наполнение пульса, исчезала тахикардия. Даже однократные инъекции тауремизина способствовали быстрому выравниванию артериального и венозного давления и вызывали ускорение кровотока. После промывания желудка и повторного введения тауремизина в сочетании с подкожными вливаниями глюкозы явления общей интоксикации постепенно исчезали. Каких-либо побочных реакций при применении тауремизина в указанных выше дозировках мы не наблюдали.

Мы сняли ЭКГ и ФКГ у 52 больных с алкогольной интоксикацией и у 58 с пищевым отравлением. Установлено закономерное урежение сердечных сокращений (на 8—19 в мин.) после однократной инъекции тауремизина, а также повышение вольтажа зубцов R и T на ЭКГ. У большинства большинства больных с острыми отравлениями

(130 чел. были обследованы до и после однократного введения препарата) тауремизин вызвал улучшение БКГ — увеличивался вольтаж воли систолических комплексов, их дифференциация. Улучшение БКГ обычно сочеталось с увеличением амплитуды I тона на ФКГ.

У больных с отравлениями уксусной кислотой клинический эффект тауремизина был менее выражен. Но под действием препарата у этой категории больных увеличивался диурез, что, по нашему мнению, очень важно. Восстановление функционального состояния почек у больных с отравлениями уксусной кислотой является одним из основных звеньев патогенетической терапии.

Специальная оценка функции почек, проведенная нами с помощью гиппурана I³¹, показала, что тауремизин вызывает отчетливое улучшение почечной гемодинамики и деятельности канальцев.

Необходимо особенно подчеркнуть клинически выраженный аналептический, четкий «пробуждающий» эффект тауремизина при отравлениях алкоголем и снотворными.

ЛИТЕРАТУРА

1. Петров Н. М., Трусов В. В. Мат. конф. физиологов, биохимиков и фармакологов с участием практических врачей. Уфа, 1966. — 2. Петров Н. М. Клин. мед., 1967, 2. — 3. Рыбалко К. С., Баньковский А. И., Перельсон М. Е. Медицинская промышленность СССР, 1960, 10. — 4. Трусов В. В., Пластинина Р. А., Петров Н. М. Мат. II межобластной уральской научной конференции терапевтов. Пермь, 1965.

ИСТОРИЯ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ МЕДИЦИНЫ

УДК 614.2—617

К ИСТОРИИ СТАНОВЛЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В КИРОВСКОЙ ОБЛАСТИ

В. Н. Потапенко

Главный врач Кировской областной клинической больницы

Далекой казанской провинцией был город Хлынов (ныне г. Киров) вместе с территорией 3 приписанных к нему уездов. В 1780 г. по указу Екатерины II было образовано Вятское наместничество. Город Хлынов стал губернским и был переименован в Вятку. На всю губернию в 1782 г. был только один врач Иоган Гленберг¹.

В 1804 г. в г. Казани был основан университет и при нем медицинский факультет. Его влияние на улучшение медицинского обслуживания населения довольно быстро распространилось и на всю обширную территорию Вятской губернии. Большинство врачей губернии получило образование в Казанском университете. Многие из них занимались научной работой под руководством ученых медицинского факультета и защищали докторские диссертации.

В 1834 г. врач Котельнической уездной больницы П. О. Нарбеков на четвертом году практической деятельности сдал в Казани экзамен «во всех частях повивального искусства», и ему было присвоено звание акушера. Работая в десятикоечной уездной больнице, он в 1834 г. первым в губернии успешно оперировал ущемленную паховую грыжу и в 1835 г. сделал перевязку наружной сонной артерии при аневризме. Он производил пластические операции по поводу заячьей губы. К великому сожалению, он скончался в 1837 г. в возрасте 30 лет.

В 1865 г. в Вятской губернии работало 24 врача, из них 15 окончили Казанский университет, 8 — Московский, 1 — Киевский. Один из воспитанников Казанского университета, Павел Степанович Сунцов, «исправлявший» должность губернского врачебного инспектора, имел ученую степень доктора медицины².

Петр Александрович Песков окончил медицинский факультет Казанского университета в 1861 г. и работал старшим врачом Вятской губернской больницы. Он впервые ввел листеровский метод лечения (1871 г.). По его инициативе в 1868 г. на базе губернской земской больницы была открыта медицинская школа, готовившая по составленной им программе оспопрививательниц, фельдшерских учениц, так называемых повитух, аптекарских учениц. П. А. Песков был убежденным сторонником применения женского труда в медицине. Его усилиями 1 февраля 1868 г. при губернской больнице было

¹ Государственный архив Кировской области (ГАКО), ф. 582, оп. 4, ед. хр. 46.

² ГАКО, ф. 633, оп. 3, ед. хр. 397.

открыто родильное отделение на 12 коек. Впоследствии П. А. Песков получил степень доктора медицины и был приват-доцентом Казанского университета, читал курс медицинской географии и статистики.

В клиниках Казанского университета проходили годичное научное усовершенствование многие уездные врачи Вятской губернии.

Александр Петрович Тепляшин в 1879 г. после окончания Казанского университета работал земским врачом в Глазовском уезде. В 1885 г. он получил звание оператора, в 1890 г. успешно сдал экзамены в Казанском университете на степень доктора медицины. К этому времени им было выполнено 18 научных работ¹. Перечислим некоторые из них: «О катарактах вследствие хронического отравления спорыньей» (Медицинское обозрение, 1889, 5), «К казуистике влияния эрготизма на образование катаракты» (Медицинский вестник, 1883, 45), «Краткий отчет о глазных болезнях Глазовской земской больницы с ноября 1885 г. до января 1888 г.» (Вестник офтальмологии, 1888, 3), «О слепоте среди лиц призывного возраста в Глазовском уезде» (Труды VI съезда русских врачей, стр. 25²). В 1891 г. А. П. Тепляшин был избран профессорским стипендиатом кафедры офтальмологии, и в 1892 г. он переехал в г. Казань³. В 1894 г.⁴ он возглавил «летучий глазной отряд»⁵ для поездки в Вятскую губернскую больницу, где на период его приезда был развернут стационар для страдающих глазными заболеваниями. Здесь он работал около месяца, произвел множество глазных операций, проконсультировал большое количество больных. А. П. Тепляшин «уж слишком наглядно показал» Вятскому земству, насколько велика потребность населения в специальной глазной помощи, и доказал необходимость организации глазного отделения в губернской больнице. В результате в 1895 г. земство разрешило открыть при Вятской губернской больнице глазное отделение на 12 коек.

Огромным авторитетом среди врачей и населения Вятской губернии пользовался другой окулист — Аркадий Иванович Сычев. Он был учеником проф. Е. В. Адамюка, возглавлявшего кафедру офтальмологии в Казанском университете. А. И. Сычев также защитил докторскую диссертацию.

Иван Васильевич Аксаков окончил Казанский университет в 1887 г. Вначале работал в Яранской уездной земской больнице, где написал диссертацию о сыпном тифе и в 1901 г. был удостоен степени доктора медицины. С 1902 г. он заведовал инфекционным отделением Вятской губернской больницы и одновременно преподавал в фельдшерской школе.

Степан Яковлевич Стрелков окончил Казанский университет в 1909 г. со степенью «лекаря с отличием». С апреля 1913 г. он работал в больнице города Слободского, где организовал и оборудовал хирургическое отделение. С 1917 по 1918 г. он был в рядах Красной Армии, был главным врачом полевого запасного госпиталя в г. Вятке, одновременно заведовал хирургическим отделением и работал рентгенологом. В 1921 г. он был избран ассистентом госпитальной хирургической клиники Пермского университета, в последующем — профессором хирургии Ижевского медицинского института.

В начале восьмидесятых годов XIX в. группа казанских хирургов (профессор теоретической хирургии Казанского университета Л. Л. Левшин, доцент клиники, впоследствии профессор Н. И. Студенский, приват-доцент гинеколога Пулло, В. И. Разумовский и доктор Нагибин, впоследствии видный хирург в Уфе) ездила в г. Яранск для производства новой по тому времени операции — овариотомии. Об этой поездке более чем за 200 верст, на лошадях, зимой, В. И. Разумовский вспоминал на страницах Нового хирургического архива (1923, 3).

Довольно часто врачи Вятской губернии для консультаций и сложных операций направляли больных в клиники г. Казани.

Казанский университет оказывал огромную помощь Вятскому земству и в подборе врачебных кадров на руководящие должности. Так, по рекомендации профессора Казанского университета М. А. Хомякова был принят на работу старшим врачом Вятской губернской больницы Н. А. Красовский⁶, пользовавшийся большим авторитетом среди населения. Впоследствии за революционную деятельность он был выслан из Вятской губернии.

Большое значение в повышении квалификации врачей имела главная библиотека Казанского университета, услугами которой особенно часто пользовалось общество врачей г. Вятки.

После Октябрьской революции, уже 4 февраля 1918 г., была упразднена должность губернского врачебного инспектора и его помощника и создан врачебно-санитарный отдел Совета крестьянских, рабочих и солдатских депутатов. Многие врачи бывш. Вятской губернии стали видными организаторами специализированной медицинской помощи.

Большой известностью и авторитетом среди населения пользовался Станислав Адольфович Драверт (1881—1964 гг.). Окончив Казанский университет со степенью

¹ ГАКО, ф. 583, оп. 607, ед. хр. 46, л. 13.

² Там же.

³ Там же.

⁴ Там же, ф. 616, оп. 6, ед. хр. 131, л. 17.

⁵ Там же.

⁶ Там же, ф. 583, оп. 607, ед. хр. 195.

лекаря с отличием в 1904 г., он вначале работал в участковых больницах Вятской губернии, затем в течение 22 лет заведовал гинекологическим отделением областной больницы (1924—1947 гг.). Станислав Адольфович по праву считается основоположником акушерско-гинекологической службы в области. Он подготовил плеяду замечательных врачей акушеров-гинекологов, которые с гордостью называют его своим учителем. «Только добрым словом вспоминаю Вас, доброго и милого человека, у которого я многому научился», — писал ему профессор Минского мед. института Николай Семенич Мисюк. Наряду с большой практической работой, Станислав Адольфович проводил научные исследования, часто выступал на заседаниях научного общества акушеров-гинекологов с содержательными докладами, которые способствовали улучшению гинекологической службы в области. Ряд его научных работ опубликован. За большие заслуги в области здравоохранения Указом Президиума Верховного Совета РСФСР от 10/IV 1956 г. Станиславу Адольфовичу Драверту присвоено звание заслуженного врача РСФСР.

Большую работу по ликвидации трахомы в области проводила Татьяна Михайловна Черницова, окончившая Казанский медицинский институт в 1930 г. Работая главным окулистом области, она организовала подворные обходы по выявлению трахомы, помогала создавать временные специализированные стационары, широко привлекала общественность. Активная профилактика и лечение позволили ликвидировать трахому в Кировской области.

Воспитанник Казанского университета Николай Васильевич Дернов стал крупным хирургом. Он организовал и много лет возглавлял областной онкологический диспансер.

Большой известностью пользуется Иван Хрисанфович Лысов, физиотерапевт больницы оздоровителя, окончивший Казанский университет в 1919 г.

Недавно защитил кандидатскую диссертацию хирург-онколог Евгений Павлович Сведенцев, окончивший Казанский медицинский институт в 1955 г.

Кировским городским отделом здравоохранения несколько лет заведует Роза Павловна Князева, окончившая Казанский мед. институт в 1949 г.

Этот список можно значительно продолжить.

Роль Казанского университета не ограничивается подготовкой врачей. Ежегодно Облздравотдел направляет около 30 врачей в Казань на усовершенствование знаний. В настоящее время в Кировской области работает свыше 200 врачей, окончивших Казанский медицинский институт.

Продолжается многогранное и многолетнее влияние Казанской высшей медицинской школы и ее славных научных и гуманитарных традиций на развитие медицинской помощи населению Кировской области.

УДК 616—085

К ИСТОРИИ ГОСПИТАЛЬНОЙ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ КЛИНИКИ КАЗАНСКОГО МЕДИЦИНСКОГО ИНСТИТУТА

А. Г. Терегулов, К. А. Маянская, В. Ф. Богоявленский

(Казань)

На медицинском факультете Казанского университета кафедра госпитальной терапии была создана в 1870 г. Инициатором и пропагандистом открытия кафедры был заведующий клиникой частной патологии и терапии проф. И. Г. Лингрен. Он является автором работ: «О значении госпитальной клиники», «О развитии госпитальной клиники при некоторых российских университетах», «Рассуждение о госпитальной клинике и о предполагаемом учреждении ее при Казанском университете».

Первым заведующим кафедрой госпитальной терапии был проф. И. И. Задерштет, по специальности акушер, но с 1863 по 1870 г. он возглавлял факультетскую терапевтическую клинику. Не располагая личным опытом, он лишь излагал студентам избранные главы заграничных руководств по терапии. В списке его трудов значатся три работы: «De cholera orientali» (Казань, 1855); «О правильных родовых потугах» (1855 г., диссертация) и «История акушерства» (1855 г.) — сочинение, представленное на конкурс для получения кафедры акушерства. Н. И. Загоскин пишет, что последние два труда были, по-видимому, рукописями.

В 1877 г. кафедру принял проф. М. Ф. Субботин, по специальности общий патолог. Его перу принадлежат докторская диссертация «Патология крови при уремии» и 5 статей, опубликованных в специальных журналах.

С 1886 по 1894 г. кафедру, которая к тому времени располагала 25 койками в больнице Приказа общественного призрения, возглавлял ученик проф. Н. А. Виноградова проф. М. А. Хомяков, клиницист с большим практическим опытом и научно-исследовательским талантом. Следуя виноградовскому направлению казанской терапевтической школы и оставаясь верным заветам С. П. Боткина, он на лекциях подробно разбирал больных и учил, что основной задачей лекции является не описание той или

ной болезни на больном, а описание болезни больного. Ему принадлежит ряд работ о происхождении первого тона сердца, дыхательных шумов, о диагностическом значении шума плеска, об определении белка в моче и др. Он является автором фундаментального «Курса частной патологии и терапии внутренних болезней» (вып. 1, Болезни мочеполовых органов, Казань, 1884).

С 1894 по 1903 г. кафедрой заведовал проф. Н. И. Котовщиков, автор оригинального «Руководства к клиническим методам исследования внутренних болезней». Его монография, напечатанная Военно-медицинским управлением в 1884 и 1885 гг., выдержала несколько изданий и служила руководством для студентов всех русских университетов. Проф. Н. И. Котовщиков был блестящим лектором и плодотворным ученым, оставившим более 50 печатных научных работ. Основная тематика его исследований касалась физических основ перкуссии и аускультации легких, сердца, инструментальных методов исследования и т. д.

С 1903 по 1912 г. кафедрой руководил ученик В. А. Манассеина проф. Н. А. Засецкий. Одновременно он был старшим врачом губернской земской больницы и директором Казанской фельдшерской школы. К этому времени кафедра размещалась в здании губернской земской больницы и имела 45 коек. В период заведования кафедрой проф. Н. А. Засецкий опубликовал только одну работу — «О расширении желудка» (Русский врач, 1911). Остальные 26 научных работ, в том числе и «Лекции по частной патологии и терапии внутренних болезней» (т. 1, СПб, 1896), были опубликованы им в более ранний период деятельности.

Учениками проф. Н. А. Засецкого были выполнены многочисленные работы по вопросам секреции желудка (Л. Л. Фофанов, Г. А. Любенецкий), органотерапии (о влиянии спермина на сердечно-сосудистую систему — М. Н. Михайлов, лиенина на процесс кровообращения — Л. Л. Фофанов, М. Н. Михайлов), клиники и лечения при туберкулезе легких (Л. Л. Фофанов, Беляев), влияния эманации радия на мочекишечный диатез (Л. Л. Фофанов), нарушения ритма сердечной деятельности (Г. А. Любенецкий), фармакодинамики веществ группы дигиталиса, вытяжки из березовых почек (Г. А. Любенецкий) и др.

Проф. Н. А. Засецкий был также прекрасным лектором, пользовался у студентов большой популярностью. Он оставил после себя четырех учеников — профессоров Л. Л. Фофанова, М. Н. Гремякина, Г. А. Любенецкого (Саратов), М. Н. Михайлова (Иркутск).

В 1912 г. в связи с уходом на пенсию проф. Н. А. Засецкого заведование кафедрой было передано проф. В. Ф. Орловскому, ученику проф. Ф. И. Пастернацкого. Проф. В. Ф. Орловский возглавлял клинику до 1918 г.

С 1919 г. до конца своей жизни (1943 г.) кафедрой госпитальной терапии заведовал проф. Н. К. Горяев, ученик проф. А. Н. Казем-Бека. В 1919 г. клиника была переведена в благоустроенное здание (ныне — 1-я городская больница).

Н. К. Горяев был блестящим клиницистом с гематологическим направлением, автором четырех монографий: «Материалы к вопросу о движении и иннервации селезенки» (докторская диссертация), «Материалы к вопросу о кумысолечении при легочном туберкулезе», «Клиника спленомегалии», «Исследование и симптоматология болезней крови». Его перу принадлежит более 30 оригинальных работ, напечатанных в отечественных и немецких журналах. В них освещались преимущественно вопросы морфологии белой и красной крови при внутренних заболеваниях. Предложенная им камера для подсчета клеток крови до сего времени широко используется в лабораторной практике.

Лекции Н. К. Горяева всегда были построены на высоком научном уровне и пользовались большой популярностью.

Хотя госпитальная терапевтическая клиника до 1944 г. располагала сравнительно небольшим коечным фондом, занятия со студентами всегда проводились с подробным клиническим разбором больных.

Великая Отечественная война 1941—1945 гг. предъявила коллективу клиники повышенные требования. Проф. Н. К. Горяев и его сотрудники вели активную консультативную работу в госпиталях и одновременно продолжали широкие гематологические исследования при осложненных ранениях.

Учениками проф. Н. К. Горяева являются профессора И. И. Цветков (Саратов), В. И. Катеров (Казань), К. А. Дрягин (Ленинград), Л. И. Коробков (Иваново), Р. М. Ахрем-Ахремович (Омск, Москва), Ш. И. Ратнер (Хабаровск) и другие.

После смерти Н. К. Горяева кафедрой в течение года временно заведовал проф. К. А. Дрягин.

С 1944 по 1963 г. кафедру занимал проф. А. Г. Терегулов, также ученик проф. А. Н. Казем-Бека. В связи с новыми задачами, поставленными Партией и Правительством перед здравоохранением, введением шестого курса обучения студентов и увеличением выпуска врачебных кадров, в течение последних десятилетий прошла коренная реорганизация госпитальной терапевтической клиники. С 1952 г. клиника располагает стационаром на 150 коек, а с 1962 г. на 300. Клинические и биохимические лаборатории клиники оборудованы новейшей медицинской аппаратурой. В 1963 г. при кафедре было открыто специальное эндокринологическое отделение.

Преподавание студентам V и VI курсов проводится при самостоятельном курировании больных студентами в стационаре и непосредственно в поликлинике и на вра-

чебных участках. Ежегодно обновляется методика проведения основного лекционного курса и ряда специальных циклов (врачебно-трудовая экспертиза, военно-полевая терапия, эндокринология, электрокардиография). В 1959 г. А. Г. Терегуловым выпущено специальное руководство «Клинико-лабораторное исследование и курация больного с заболеванием внутренних органов», ставящее задачи сочетания принципа творческой постановки диагноза с организацией активной работы студентов в вузе.

Следуя традициям школы ведущих казанских клиницистов, проф. А. Г. Терегулов в своей научной деятельности вместе с руководимым им коллективом разрабатывал проблему функциональной патологии и патологической интерорецепции в клинике внутренних болезней. Многочисленные исследования, проведенные на кафедре, посвящены функциональным заболеваниям пищеварительной системы и взаимосвязям органов пищеварения в свете учения о патологической интерорецепции (А. Г. Терегулов, К. А. Маянская, В. С. Нужица, Д. О. Утикеева, В. В. Талантов и др.).

Применение новейшей аппаратуры газового анализа и приборов для исследования функции внешнего и внутреннего дыхания дало возможность приступить к решению проблемы функциональной диагностики заболеваний легких и сердца (А. Г. Терегулов, Р. Ш. Абдрахманова, Д. А. Валимухаметова и др.).

В клинике углубленно изучалась почечная патология (доц. А. И. Голиков), стабильность белков сыроворотки крови при различных заболеваниях (Д. Е. Потехин, И. Л. Билич), биохимические сдвиги и их обратимость в процессе лечения у больных атеросклерозом (А. Г. Терегулов, В. Ф. Богоявленский).

Проф. А. Г. Терегулов опубликовал более 70 научных работ; под его руководством выполнено 16 диссертаций и свыше 200 журнальных статей. Он много лет возглавлял Совет научно-медицинских обществ Татарии, являлся членом правления Всесоюзного общества терапевтов, входил в состав редакционной коллегии Казанского медицинского журнала и являлся соредактором терапевтического раздела Большой медицинской энциклопедии.

С 1964 г. кафедру возглавляет проф. К. А. Маянская, продолжающая совместно с коллективом развивать многолетнее научное направление кафедры.

УДК 614.2(092 Соловьев)

З. П. СОЛОВЬЕВ — СТУДЕНТ КАЗАНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

Н. И. Жучкова

*Кафедра социальной гигиены и организации здравоохранения
(зав. — докт. мед. наук М. Х. Вахитов, научный консультант — проф. Т. Д. Эпштейн)
Казанского ордена Трудового Красного Знамени
медицинского института им. С. В. Курашова*

Во многих работах о Зиновии Петровиче Соловьеве студенческие годы его жизни описаны неполно. Между тем Центральный Архив ТАССР сохраняет интересные документы, позволяющие правильно представить и понять формирование мировоззрения этого крупного ученого и общественного деятеля.

27/VII 1897 г., находясь в Полтаве у родителей, З. П. Соловьев послал в Казанский университет заявление и все необходимые документы для поступления на медицинский факультет. В конце заявления, как тогда полагалось, давалось обязательство «во все время пребывания в университете подчиняться правилам и постановлениям университетским»¹.

Однако уже в 1898 г. Зиновий Петрович принимает участие в работе социал-демократической группы студентов, ведущих пропаганду среди рабочих алафузовского завода (ныне льнокомбинат им. В. И. Ленина). Студентам удалось провести в 1898 г. маетку с участием рабочих, но осенью полиция обнаружила группу; начались аресты и следствие.

В ночь на 19/III 1899 г. производится обыск у студента медицинского факультета Казанского университета Зиновия Петровича Соловьева, его брата Павла и «дочери коллежского ассессора Марии Павловны Кокшаровой»². Ничего «предосудительного» обыск не дал, но с 20/III 1899 г. за З. П. Соловьевым был «учрежден особый надзор полиции».

З. П. Соловьев активно участвовал в революционном движении учащейся молодежи Казани в 1899 г., когда студенты Казани выступили в поддержку студентов С.-Петербурга, подвергшихся жестокому избиению полицией и жандармерией во время январской демонстрации.

¹ ЦГА ТАССР, ф. 977, Правление ун-та, 1897 г., д. 33219, л. 13.

² Мария Павловна Кокшарова — будущая жена З. П. Соловьева.

Департамент полиции ожидал повсеместного отклика на произведенную с петербургскими студентами расправу. В феврале 1899 г. казанский губернатор получил секретное предупреждение «по согласованию с учебным начальством, принять предупредительные меры и не допускать никаких уличных демонстраций»¹.

К этому же времени в Казани появились воззвания, предлагающие студентам выступить в поддержку товарищей. Вот одно из них: «Студенты Казани! Вот уже две недели, как Ваши товарищи в Петербурге объявили протест против теперешнего положения вещей. К ним присоединились студенты еще 4 городов... Спешите же присоединить свой голос протеста к голосу ваших забастовавших товарищей, иначе будет поздно и ваше молчание ляжет темным пятном на страницы истории Вашего университета...».

В других прокламациях требовалась отставка министра народного просвещения Боголепова и звучал призыв «соединиться воедино и вступить в борьбу с тем, кто не дает свободы»².

24/II состоялась сходка с участием 400 студентов, на которой было решено не посещать занятий. Однако должной организованности не было проявлено, и лекции состоялись, хотя и «при ничтожном количестве студентов».

Между тем в казанских газетах появились заметки о студенческих волнениях в стране; в корреспонденции Казанский университет не упоминался. Это послужило толчком к новым волнениям студентов Казани. Казанский губернатор сообщил об этих событиях в департамент полиции следующее: «Напечатанная несколько дней тому назад в местных газетах агентская телеграмма о беспорядках в высших учебных заведениях без указания на Казанский университет привела студентов последнего в возбужденное состояние: студенты стали считать себя как бы изменниками общего студенческого дела и высказывали, что скоро самое наименование «казанский студент» станет бранным... приезд в г. Казань некоторых студентов, уволенных из иногородних высших учебных заведений ... и отчасти помещенное в № 73 Правительственного Вестника сообщение, в котором Казанскому университету отведено последнее место по размерам беспорядков, привели студентов в еще более возбужденное состояние»³.

8/IV вновь состоялась большая сходка (свыше 250 студентов), которая решила «прекратить занятия», «не подвергаться испытаниям» и препятствовать тем, «которые желают их держать»⁴. На этот раз для руководства движением был создан «Организационный комитет казанского студенчества», который стал выпускать агитационные гектографированные листовки, установил посты вокруг университета для задержания всех, кто шел в университет.

Ректор университета, узнав о сходке и решении студентов, обратился к губернатору с просьбой прислать охрану к входам в университет. Наиболее активных в движении студентов — 25 чел. (из них 20 медиков) правление университета постановило исключить и немедленно выслать из города.

11/IV 1899 г. полицмейстер доносил губернатору: «...10 апреля в особенной агитации перед университетом между проходившими мимо университета студентами» был замечен «Соловьев Зиновий, медик II курса». В ответ на это уведомление губернатор предложил «...в предупреждение возможности вредного влияния установить за дежурными студентами самое тщательное негласное наблюдение»⁵.

11/IV правление Казанского университета исключило за участие в беспорядках еще 203 чел., из них 138 медиков, в том числе студента II курса Зиновия Соловьева⁶.

Студенческие волнения продолжались до середины мая; только 29/V 1899 г. была снята полицейская охрана университета. Многие студенты были вновь приняты в университет с различными резолюциями: «принят без всяких последствий», «с замечанием инспектора», «принят с выговором» и т. д. З. П. Соловьев «принят с отобранием подлиски, что в случае нарушения правил будет уволен из университета»⁷.

1899/1900 учебный год прошел для Зиновия Петровича спокойно, но летом 1900 г. следствие о деятельности социал-демократической группы в Казани закончилось, и он получил уведомление, что «...на основании высочайшего повеления, последовавшего 5 июля 1900 г., ...подлежит за государственное преступление подчинению гласному надзору полиции в избранном им месте жительства на один год»⁸.

3/X 1900 г. на заседании медицинского факультета было заслушано сообщение, «что студент 3 курса Зиновий Соловьев, подлежащий ...гласному надзору полиции ...постановлением правления 12/IX исключен из числа студентов Казанского университета»⁹.

З. П. Соловьев поселился в Казани и через попечителя учебного округа обратился к министру народного просвещения за разрешением «поступить в число студентов... с

¹ ЦГА ТАСР, ф. 1, оп. 3, 1899 г., д. 11939, л. 1. об.

² Там же, лл. 16 и 17.

³ Там же, л. 78.

⁴ Там же, л. 80.

⁵ Там же, лл. 147 и 149.

⁶ Там же, л. 130 об.

⁷ Там же, ф. 977. Правление ун-та, 1899 г., д. 25968 а/, т. III, л. 4 об.

⁸ ЦГА ТАСР, ф. 1, оп. 3, 1899 г., д. 11939, л. 8.

⁹ Там же, ф. 977, м. ф. 1900 г., д. 2213, лл. 181 и 182.

заменой гласного надзора полиции особым надзором учебного начальства»¹. Министерство признало ходатайство Зиновия Петровича «не подлежащим удовлетворению», но этот ответ не застал его в Казани.

Еще летом 1899 г. было издано правительственное распоряжение о взятии на военную службу студентов, исключенных из университетов за участие в революционном движении. В ноябре 1900 г. З. П. Соловьев призвали в армию и отправили рядовым в Симбирск. На военной службе он был с 25/XI 1900 г. до начала апреля 1901 г., когда при переосвидетельствовании в губернской земской больнице Симбирска губернское по воинским делам присутствие признало его «негодным к службе в постоянных войсках и в ополчении ...как страдающего припадками истеро-эпилепсии и органическим пороком сердца»².

5/VII 1901 г. гласный надзор полиции с З. П. Соловьева снимается, что дает ему право учиться. С осени 1901 г. он снова студент медицинского факультета Казанского университета. Нам не удалось обнаружить документов, свидетельствующих о революционной деятельности З. П. Соловьева в следующие три года его жизни в Казани. Негласный надзор за ним сохранялся все время обучения в университете. Имеются свидетельства, что уже студентом 3-го курса З. П. Соловьев определил свою будущую деятельность как врача-общественника. Он усиленно, значительно более полагавшейся программы, занимался гигиеной. В 1902 г. профессор Казанского университета М. Я. Капустин в «Отчете кафедры гигиены» писал: «Общим изучением методики гигиены занимались врач Николаев и студент Соловьев»³.

Летом 1903 г., будучи студентом 4-го курса, З. П. Соловьев работал в Саратовской губернии на врачебно-продовольственном пункте. Свои наблюдения он обобщил в статье «Отчет о деятельности Борковского врачебно-наблюдательного пункта за время с 1 июня по 15 августа 1903 г. заведующего пунктом З. П. Соловьева»⁴.

Первые навыки научной работы З. П. Соловьев получил под руководством крупного ученого и общественного деятеля профессора кафедры нервных болезней Казанского университета Ливерия Осиповича Даркшевича, возглавлявшего в 1901—1905 гг. «студенческий кружок на медицинском факультете».

Открытие студенческих кружков в Казанском университете связано с революционным студенческим движением. В 1899—1900 гг. министерство просвещения рядом циркуляров требовало от университетского начальства общения профессоров со студентами, считая, что этим будет «упорядочена» университетская жизнь. Комиссия профессоров Казанского университета (председатель — проф. Н. Ф. Высоцкий), обсуждавшая этот вопрос, видела причину беспорядков в отсутствии автономии университетов, но, в качестве частной меры, предложила для сближения студентов между собой и с профессорами открыть студенческие кружки.

В конце 1900 г. 53 студента медицинского факультета, а среди них будущие видные казанские ученые и врачи: В. Адамюк, П. Пичугин, П. Овчинников, Л. Фофанов, А. Шоломович и другие, обратились к проф. Л. О. Даркшевичу с письмом «взять на себя труд и ходатайствовать о разрешении устроить студенческий медицинский кружок для содействия общему медицинскому образованию студентов-медиков»⁵.

Проф. Л. О. Даркшевич составил «Правила для студенческого кружка», которые были утверждены с небольшими поправками попечителя учебного округа. В январе 1901 г. студенческий медицинский кружок начал работу. Председателем его был назначен проф. Л. О. Даркшевич. Секретарем кружка в годы его активной деятельности (1903 и 1904) был студент Зиновий Соловьев.

Студенческий кружок довольно скоро стал выбирать для своих заседаний вопросы общественной медицины: «о проституции», «о гомеопатии», «о врачебной тайне»; были заслушаны доклады «о сифилисе» и «поведении врача».

В 1903 г. кружок принял решение «произвести исследование санитарно-экономических условий жизни казанских студентов»⁶. Специальная комиссия из 6 студентов, членом которой был и Зиновий Соловьев, разработала подробный опросный лист (из 120 вопросов), охватывавший все стороны жизни студента. Работа эта, по-видимому, осталась незавершенной. В 1904 г. кружок работал интенсивно, но в 1905 г. в связи с закрытием университета на длительное время его деятельность прервалась.

Проф. Л. О. Даркшевич, бывший в то время председателем Казанского общества врачей, стремился привлекать студентов к сотрудничеству в Обществе. На заседаниях Общества только в 1903 г. состоялись сообщения кружковцев М. А. Чалусова, Л. Л. Фофанова, А. С. Шоломович. 27/III 1903 г. студент IV курса З. П. Соловьев сделал на заседании Общества врачей при Казанском университете доклад «Общественная борьба с туберкулезом в Западной Европе и в России»⁷.

Осенью 1904 г. З. П. Соловьев сдал государственные экзамены при медицинском факультете Казанского университета и получил диплом лекаря.

¹ ЦГА ТАССР, ф. 1, оп. 3, 1899 г., д. 11939, л. 22.

² Там же, л. 44 об.

³ Там же, ф. 977, м. ф. 1902 г., д. 2276, лл. 13 об. и 14.

⁴ Врачебно-санитарная хроника Саратовской губ., Саратов, 1903 г.

⁵ ЦГА ТАССР, ф. 977, м. ф. 1900 г., д. 2220, л. 34.

⁶ Там же, ф. 977, 1903 г., д. 2305, л. 18 об.

⁷ Там же, ф. 1, оп. 4, 1903 г., д. 892, л. 106.

КАЗАНСКИЙ ПЕРИОД ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПРОФЕССОРА А. В. ВИШНЕВСКОГО

И. Ф. Харитонов

(Казань)

В исследованиях о творческом пути выдающегося хирурга Александра Васильевича Вишневского (В. И. Пшеничников, А. Н. Рыжих, Г. М. Новиков, Б. К. Осипов, П. Н. Маслов, С. И. Смеловский) важнейший период, которым является казанский, освещен недостаточно.

Александр Васильевич Вишневский родился в 1874 г. на Кавказе в семье ротного командира Дагестанского полка. Отец его в 17-летнем возрасте за близкую связь с Чернышевским был сослан из Саратова на Кавказ и в течение 9 лет тянул солдатскую лямку.

После окончания Астраханской гимназии Александр Васильевич в 1894 г. поступил на медицинский факультет Казанского университета и окончил его в 1899 г. с дипломом «лекаря с отличием».

Вначале он работал сверхштатным ординатором хирургического отделения бывш. городской Александровской больницы (ныне 2-я поликлиника) под руководством проф. Н. А. Геркена и продолжал изучать анатомию на кафедре нормальной анатомии проф. А. М. Фортунатова. Обратив внимание на трудолюбивого и способного юношу, проф. А. М. Фортунатов предложил ему должность пом. прозектора. Летом в 1901 и 1902 гг. Александр Васильевич по командировке Российского общества Красного Креста работал в селе Крутинка Омской губернии. Здесь он впервые начал производить хирургические операции под местной анестезией раствором кокаина.

Больница имела тогда только 4 койки. В настоящее время эта больница, расположенная в живописнейшем месте на берегу громадного озера, развернута на 100 коек. В своем выступлении на конференции Института хирургии им. Вишневского АМН СССР в декабре 1964 г. главврач этой больницы т. Мальгина сообщила, что больной охотник, которому Александр Васильевич делал операцию по поводу ранения печени под местной анестезией, жив и помнит врача А. В. Вишневского.

В 1902 г. А. В. Вишневский занял должность прозектора кафедры нормальной анатомии. Он создал несравненные по красоте и тщательности выполнения препараты нервной системы. Одновременно Александр Васильевич много работал в физиологической лаборатории проф. Н. А. Миславского над своей докторской диссертацией «К вопросу о периферической иннервации прямой кишки». В 1903 г. она была закончена, защищена, и А. В. Вишневский получил степень доктора медицины. Работа в физиологической лаборатории выдающегося физиолога Н. А. Миславского оказала большое влияние на всю последующую деятельность Александра Васильевича, придав ей физиологическое направление.

Лето 1904 г. А. В. Вишневский провел в заграничной командировке в клиниках Берлина, Гейдельберга и Парижа.

Осенью 1905 г. Александр Васильевич был переведен прозектором на кафедру топографической анатомии и оперативной хирургии. В это же время он работал на кафедре патологической анатомии и микробиологии у проф. И. Г. Савченко. Следствием этих исследований явился труд «Морфологические данные сравнительного изучения действия нефротоксической и нормальной сыеротки».

В 1908 г. А. В. Вишневский был командирован медицинским факультетом в годичную командировку в Париж для изучения клинической хирургии, в особенности хирургии мозга и урологии. Работая в клиниках Госсэ, Тюфье и Альбаррана, он находил время для занятия физиологией в Пастеровском институте у И. И. Мечникова. Там он начал работу «О физиологическом действии секрета предстательной железы», которую закончил в лаборатории проф. Н. А. Миславского. Приоритет Александра Васильевича в изучении роли секрета предстательной железы был подтвержден Э. Г. Клейн в статье «О приоритете проф. А. В. Вишневского в изучении одной из важнейших функций предстательной железы» (Врач. дело, 1952, 4).

По возвращении из заграничной командировки Александр Васильевич развернул в клинике нервных болезней, руководимой в то время проф. Л. О. Даркшевичем, нейрохирургические палаты, виртуозно выполнял сложные операции на центральной нервной системе. В последующем, заведывая факультетской хирургической клиникой, он продолжал заниматься хирургией головного и спинного мозга.

В 1912 г. Александра Васильевича избрали на кафедру общей хирургии. Лето 1913 г. проф. Вишневский провел в заграничной командировке, изучая хирургию желчных путей.

В 1914 г. он был избран на кафедру госпитальной хирургии, которую возглавлял до 1926 г. Во время I мировой войны он одновременно работал в военных госпиталях, развернутых в г. Казани.

Блестящая хирургическая техника, основанная на глубоком знании анатомии, физиологический подход к различным вопросам клиники позволили ему широко опериро-

вать на важнейших органах (центральной нервной системе, желудочно-кишечном тракте, желчных путях, мочеполовых органах и т. д.). Несовершенство общего обезболивания, зачастую приводящего к потере больных только из-за передозировки наркотических веществ (эффира и хлороформа), толкнуло Александра Васильевича на разработку мало применявшегося в то время местного обезбоживания.

На основе изучения выдающегося труда Н. И. Пирогова об анатомии фасции и апоневрозов тела человека Александр Васильевич предложил свой оригинальный метод обезбоживания «тугим, ползучим новокаиновым инфильтратом» путем введения 1/4% раствора новокаина на рингеровском растворе в межфасциальные и межапоневротические пространства. Эта методика местного обезбоживания в последующей работе на кафедре факультетской хирургии (1926—1934) вылилась в стройную научную доктрину о местном обезболивании, которая была опубликована в монографии «Местное обезбоживание способом ползучего инфильтрата» (1932). Эта замечательная работа была переиздана 4 раза.

Александру Васильевичу Вишневскому принадлежит честь создания простого, безопасного, эффективного метода местной анестезии, пригодного для операций во всех областях человеческого тела. Благодаря этому методу обезбоживания «большая» хирургия была перенесена из областных центров в районные и участковые больницы. Александр Васильевич говорил по этому поводу, что его методика местной анестезии может быть перенесена в каждый данный момент в любой глухой угол нашей обширной страны, с ней можно спасти жизнь больного и в блестящей операционной культурного центра, и на простом деревянном столе, освещенном керосиновой лампой.

Как всякое новшество, местное обезбоживание по Вишневскому на первых порах встретило ожесточенные нападки со стороны наших ведущих хирургов. Высказывались опасения получить интоксикацию при введении больших количеств 1/4% раствора новокаина, хотя в то время были известны опыты Веганда, безнаказанно вводившего большие количества слабых растворов кокаина. Многие придерживались мнения, что в тканях, обильно пропитанных новокаином, трудно оперировать. Александр Васильевич страстно отстаивал свои взгляды и в 40-х годах мог праздновать победу — его методика местной анестезии стала широко применяться не только в СССР, но и за рубежом.

В 1940 г. будапештский хирург Адам успешно оперировал под местной анестезией по А. В. Вишневскому. В 1941 г. Кларк в статье «Вклад советской медицины в военную хирургию» писал, что «Вишневским была предложена новая техника местной анестезии и была доказана возможность ее применения почти при всех операциях даже в условиях войны». Альберт Майзель в 1944 г. в своей книге «Чудеса военной медицины» назвал метод местной анестезии А. В. Вишневского «русским методом». В английском руководстве по военно-полевой хирургии Гамильтон и Бейли в 5-м разделе ввели специальное добавление, содержащее описание метода местной анестезии по А. В. Вишневскому (цит. «Сборник трудов хирургической клиники Института клинической и экспериментальной хирургии АМН СССР», 1946 г., стр. 16).

В 1951 г. по данным главного хирурга СССР проф. В. И. Стручкова из 304 992 операций в СССР 72,52% были произведены под местной анестезией по методу А. В. Вишневского. Особенно большую роль местная анестезия по А. В. Вишневскому сыграла во время Великой Отечественной войны.

Второй заслугой А. В. Вишневского в период работы его в факультетской хирургической клинике Казанского медицинского института было создание им учения о нервной трофике. Александр Васильевич заметил, что ряд заболеваний у оперированных под местной анестезией 1/4% раствором новокаина (воспалительные процессы, язвенная болезнь желудка и ряд других патологических процессов) в дальнейшем протекает чрезвычайно благоприятно. На основе этих наблюдений Александром Васильевичем была создана теория о регуляции дистрофических процессов в тканях организма путем воздействия слабых растворов новокаина («новокаиновый блок») на нервную систему по типу «слабого раздражителя».

На основе изучения топографии крупных нервных стволов и сплетений была разработана методика введения в эти места массивных новокаиновых инфильтратов («блок») — вагосимпатический, поясничный, пресакральный и ишиоректальный блок, футлярный блок конечностей.

Эту же роль «слабого раздражителя» играла и предложенная им «масляно-балзамическая повязка», нашедшая широчайшее распространение как «мазь Вишневского». Проблема нервной трофики была освещена в работах А. В. и А. А. Вишневских, С. М. Алексеева, И. В. Домрачева, Г. М. Новикова, В. И. Пшеничникова, Н. Ф. Рупасова и др.

Были получены хорошие результаты при лечении больных с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, хроническими язвами конечностей, тромбозами, эндоартеритами, с воспалительными процессами и др.

Рассматривая шок как нервно-дистрофический процесс, связанный с перераздражением нервной системы, А. В. Вишневский рекомендовал применение вагосимпатического блока при плевро-пульмональном шоке. Во время Великой Отечественной войны большое число раненных в грудь было спасено благодаря раннему применению шейной вагосимпатической блокады.

Чрезвычайно большое влияние поясничный новокаиновый блок оказал на течение перитонитов и как дифференциально-диагностическое средство для распознавания кишечной непроходимости, в основе которой нередко лежит нервно-рефлекторный спазм кишечника.

За время заведования Александром Васильевичем факультетской хирургической клиники было выпущено 2 сборника работ кафедры (в первом содержатся работы по методике местной анестезии, а во втором — исследования по нервной трофике).

Будучи блестящим хирургом, Александр Васильевич усовершенствовал ряд оперативных методов (операции по поводу аппендицита, мамиектомиа, дренаж желчных путей, одновременный подход к почке, желчному пузырю и червеобразному отростку и др.). Его предложения поражают своей простотой и практической ценностью.

На работе Александр Васильевич был чрезвычайно требовательным, строгим. Для него на первом месте были интересы больного. Малейшие упущения со стороны лечащего врача вызывали у Александра Васильевича нередко бурную реакцию. В жизни это был очень милый человек, любящий в узком кругу шутку, остроумный разговор. Эти стороны характера Александра Васильевича можно было наблюдать ежедневно, особенно за стаканом чая в ординаторской, во время вечерних обходов, на прогулках.

Александр Васильевич создал в Казани крупную хирургическую школу. Из среды дружного коллектива, окружавшего его, вышли профессора С. М. Алексеев (Казань), И. В. Домрачев (Казань), Н. В. Соколов (Казань), А. А. Вишневский (Москва), Г. М. Новиков (Москва), А. Н. Рыжих (Москва), С. А. Флеров (Ижевск), Н. Ф. Рупасов (Ижевск), В. И. Пшеничников (Москва), П. Н. Маслов (Минск), А. Г. Гильман (Ялта), М. П. Жаков (Иваново), И. Ф. Харитонов (Казань).

Александр Васильевич проявил себя и как крупный организатор здравоохранения. До 1926 г. он был главным врачом 1-й гор. больницы, принимал живое участие в работе Наркомздрава ТАССР, совместно с проф. В. К. Трутневым организовал Казанский филиал ВИЭМ.

В 1934 г. А. В. Вишневскому за заслуги в области науки и здравоохранения было присвоено звание заслуженного деятеля науки.

В 1934 г. Александр Васильевич был избран на должность директора Института хирургии АМН. С этой даты начинается второй, еще более плодотворный, московский период деятельности Александра Васильевича.

В 1941—1942 гг., будучи в Казани, Александр Васильевич принимал большое участие в деле обслуживания раненых в госпиталях г. Казани.

УДк 616—053.2 (092 Лепский)

ПРОФЕССОР ЕФИМ МОИСЕЕВИЧ ЛЕПСКИЙ

(1879—1955)

Ю. В. Макаров, Г. А. Макарова и Р. И. Еникеева

(Казань)

Подводя итоги достижениям в области здравоохранения к 50-летию Советской власти, необходимо вспомнить о казанском профессоре Е. М. Лепском, который внес значительный вклад в развитие советской педиатрии, в подготовку кадров врачей-педиатров, в создание учреждений социалистической системы охраны здоровья детей в г. Казани и Татарии.

Ефим Моисеевич Лепский родился в местечке Златополе на Украине в 1879 г. в семье часового мастера. Окончив с золотой медалью местную гимназию, он в 1899 г. поступил на медицинский факультет Киевского университета. Однако в 1902 г. ему, как участнику студенческой забастовки и демонстрации против реакционных мероприятий царского правительства, пришлось эмигрировать. Он поступил на медицинский факультет Берлинского университета, по окончании которого в 1906 г. сдал государственные экзамены при Казанском университете и был оставлен ординатором на кафедре детских болезней, которую возглавлял проф. П. М. Аргутинский. После окончания ординатуры Е. М. Лепский по представлению проф. П. М. Аргутинского был избран ассистентом кафедры детских болезней; однако попечитель учебного округа не утвердил это решение Ученого совета. Продолжая работать в детской клинике нештатным врачом, Е. М. Лепский одновременно работал на кафедре патологической анатомии, где под руководством проф. Ф. Я. Чистовича выполнил докторскую диссертацию на тему: «О связи эозинофилии с анафилаксией и о роли эозинофилов». В 1915 г. он успешно защитил докторскую диссертацию на Ученом совете Казанского университета. Диссертация Е. М. Лепского не утратила своего значения до настоящего времени и цитируется в современных работах (действ. чл. АМН СССР А. Д. Адо).

Е. М. Лепский принадлежал к числу передовых представителей отечественной педиатрии (А. А. Кисель, В. И. Молчанов, Г. Н. Сперанский, Н. Ф. Альбгаузен и др.), которые не могли оставаться посторонними наблюдателями большой детской смертности в дореволюционные годы. Он был активным членом Казанского общества по борьбе с детской смертностью, возглавлявшегося приват-доцентом В. К. Меньшиковым. Е. М. Лепский проводил бесплатные приемы в детской консультации, выступал с лекциями по вскармливанию и уходу за детьми раннего возраста, агитировал за организацию на общественных началах летних колоний для школьников, вел бесплатный прием детей в туберкулезном диспансере. В 1913 г. на заседании Педагогического общества при Казанском университете он доложил о своем опыте работы в летней колонии для слаборудых детей в селе Тогашеве, которая была организована Лигой по борьбе с туберкулезом. Но лишь после Октября открылись реальные возможности в борьбе за здоровье детей, и Е. М. Лепский активно включился в работу по охране материнства и младенчества.

В 1921 г.¹ Е. М. Лепский был избран самостоятельным преподавателем, а в 1924 г. избран и утвержден профессором — заведующим кафедрой детских болезней ГИДУВа, которую возглавлял до 1953 г.

В 1932 г. в Казанском медицинском институте был открыт факультет охраны материнства и детства, впоследствии преобразованный в педиатрический. Первым деканом этого факультета был проф. Е. М. Лепский (с 1932 по 1935 г. и с 1940 по 1945 г.). Около 20 лет он вел преподавание на педиатрическом факультете, организовывая последовательно кафедры пропедевтики детских болезней, факультетской и госпитальной педиатрии. Кафедрой госпитальной педиатрии он заведовал в течение 10 лет. Работая в медицинском институте, проф. Е. М. Лепский уделял внимание учебно-методическим вопросам, охотно делился своим большим опытом не только на Ученом совете и на заседаниях методической комиссии, но и на страницах журнала «Педиатрия».

Научно-исследовательская деятельность Е. М. Лепского была чрезвычайно широка и плодотворна. Им написано 106 работ, в том числе 10 монографий. Сотрудниками кафедры написано 119 работ, из них 14 кандидатских и 3 докторские диссертации. В первые годы существования клиники изучались заболевания, часто встречавшиеся в Казани в начале 20-х годов и особенно в годы голода в Поволжье (1921—1922), гипопро-тенемические отеки (Ю. В. Макаров, 1922), цинга, туберкулез. В дальнейшем Е. М. Лепский продолжал разрабатывать проблему гиповитаминозов. В его работе «К лечению цинги и болезни Барлова» (1923) описан хороший терапевтический эффект от применения при цинге настоя еловой хвои, что было широко использовано во всех детских учреждениях Казани и сыграло большую роль в ликвидации этого заболевания.

Е. М. Лепский был одним из первых педиатров в нашей стране, обратившим внимание на стертые формы витаминной недостаточности у детей. Углубленной разработке гиповитаминоза С были посвящены кандидатские диссертации К. А. Святкиной, К. Ф. Киреевой-Соколовой и Е. И. Щербатовой. На кафедрах, руководимых Е. М. Лепским, изучались условия возникновения гиповитаминоза А (статьи Р. М. Мамиш и канд. диссертация М. В. Федоровой), гиповитаминоза В₁ (канд. дисс. В. Н. Печниковой); исследовалось содержание никотиновой кислоты в молозиве и грудном молоке (канд. дисс. И. Н. Алтшуллер), в продуктах питания детей (канд. дисс. А. А. Ратнер), а также баланс никотиновой кислоты у здоровых детей и при различных заболеваниях. В совместной работе с И. Я. Тарнопольским Е. М. Лепский убедительно продемонстрировал на двух группах школьников возможность профилактики зубного кариеса при помощи обогащения их питания витаминами D и С. В докторской диссертации доц. Г. А. Хаин-Макаровой был изучен клинически и экспериментально вопрос о нарушении роста скелета при недочетах питания.

Широко известны монографии проф. Е. М. Лепского «Введение в клинику авитаминозов и гиповитаминозов» (соавтор — проф. Р. И. Лепская) и «Гиповитаминозы у детей».

На протяжении 30 лет Е. М. Лепский занимался разработкой проблемы рахита, посвятил ей 32 работы, в том числе монографию «Рахит и тетания рахитиков», выдержавшую 2 издания. Им написана также глава «Рахит и спазмофилия» для десятилетнего руководства по педиатрии, которая после его смерти была напечатана с дополнениями проф. Ю. В. Макарова и проф. К. А. Святкиной. Он уделял внимание и организационным вопросам по борьбе с рахитом (кандидатская диссертация Р. И. Еникевой).

Под его руководством изучалась роль фосфатазы и параситовидных желез в патогенезе рахита. Этому вопросу посвящены 3 кандидатские диссертации: М. Б. Кохановой, Г. А. Хаин-Макаровой и Р. М. Мамиш. Патогенез рахита явился темой докторской диссертации К. А. Святкиной, антенатальная профилактика рахита — темой докторской диссертации Б. С. Гинзбурга.

В своей клинической работе Е. М. Лепский всегда интересовался детским туберкулезом. В 1923 г. им были изданы лекции по детскому туберкулезу. В последующие годы он и его сотрудники опубликовали также ряд статей по клинике, патогенезу тубер-

¹ Деятельность Е. М. Лепского в первые годы Советской власти освещена нами в помещаемой в этом же номере статье.

кулеза и по противотуберкулезной вакцинации (Ю. В. Макаров). Следует отметить, что благодаря его стараниям Казань была одним из первых городов в нашем Союзе, где была применена вакцинация новорожденных по Кальметту.

С первых дней своей врачебной деятельности Е. М. Лепский был активным членом Общества врачей при Казанском университете. С 1938 г. он был редактором «Казанского медицинского журнала», с 1941 г. — членом редколлегии журнала «Педиатрия». С организацией в г. Казани научного общества детских врачей он был самым активным членом правления Общества. В 1945 г. он был избран председателем Общества детских врачей и до последних дней своей жизни руководил им. Он неоднократно избирался членом правления Всесоюзного общества детских врачей, выступал на съездах детских врачей с программными докладами по различным вопросам.

На протяжении ряда лет Е. М. Лепский был депутатом Казанского городского Совета, членом Ученого медицинского совета НКЗ РСФСР и СССР, членом Всесоюзного витаминного комитета, членом Совета лечебно-профилактической помощи детям НКЗ РСФСР и СССР, председателем Ученого медицинского совета НКЗ ТАССР и др.

Проф. Е. М. Лепским подготовлено 5 профессоров (Ю. В. Макаров, Б. С. Гинзбург, М. Н. Небытова-Лукиничкова, Г. А. Макарова и К. А. Святкина) и 8 доцентов (Е. П. Кревер, Ф. Х. Басыр, Р. М. Мамиш, Э. Е. Михлина, В. Н. Печникова, Л. А. Юрьева, Р. И. Еникеева, М. В. Федорова).

Советское правительство высоко оценило деятельность проф. Е. М. Лепского. В 1935 г. ему было присуждено звание заслуженного деятеля науки РСФСР. В 1940 г. он был награжден орденом Трудового Красного Знамени и значком «Отличник здравоохранения». В 1944 г. за заслуги в области развития советской витаминологии он был вторично награжден орденом Трудового Красного Знамени, в 1946 г. — медалью «За доблестный труд в Великой Отечественной войне», в 1950 г. — орденом «Знак почета». В 1951 г. он был награжден орденом Ленина.

Постановлением Совета Министров РСФСР от 3/VI 1967 г. детской клинике Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина присвоено имя проф. Е. М. Лепского.

УДК 614.2 (092 Мальцев)

ВРАЧ-РЕВОЛЮЦИОНЕР НИКОЛАЙ ВЛАДИМИРОВИЧ МАЛЬЦЕВ

Г. А. Чучелин

Кафедра организации здравоохранения и истории медицины (зав. — проф. Т. Д. Эпштейн) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова

Николай Владимирович Мальцев родился 1 мая 1891 г. в семье земского ветеринарного врача в деревне Шошкары, Козьмодемьянского уезда, Казанской губернии.

В 1901 г. семья Мальцевых переехала в г. Тюмень Тобольской губернии. Здесь Н. В. Мальцев поступил в реальное училище, здесь же он встретил революцию 1905 г.

С 1906 г. Н. В. Мальцев продолжал учебу в Казанском реальном училище, где он подружился с В. М. Скрябиным (Молотовым), А. Я. Аросевым, В. А. Тихомировым и под их влиянием стал на позиции Российской социал-демократической рабочей партии (большевиков).

В Казани Н. В. Мальцев изучал труды Маркса и Ленина, принимал активное участие в работе Казанского комитета РСДРП(б), получил первые навыки пропагандистской деятельности.

В апреле 1909 г. Н. В. Мальцев был арестован и через пять месяцев тюремного заключения выслан в г. Вельск Вологодской губернии¹.

В ссылке, вначале в г. Вельске, а затем в Вологде, Мальцев не прекращал революционной деятельности. Ему удалось наладить связи с Казанью через М. П. Жакова, с Петербургом через брата Юрия и В. А. Тихомирова. Он стал получать газеты «Социал-демократ», «Пролетарий», «Правда» и другую политическую литературу.

Н. В. Мальцев и его товарищи создали Вологодский комитет партии большевиков и повели большую политическую работу среди рабочих города. Комитет выпускал прокламации, воззвания, листовки; организовывал массовки и собрания рабочих; оказывал материальную помощь и моральную поддержку политическим заключенным Воло-

¹ ЦГАОР, ф. Д5, оп. 1, д. 738, ч. 5, л. 2.

годского центра и пересыльной тюрьмы¹. Н. В. Мальцев в совершенстве изучил конспиративное дело, и неоднократные обыски полицией его квартиры не давали результатов. В эти годы Н. В. Мальцев много работал над собой. В Вологде он успешно сдал экстерном экзамены за реальное училище.

В июне 1911 г., после окончания ссылки, Н. В. Мальцев поступил на медицинский факультет Московского университета. В Москве он также включается в революционную работу. Вместе с Дмитрием Малютиным он организует университетский большевистский кружок и устанавливает связи с большевистскими группами технического и коммерческого училищ. А в конце 1911 г., когда было избрано бюро социал-демократических организаций вузов г. Москвы, в него вошел и Н. В. Мальцев².

Активная революционная работа Н. В. Мальцева привлекла внимание полиции, и ему грозила высылка из Москвы.

Усилиями бюро социал-демократических организаций в каждом районе г. Москвы были созданы рабочие группы большевиков. Немалая заслуга в этом и Н. В. Мальцева. Устроившись на работу в психиатрическую больницу (апрель 1915 г.), Мальцев использовал ее для явок и печатания прокламаций, в которых излагались ленинские мысли об империалистической войне, указывалось на необходимость подготовки к proletарской революции³.

5/VI 1915 г. Н. В. Мальцева арестовали на улице. В его рабочем кабинете в психиатрической больнице было обнаружено большое количество воззваний, листовок и рукописей. Он был осужден на 1 год заключения в крепости. По выходе из заключения он в июле 1916 г. успешно сдал экзамены за 4-й курс медицинского факультета. И во время подготовки к экзаменам Н. В. Мальцев не прекращал революционной деятельности, ходил в большевистский кружок университета.

Весной 1917 г. по окончании университета Н. В. Мальцев был призван в армию и отправлен на фронт. Там он был избран делегатом на VI съезд РСДРП(б).

В августе 1917 г. Н. В. Мальцева перевели в г. Ревель, где по поручению Ревельского комитета РСДРП(б) он редактировал газету «Звезда», вел большую агитационную работу среди солдат, выступал с докладами и лекциями на политические темы, работал председателем дивизионного комитета РСДРП(б).

После победы Октябрьской революции Николай Владимирович переехал в Петроград. Наряду с врачебной деятельностью в военном госпитале, он вел большую работу в качестве члена медико-санитарного бюро Петроградского Совдепа — органа, который вплоть до образования Наркомздрава РСФСР (июль 1918 г.) осуществлял фактическое руководство медицинскими учреждениями страны.

Летом 1918 г. ЦК партии командировал Н. В. Мальцева на Восточный фронт, где он пробыл до января 1919 г., пройдя с войсками от Казани до Уфы⁴.

Председатель Казанского губсовдепа Д. П. Малютин в январе 1919 г. обратился к В. И. Ленину, Я. М. Свердлову и Н. А. Семашко с просьбой вернуть с Восточного фронта в Казань для работы заведующим губздравотделом помощника начальника санитарного отдела Восточного фронта врача-коммуниста Н. В. Мальцева ввиду чрезвычайно неблагоприятного санитарного состояния в губернии. Просьба Д. П. Малютина была удовлетворена. Н. В. Мальцев был демобилизован и с 13/I 1919 г. включился в работу Казанского губисполкома в качестве заведующего губздравотделом⁵.

По его инициативе в больницы для наведения порядка посылаются комиссары. Вместе с комиссарами Н. В. Мальцев сумел за короткое время поправить положение дел в больницах: оснастить их оборудованием, медикаментами, постельными принадлежностями, бельем. Был создан комитет по борьбе с тифом. План его работы был утвержден на совместном заседании губернского и городского Советов депутатов трудящихся 23/I 1919 г.⁶

Губздравотдел развернул 1000 тифозных коек; создал 3 дезинфекционных отряда, добился открытия ряда бань и прачечных в городе и снижения цен за пользование ими; установил строгий санитарный надзор в городе, особенно на вокзале и пристани; добился введения трудовой повинности по очистке города; послал несколько эпидемических отрядов в уезды; открыл ряд курсов по подготовке санитаров и сестер; созвал первый съезд медработников губернии по борьбе с эпидемиями; подобрал и укрепил медицинские кадры. Но уже в сентябре 1919 г. ЦК РКП(б) направляет Н. В. Мальцева в Сибирь для организации органов здравоохранения. И это ответственное поручение он с честью выполнял.

В 1921—1922 гг. Н. В. Мальцев выполняет новое поручение партии — восстанавливает работу здравниц Крыма, занимая пост заведующего управлением Южного берега Крыма.

¹ ЦПА ИМЛ, ф. 124, ед. хр. 1190, оп. 1, лл. 1—4; ЦГАОР, ф. ДО, оп. 1, д. 9 ч. 14-Б, л. 26.

² ЦПА ИМЛ, ф. 124, ед. хр. 1190, оп. 1, л. 5.

³ ЦГАОР, ф. 102, оп. 15, д. 65, ч. 57, л. 16.

⁴ ЦПА ИМЛ, ф. 124, ед. хр. 1190, оп. 1, л. 6 об.

⁵ Там же

⁶ ЦГА ТАССР, ф. 98, оп. 1, д. 124, лл. 4—9.

Осенью 1922 г. Н. В. Мальцева переводят на работу в московский отдел здравоохранения на должность заместителя председателя правления объединения московских санаториев и заведующим лечебным отделом.

С 30 июля 1925 г. Н. В. Мальцев работает в Наркомздраве РСФСР старшим инспектором главного курортного управления, а с 9 октября 1925 г. (после объединения административного отдела с инспекторской частью) — управляющим организационно-административного отдела Главного курортного управления.

6 мая 1927 г. Н. В. Мальцев был переведен на работу в Народный Комиссариат рабоче-крестьянской инспекции СССР.

С 1928 г. Н. В. Мальцев был членом ЦКК ВКП(б).

В 1941 г., когда фашистские полчища вторглись в нашу страну, коммунист Н. В. Мальцев добровольно ушел на фронт, где героически погиб.

В НАУЧНЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОБЩЕСТВАХ ТАССР

УДК 617

К ИСТОРИИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА ТАТАРСКОЙ АССР

Хирургическое общество Татарии является детищем Казанского общества врачей, в числе основателей которого были хирурги проф. Н. Ф. Высоцкий и проф. А. И. Бекетов.

Программными вопросами в деятельности Общества в годы, когда его председателями были известные хирурги проф. Л. Л. Левшин (1886 г.) и проф. Н. А. Геркен (1908 и 1909 гг.) являлись лечение больных мочекаменной болезнью (Н. И. Студенский), эндемический зоб (Н. Ф. Высоцкий, М. Ф. Кондаратский, М. В. Казанский, В. И. Разумовский, П. И. Тихов и др.). Проф. В. И. Разумовский одним из первых хирургов того времени сделал в Казани операцию удаления зоба (1887 г.).

Занимались хирурги и проблемы актиномикоза (И. А. Праксин, В. И. Разумовский, П. И. Тихов и др.) и туберкулеза опорно-двигательного аппарата и мочеполовой системы (В. Л. Боголюбов, В. И. Разумовский, Н. И. Студенский, П. И. Тихов и др.).

Диссертации Н. И. Студенского «К учению об образовании мочевых камней» (1873 г.), П. И. Тихова «О резекции голеностопного сустава с удалением таранной кости при туберкулезе» (1897 г.), В. Л. Боголюбова «Резекция придатков яичка при туберкулезе и операция анастомоза на семенных путях» (1904 г.) получили широкую известность и цитировались в учебниках и монографиях в России и за границей.

Большое значение имели работы членов Общества врачей в развитии в Казани антисептики и асептики (Н. И. Студенский, 1874, 1876 гг.; Л. Л. Левшин, 1877, 1886, 1892 гг.).

Развитие эфирного и хлороформного наркоза в Казани нашло отражение в работах Ф. О. Елачича, А. А. Киттера, А. Н. Бекетова. Разработкой местной анестезии кокаином начали заниматься сотрудники госпитальной хирургической клиники, руководимой проф. Н. И. Студенским. В 1899 и 1901 гг. сообщение о местной анестезии эвкаином сделал проф. Н. А. Геркен, а в 1909 г. — проф. А. Н. Опокин.

В 1896 г. проф. А. Д. Гольдгаммер и П. И. Тихов доложили «О X-лучах Рентгена и их применении в хирургии». Этому же вопросу было посвящено сообщение М. А. Чалусова (1908 г.).

Проф. В. И. Разумовского можно считать родоначальником хирургии периферической и центральной нервной системы.

Главные темы хирургических исследований и докладов в 1918—1924 гг. определялись нуждами того времени. Это прежде всего — лечение при огнестрельных ранениях и их последствиях, вопросы травматологии и ортопедии (В. Л. Боголюбов, П. А. Глушков, И. В. Домрачев, П. М. Красин, М. О. Фридлянд и др.). Вопросам нейрохирургии были посвящены доклады В. Л. Боголюбова и А. В. Вишневого. Особенное внимание уделялось хирургическим инфекциям.

Для казанских хирургов тех лет характерен широкий диапазон вмешательств на органах брюшной полости: печени, почках, селезенке, желудке и кишечнике (С. М. Алексеев, В. Л. Боголюбов, А. В. Вишневский, А. Н. Рыжих, С. А. Флеров и др.).

Н. В. Соколовым были начаты интересные исследования о иммунитете в связи с пересадкой внутренних органов.

На заседаниях научного Общества рассматривались вопросы местного обезболивания при хирургических вмешательствах на органах брюшной полости, в зубоврачебной практике (А. В. Вишневский, М. П. Жаков, Л. Б. Блитштейн, П. А. Глушков и др.).

Итоги деятельности в первые годы Советской власти казанская хирургия подвела в 1923 г. на I Поволжском съезде врачей. Благодаря энергичной работе хирургов — членов организационного комитета съезда В. Л. Боголюбова, А. В. Вишневского и М. О. Фридлянда хирургическая секция оказалась самой многочисленной. Всего состоялось 7 заседаний хирургической секции с 41 докладом. Казанские хирурги сделали 11 докладов.

18/VI 1925 г. проф. П. М. Красин от лица инициативной группы хирургов поднял вопрос об образовании при Обществе отдельной хирургической секции. Она начала работу в 1926 г. Председателем ее с 1926 по 1932 г. был проф. В. Л. Боголюбов, с 1932 по 1934 г. — проф. А. В. Вишневский, с 1935 по 1938 г. — проф. Н. В. Соколов. В 1938 г. секция была преобразована в общество хирургов ТАССР (филиал Всесоюзного общества хирургов). Председателем общества с 1938 по 1963 г. был также проф. Н. В. Соколов, а с 1963 г. по настоящее время — проф. И. Ф. Харитонов.

С именем проф. В. Л. Боголюбова связан ряд оригинальных предложений по оперативным вмешательствам при расхождении мышц брюшной стенки (с помощью погружных швов), при пролабиривании прямой кишки (с помощью лоскутов кожи, свернутых в виде жгутиков).

Монография В. Л. Боголюбова о болезнях грудных желез, повреждениях и заболеваниях поджелудочной железы, сердца и околосердечной сумки являются до настоящего времени ценными руководствами. Широкое признание получило вышедшее под его редакцией руководство по общей и неотложной хирургии.

Ряд учеников В. Л. Боголюбова (В. А. Гусынин, И. А. Цимхес, Ю. А. Ратнер, Б. Е. Панкратьев, А. Н. Сызганов) возглавили хирургические кафедры нашей страны.

Проф. Ю. А. Ратнер и его сотрудники успешно разрабатывают вопросы грудной хирургии, урологии и онкологии.

24/II 1927 г. на хирургической секции были заслушаны первые доклады проф. А. В. Вишневского о местной анестезии, которую он начал разрабатывать в двадцатых годах, будучи директором госпитальной, а затем факультетской хирургической клиники (1926—1934). Применяя местную анестезию 0,25% раствором новокаина по методу «ползучего инфильтрата», А. В. Вишневский наблюдал, что ряд патологических процессов в различных органах (язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, воспалительные процессы, тромбозы, энтериты, трофические язвы) протекал благоприятно при воздействии новокаина. На этом основании А. В. Вишневский создал теорию о регуляции дистрофических процессов в тканях организма.

Рассматривая шок как нервно-дистрофический процесс, связанный с перераздражением нервной системы, А. В. Вишневский предложил свой метод новокаиновой блокады нервной системы (поясничный и вагосимпатический блок), получивший большое распространение во время Великой Отечественной войны. По этим проблемам с докладами выступали также и ученики А. В. Вишневского: С. М. Алексеев, Г. М. Новиков, В. И. Пшеничников, С. М. Курбангалеев и др.

На хирургическом Обществе были заслушаны доклады проф. А. В. Вишневского «Одномомментное через один разрез удаление желчного пузыря, червеобразного отростка и подшивание почки», проф. С. М. Алексеева «Правая опущенная почка и аппендицит», «Причина возникновения дистопии почек», проф. В. И. Пшеничникова «Лечение язв желудка в свете местной анестезии по методу А. В. Вишневского», проф. Г. М. Новикова «Лечение трофических язв нижних конечностей», проф. И. Ф. Харитонova «Пластическое закрытие больших дефектов мочевого пузыря».

В дальнейших исследованиях учеников А. В. Вишневского — профессоров Н. В. Соколова, И. В. Домрачева, С. М. Алексеева, В. И. Пшеничникова и др. было показано, что блокада чревных нервов и симпатических стволов предупреждает развитие воспалительных процессов брюшины, органов брюшной полости и мочевыводящей системы. Предварительное применение ее перед операцией на органах брюшной полости (желудке, желчном пузыре, при перитоните) обеспечивает гладкое течение послеоперационного периода (И. В. Домрачев, 1957).

Многочисленные ученики проф. А. В. Вишневского получили звание докторов медицины и возглавили хирургические кафедры в Казани и других городах Советского Союза (С. М. Алексеев, Н. В. Соколов, И. В. Домрачев, А. А. Вишневский, А. Н. Рыжих, Г. М. Новиков, В. И. Пшеничников, С. М. Курбангалеев, С. А. Флеров, И. Ф. Рупасов, А. Г. Гильман, П. Н. Маслов, М. П. Жаков, И. Ф. Харитонов).

Проф. И. В. Домрачев, возглавлявший клинику госпитальной хирургии Казанского медицинского института, совместно с сотрудниками (Михайлов, Мухамедьяров, Благослов и др.) разрабатывал вопросы патогенеза и лечения при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, исходя из учения проф. А. В. Вишневского о роли нервного фактора в патогенезе патологических процессов.

В период заведования клиникой проф. Н. В. Соколова (1935—1963) сотрудники выступали на заседаниях хирургического Общества с докладами по вопросам

брюшной хирургии (язвенная болезнь желудка, эхинококк печени, опухоли толстых кишок). Клиника изучала морфологические изменения нервов при патологических заболеваниях грудной и брюшной полости (Полянцева, Муромцев, Шмагина).

В борьбе за снижение смертности при сепсисе проф. Н. В. Соколов придавал главное значение своевременной и правильной обработке первичного очага, комплексной терапии, в особенности пенициллинотерапии и стимуляции защитных сил организма.

Наибольшую роль в комплексе лечебных мероприятий при диффузном гнойном перитоните приобрели антибиотики, подкожные вливания солевого раствора и глюкозы, переливания плазмы, крови и сыворотки, постоянное отсасывание содержимого желудка, применение карбохолина, новокаиновой блокады чревных нервов. Эту же проблематику клиники разрабатывал ученик Н. В. Соколова проф. Р. А. Вяселев. Методика лечения и предупреждения острого перитонита, как указывает проф. Р. А. Вяселев, состоит из раннего оперативного вмешательства, применения антибиотиков, поясничной новокаиновой блокады по А. В. Вишневскому, переливания крови, применения нибуфина.

Изучая функции мочевыводящей системы, проф. И. Ф. Харитонов, возглавляющий факультетскую хирургическую клинику им. А. В. Вишневского, доказал ведущую роль интероцентов мочеточников и лоханок в моторике этих органов. Выключение интероцентов 5% раствором новокаина или 10% раствором азотнокислого серебра вызывает стойкое нарушение сократительной деятельности мочеточников с последующим расширением лоханок (И. Ф. Харитонов, 1957, 1958). Данные проф. И. Ф. Харитонova являются вкладом в этиопатогенез гидронефроза.

Экспериментальными работами его сотрудников, доложенными на заседаниях Общества (В. С. Гирфанов, М. И. Маврин, Ю. С. Боголюбов, Ю. М. Карпукhin, А. А. Ахунзянов), выявлены рефлекторные связи желудочно-кишечного тракта и мочевыводящей системы. Углубленно изучается местное обезболивание при операциях на предстательной железе (Э. Н. Ситдилов), мочевом пузыре, мочеточниках.

Всесоюзный XXVI съезд хирургов подтвердил, что школа проф. А. В. Вишневского оказала несомненное влияние на развитие современной хирургии. Метод обезболивания по А. В. Вишневскому нашел признание не только у нас, но и за рубежом, особенно после того как в 1956 г. проф. А. А. Вишневскому, продолжателю школы А. В. Вишневского, была присуждена международная премия имени Лериша.

На кафедре общей хирургии, где после проф. В. Л. Боголюбова с 1936 по 1948 г. работал проф. Б. Г. Герцберг, а затем проф. В. Н. Шубин, разрабатывались и докладывались на заседаниях Общества вопросы действия и техники барбитурового наркоза, лечение при травматических аневризмах, о двигательной функции кардиального отдела желудка.

Об исследовании воспалительных процессов в ранах и о клиническом значении антигенов стафилококка сообщил в ряде докладов Н. П. Медведев. Эти работы были подытожены им в докторской диссертации.

В настоящее время кафедра под руководством проф. В. Н. Шубина разрабатывает проблему лечения больных облитерирующим эндартериитом, вопросы онкологии и анестезиологии.

С организацией клиники неотложной хирургии в 1932 г., возглавлявшейся вначале проф. В. А. Гусыниным, затем проф. Г. М. Новиковым (1935—1940), проф. Б. Г. Герцбергом, И. В. Домрачевым, Н. В. Соколовым, доц. В. М. Осиповским, проф. П. В. Кравченко, доц. Х. З. Ахунзяновым, на обсуждение Общества хирургов выносились большое количество докладов по разнообразной тематике. Так, В. А. Гусынин выступал с оригинальными предложениями этапной ампутации, организации кожных лоскутов при первичных ампутациях по поводу травм конечностей. О местном обезболивании по А. В. Вишневскому докладывали проф. Г. М. Новиков (в неотложной и военно-полевой хирургии), П. Г. Юрко (при острых аппендицитах), П. Н. Лебедев (при повреждениях органов живота), В. М. Осиповский (при ампутациях) и др.

Во время войны с белофиннами члены хирургического Общества принимали участие в оказании помощи раненым, работая в действующей армии и в госпиталях ближайшего к фронту тыла.

В период Великой Отечественной войны на заседаниях Общества обсуждались доклады о военных травмах центральной и периферической нервной системы (проф. В. А. Гусынин). Широко освещались вопросы огнестрельных повреждений груди и их осложнений (проф. Н. А. Ратнер, М. М. Шалагин), травм живота и их последствий (проф. Н. В. Соколов, доц. П. Н. Булатов).

Были заслушаны доклады о повреждениях мочеполовой системы (доц. Н. Х. Ситдилов, проф. И. Ф. Харитонов), о повреждениях конечностей и их осложнениях, сепсисе, столбняке (проф. Л. И. Шулуто и сотр.), повреждениях сосудов (проф. Б. Г. Герцберг).

На республиканском совещании хирургов ТАССР в 1957 г. казанские хирурги уделяли большое внимание вопросам неотложной хирургии — острой кишечной непроходимости, острому аппендициту у детей, острому холециститу, ущемленным грыжам (проф. Н. В. Соколов, И. Ф. Харитонов, П. В. Кравченко, доц. В. М. Осиповский и другие). О состоянии и мерах улучшения онкологической службы в ТАССР доложил проф. Ю. А. Ратнер. В докладах проф. Л. И. Шулуто и доц. Г. С. Самойлова были отражены вопросы организации травматологической помощи по снижению сельско-

хозяйственного и промышленного травматизма среди рабочих нефтяной промышленности.

За последние годы в г. Казани начинают применяться хирургические методы лечения при ряде заболеваний легких (проф. Ю. А. Ратнер, А. М. Лихтенштейн), сердца и магистральных сосудов (проф. Н. П. Медведев), пищевода (М. С. Сигал). Расширяются и совершенствуются хирургические вмешательства на печени, почках, надпочечнике, центральной и периферической нервной системе.

На 1/1 1967 г. в Обществе состояло 134 чел., из них 12 профессоров, 17 доцентов, 29 ассистентов, 10 научных сотрудников, 5 аспирантов, 61 практический врач. Русских — 101, татар — 20, евреев — 13.

Основной задачей Общества является подготовка кадров квалифицированных хирургов путем заслушивания и обсуждения на заседаниях работ, имеющих важное практическое и теоретическое значение, демонстраций больных с наиболее редкими заболеваниями; обсуждения вопросов диагностики и лечения при ряде хирургических заболеваний; внедрение в практику новейших достижений медицины; помощь органам здравоохранения (оказание неотложной квалифицированной хирургической помощи в районах, консультации в поликлиниках и в районах, проведение научно-практических конференций и др.).

Члены Общества выступают с лекциями и докладами по актуальным вопросам хирургии в печати, по радио и телевидению. Положительной стороной научных заседаний Общества является и то, что часть их проводится совместно с другими специалистами при большой активности практических врачей.

В г. Бугульме в ноябре 1962 г. организован филиал хирургического общества ТАССР (председатель — врач Э. М. Мурадинов).

Для повышения квалификации районных хирургов Общество практикует выездные заседания в Зеленодольске, Бугульме, Арске, Чистополе.

В 1955 г. из Общества хирургов выделились Общество ортопедов-травматологов и Общество онкологов. Часто проводятся совместные заседания хирургов, ортопедов-травматологов и онкологов.

И. Ф. Харитонов, Н. И. Жучкова, М. И. Маврин и Ф. Ш. Бахтиозин (Казань)

УДК 616—006

НЕКОТОРЫЕ ИТОГИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОБЩЕСТВА ОНКОЛОГОВ ТАССР

Общество онкологов ТАССР возникло в 1955 г., вскоре после создания Всесоюзного общества онкологов, как его филиал, и руководствуется в своей деятельности уставом последнего.

За отчетный период общество провело 114 заседаний, заслушало 168 научных сообщений, большинство которых посвящено вопросам диагностики и лечения больных злокачественными новообразованиями (71), информационным сообщениям членов общества — делегатов съездов, конференций, конгрессов, научных сессий (57), рентгенодиагностике и рентгенотерапии (14), организационным и отчетным докладам (31), вопросам анестезиологии в онкологии (6). 41 доклад был посвящен опухолям пищеварительной системы.

Совместных заседаний с обществом хирургов было 48, с обществом гинекологов — 8, с обществом рентгенологов и радиологов — 12, с обществом педиатров — 1, с обществом физиатров — 1.

Кроме ежемесячных заседаний общества созывались научные конференции. В 1964 г. состоялась межобластная конференция по вопросам диагностики и лечения при опухолях пищеварительной системы с участием докладчиков из разных городов Советского Союза. Было проведено 4 городских и 46 районных научно-практических конференций. Многие члены общества онкологов выступали с докладами на международных конгрессах, съездах и конференциях.

В 1966 г. председателем правления Общества избран проф. Ю. А. Ратнер, заместителем — проф. М. С. Сигал, вторым заместителем — проф. В. Н. Шубин, секретарем — доц. Н. И. Любина, членами правления А. К. Мухамедьярова, Р. К. Харитонов, доц. Н. И. Вылегжанин.

Председатель общества проф. Ю. А. Ратнер

ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ КАЗАНСКОГО НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА НЕВРОПАТОЛОГОВ И ПСИХИАТРОВ ЗА 50 ЛЕТ СОВЕТСКОЙ ВЛАСТИ

Значительную роль в развитии научной психиатрии и невропатологии в Казани сыграло общество невропатологов и психиатров при Казанском университете, возникшее в 1892 г. по инициативе проф. В. М. Бехтерева.

Отличительной особенностью общества являлось клинко-соматическое направление, разработка анатомо-физиологических проблем. Деятельность общества была направлена на решение теоретических и некоторых практических вопросов; большое внимание уделялось алкоголизму как социальной болезни и мерам борьбы с ним.

Одним из первых в послереволюционное время председателей Общества невропатологов и психиатров был ученик проф. Л. О. Даркшевича проф. А. В. Фаворский, возглавлявший клиники нервных болезней Казанского университета и ГИДУВа. При нем заседания Общества отличались высоким научным уровнем и актуальностью проблем. Много внимания уделялось важной для того времени проблеме инфекционных заболеваний центральной нервной системы.

Широк был круг исследований, проводимых проф. А. В. Фаворским. Он изучал показания к применению серных ванн при органических поражениях ЦНС, опубликовал работу «О патогенезе кожевниковской эпилепсии», где представил тщательно изученный патогистологический материал, выдвинул ряд положений по патогенезу этого страдания и врачебной тактике при нем.

Весной 1929 г. по инициативе проф. А. В. Фаворского при обществе невропатологов и психиатров была организована физиотерапевтическая секция, успешно функционировавшая около 2 лет. В 1931 г. было создано самостоятельное общество физиотерапевтов.

Особую роль в оживлении работы общества, поднятии ее на должный научный уровень сыграл проф. Т. И. Юдин, заведовавший кафедрой психиатрии с 1924 по 1932 г. Он сменил проф. А. В. Фаворского на посту председателя общества в 1928 г. Проф. Т. И. Юдин принимал активное участие в прениях на заседаниях общества, выступал с докладами и сообщениями. В своей научной деятельности он уделял большое внимание маниакально-депрессивному психозу, соматогенным, предстарческим психозам и формам их течения, вопросам наследственности, особенно при шизофрении. Он одним из первых в России оценил значение законов Менделя для учения о наследственных болезнях человека. Ему принадлежит заслуга восстановления психиатрической службы в Казани. Ряд его работ посвящен организации психиатрической помощи, профилактике душевных заболеваний, а также психоневрозам, психопатиям, начальным формам психозов.

Проф. М. П. Андреев, ученик Т. И. Юдина и Г. Я. Трошина, с 1932 г. руководил кафедрой психиатрии и был председателем Казанского общества, затем постоянным членом правления Казанского и Всероссийского обществ, почетным членом Всесоюзного общества невропатологов и психиатров. Он был инициатором проблемных, тематических заседаний. Отличительные черты его научного творчества — оригинальность взглядов, тщательность и широта исследований. Он использовал метод антропометрических измерений в психиатрии, учитывал взаимоотношения эндогенных и экзогенных факторов, краевую патологию (малярия, зоб) при анализе психических заболеваний, уделял внимание детской психопатологии, инфекционным психозам. С 50-х годов проф. М. П. Андреевым применяется метод изучения речи психически больных путем звукозаписи. Он предложил оригинальную классификацию душевных болезней.

С 1935 по 1964 г. (за исключением нескольких лет) бессменным членом правления и руководителем Казанского филиала Всесоюзного Общества невропатологов и психиатров был проф. И. И. Русецкий, один из крупнейших невро-вегетологов в стране; основная направленность его работ — клинко-физиологическая. Он опубликовал свыше 150 научных работ, в том числе 15 монографий. Ряд работ Иосифа Иосифовича посвящен инфекционным заболеваниям нервной системы; многие из них были доложены на заседаниях Казанского общества невропатологов и психиатров.

В течение многих лет И. И. Русецкий был главным невропатологом республики и председателем научно-плановой комиссии Министерства здравоохранения ТАССР. Он активно участвовал в работе всесоюзных съездов невропатологов и психиатров, был членом редакционного совета «Журнала невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова», членом правления Всесоюзного общества невропатологов и психиатров.

Деятельность общества при проф. И. И. Русецком характеризовалась высоким научным уровнем, актуальностью изучаемых проблем, тесной связью с практикой здравоохранения, большой активностью.

На одном из первых в послереволюционное время заседаний общества проф. И. И. Русецкий сделал сообщение об эпидемии энцефалита в ТАССР. В последнем докладе в обществе он осветил роль ретикулярной формации в невропатологии.

Старейший член общества — проф. Л. И. Омороков, ученик В. М. Бехтерева, зав. кафедрой нервных болезней Казанского медицинского института, был председателем общества в 1941—1945 и 1955—1957 гг. Им был сделан ряд сообщений по пато-гисто-

логии нервной системы, по проблемам эпилепсии, клещевого энцефалита, синдрома Гийена-Барре и т. д.

В тяжелые годы Великой Отечественной войны на заседаниях общества под председательством Л. И. Оморокова заслушивались доклады на наиболее актуальные темы патологии военного времени. На научных сессиях с участием виднейших советских психиатров, невропатологов и физиологов (Л. А. Орбели, П. Ф. Майоров, Н. И. Грачев, Л. Я. Пинес, С. А. Чугунов, Р. Я. Голант, Г. Е. Сухарева, Я. А. Ратнер и др.) рассматривались вопросы травматических повреждений нервной системы.

С. В. Курашов, будучи членом правления Казанского научного общества невропатологов и психиатров, ответственным секретарем Татарской секции научных работников, членом Ученого совета Наркомздрава, главным врачом Казанской психиатрической больницы, проявил себя энергичным, талантливым организатором, выдающимся деятелем советского здравоохранения.

За казанский период научной деятельности С. В. Курашов провел ряд актуальных исследований по клинике и терапии психических заболеваний. Его кандидатская диссертация на тему «К вопросу о применении вдыханий кислорода в психиатрической практике» была издана в виде монографии.

Следует отметить деятельное участие в работе общества проф. И. С. Алуфа, М. В. Кочергина, П. А. Бадюла, проф. В. А. Гусынина, Э. И. Еселевича, А. Н. Смирнова.

Проф. И. С. Алуф, возглавлявший кафедру нервных болезней мединститута после проф. А. В. Фаворского, занимался изучением неврозов, афазии, сосудистых заболеваний мозгового ствола, микроскопической анатомией. В последние годы жизни темой его исследований были вопросы фило- и онтогенеза коры головного мозга. В течение ряда лет он проводил большую работу в обществе врачей, научно-медицинской ассоциации ТАССР и редакции «Казанского медицинского журнала».

М. В. Кочергин более 20 лет избирался членом правления общества. Он с 1924 г. выступал на заседаниях с актуальными вопросами, касающимися патологических изменений ЦНС при отравлении бензином, сулемой, окисью азота, сальварсаном, при прогрессивной мышечной дистрофии. В период Отечественной войны им описаны сосудисто-нервные синдромы при травматических аневризмах больших сосудов конечностей и сонных артерий.

Член правления общества проф. В. А. Гусынин был одним из первых нейрохирургов Казани. Он создал школу нейрохирургов и организовал нейрохирургическую службу в Татарии.

Год от года деятельность Казанского общества невропатологов и психиатров все расширяется, глубже становится круг его тем.

Для стиля работы общества наиболее характерны традиционные принципы соматогенного направления. Изучается эпидемия энцефалита в Татарии, разрабатываются теоретические проблемы инфекций. В работе В. П. Андреева «Шизофренный синдром при органических психозах» (1957) ставится вопрос о необходимости и диагностических критериях отграничения шизофрении от шизоформных картин при органических поражениях мозга.

Особое место в работе общества занимают вопросы хирургического лечения нервной системы, носящего сейчас не разрозненный, случайный характер, как это было раньше, а системный, специализированный, с широким кругом показаний, с применением соответствующей аппаратуры, с улучшением операционной техники, на базе нейрохирургического стационара.

В ряде сообщений находит свое отражение профпатология (Е. С. Станкевич — об отдаленных расстройствах нервно-психической сферы при лучевой болезни, А. Б. Ордынская — клиника отравлений этилированным бензином, А. Х. Тергулов — клиника острого отравления марганцем и др.).

Много внимания уделялось современному лечению при нервных и психических болезнях. Подводились итоги по применению новых, активных методов лечения в психиатрической и неврологической практике, обсуждались пути изыскания новых лекарственных форм обезболивания, новых снотворных и противосудорожных средств.

На заседаниях общества регулярно обсуждаются вопросы детской психиатрии, инициаторами и организаторами развития которой в Татарии были Г. Я. Трошин, Т. И. Юдин, М. П. Андреев, С. А. Эсселевич. При проф. Г. Я. Трошине впервые было открыто детское отделение в Казани.

Доклады в обществе сопровождаются демонстрацией больных со сложными и интересными заболеваниями, микроскопических препаратов. Практикуется разбор отчетов о съездах, научных конференциях, сообщений информационного, реферативного характера.

Общество организует выездные сессии в районы Татарии, выезды членов общества с тематическими докладами в районы; оказывается большая консультативная помощь.

В последние годы (1962—1966) отмечается рост членов общества невропатологов и психиатров. Так, на I/I 1966 г. членами общества состояло 169 чел. (102 психиатра, 63 невропатолога, 4 нейрохирурга).

В ноябре 1964 г. председателем общества был избран доцент В. П. Андреев.

С 1965 г. стали практиковаться секционные заседания психиатров и невропатологов. Опыт проведения этих заседаний показал, что на них более охотно выступают в прениях, завязываются более оживленные дискуссии.

В 1963—1966 гг. правление общества совместно с кафедрами нервных болезней института и ГИДУВа, а также кафедрой психиатрии издали 3 сборника трудов, получивших положительную оценку в медицинской прессе. Готовится к печати неврологический сборник работ, посвященный памяти проф. И. И. Русецкого.

Члены общества составили ряд методических и инструктивных писем по клинике и лечению при алкоголизме; по клинике, лечению и профилактике при отравлениях гранозаном; по определению брома в крови при опухолях мозга, по применению поддерживающей терапии при шизофрении и эпилепсии в связи с осуществлением бесплатного лечения этих категорий больных.

Казанское общество невропатологов и психиатров примет активное участие в разрешении задач, поставленных советским здравоохранением.

В. П. Андреев, И. С. Болотовский

БИБЛИОГРАФИЯ И РЕЦЕНЗИИ

П. И. Шамарин. О побочных явлениях лекарственной терапии.

М., Медицина, 1966, 216 стр. Тираж 10 000 экз.

Задача рецензируемой книги, как пишет сам автор во введении, показать практикующим врачам опасность, угрожающую больным при назначении не только давно применяемых во врачебной практике и при самолечении больных лекарственных веществ, но и ряда новых.

Автор правильно подчеркивает, что осложнения и побочные явления лекарственной терапии зависят от бесконтрольного, неразумного, длительного применения лекарств, порой без учета противопоказаний или без достаточных показаний. Не следует забывать и факты сверхчувствительности отдельных больных, у которых тяжелые осложнения наступают и после малых доз. Однако в большинстве случаев осложнения можно предупредить.

В I разделе книги рассматриваются различные классификации побочного действия лекарственных веществ (Е. М. Тареева, В. А. Шорина, А. Ф. Билибина, К. В. Бунина и др.), в которых особое внимание уделялось косвенным явлениям, а прямое токсическое действие и патогенетические механизмы особо не детализировались. Большей полнотой с учетом патогенетических механизмов побочных реакций лекарственной терапии отличается классификация Х. Х. Плanelьеса (1956).

Заслуживает внимания и одобрения предложенный автором проект новой классификации отрицательного действия лекарственной терапии. Классификация отражает: А. Прямые токсические влияния. Б. Косвенные побочные явления. В. Аллергические реакции. Г. Смешанные побочные явления. Этот раздел представлен с достаточной полнотой, направляет клиническое мышление врача на устранение патогенетических механизмов отрицательного влияния лекарственной терапии и проведение ряда полезных лечебно-профилактических мероприятий при побочном действии лекарственных веществ.

Большой интерес вызывает раздел о побочных явлениях и осложнениях сульфаниламидотерапии. Справедливо отмечая возрастающую роль осложнений (лекарственные сыпи или дерматозы и общие реакции) при приеме сульфидина, сульфазола, норсульфазола, сульфадимезина и др., автор показывает, что использование новых сульфаниламидных препаратов, обладающих меньшим отрицательным влиянием на организм, особенно в комбинации с другими средствами, строгие показания к их назначению возматили сульфаниламидам если не былую славу, то заслуженную оценку их терапевтической эффективности. Этому способствовало также открытие новых, малотоксичных сульфаниламидных препаратов с мочегонным (диакарб) и гипогликемическим (диаборал, растинон, оранид, бутамид, хлорпропамид и др.) действием.

В разделе, посвященном побочным явлениям и осложнениям антибиотикотерапии, автор призывает к разумному, осторожному подходу к химиотерапии вообще и к терапии антибиотиками в частности. «Не следует преувеличивать опасности лечения антибиотиками, но нельзя и не считаться с ними».

Описывается побочное влияние пенициллина, стрептомицина, левомицетина, биомицина, окситетрациклина (террамицина), а также малотоксичных или почти нетоксичных антибиотиков, применение которых началось сравнительно недавно (эритромицина, новобиоцина, олеандомицина, ристомиина и др.).

Автор выдвигает интересный вопрос, существует ли гиперболизация проблемы кандидозов как осложнения антибиотикотерапии? По-видимому, как об этом пишут также И. А. Кассирский и Ю. Л. Милевская, антибиотики, продлевая жизнь тяжелых, ослабленных больных, повышают вероятность возникновения у них кандидозов. Однако смертность в этих случаях должна быть приписана не столько грибкам, сколько основному заболеванию, при котором грибковая инвазия лишь сопутствующее явление. Очевидно, не следует преувеличивать опасность кандидозов, но они наблюдаются, с этим необходимо

считаться и принимать меры для их предупреждения и устранения. Автор высказывает ряд положений о рациональной терапии антибиотиками и о мероприятиях по снижению осложнений.

Справедливо подчеркивается значение тщательного опроса больных об осложнениях, наблюдавшихся при антибиотикотерапии, и проведения кожной пробы на чувствительность.

Желательно было бы подробнее осветить побочные явления от бициллинотерапии по наблюдениям не только отечественных, но и зарубежных авторов. Поскольку бициллин (1; 3; 5), обладающий пролонгированным действием, широко используется в качестве эффективного профилактического средства при ревматизме не только в условиях стационара и поликлиники, но и на дому, врачи должны постоянно помнить об осложнениях, иногда очень тяжелых, при бициллинотерапии.

Следующий раздел посвящен побочным действиям нейроплегических средств (аминазина, пропазина, мепазина и др.), резерпина и других препаратов раувольфии, транквилизаторов (мепробомата, амизила и др.), антидепрессантов (ипразида, имизина) и средств, возбуждающих и тонизирующих центральную нервную систему — производных фенилалкиламина (фенамина, первитина и др.) и дифенилметана (пиридрола и меридиала). Психиатр и психотерапевт получают достаточно полное представление об отрицательных действиях перечисленных препаратов и советы для их устранения.

В этом разделе допущены некоторые опечатки (на стр. 104, 106 и 114).

В книге охарактеризованы побочные действия противосудорожных, некоторых холинолитических и ганглиоблокирующих средств. Автору следовало бы коснуться побочных явлений при фубомегане, нашедшем широкое применение в клинике.

В кратком, но хорошо изложенном разделе о побочном действии анальгезирующих, жаропонижающих и противовоспалительных средств особый интерес для практического врача представляет описание побочных явлений при бутадииотерапии и рекомендации для их устранения.

С большим мастерством автор анализирует побочные явления, вызываемые применением АКТГ и кортикостероидных препаратов. Характер побочных реакций, выраженность и продолжительность их зависят не только от фармакологических свойств кортикостероидов, но и от реактивности организма. Опыт их применения показывает, что в большинстве случаев наиболее частые и тяжелые осложнения возникают от нерационального выбора препарата, неправильного назначения однократных и суточных доз, кратности введения, забвения некоторых компонентов комплексной терапии — диеты, витаминов и других медикаментов. Описанные осложнения и побочные реакции не снижают общей положительной оценки терапевтической эффективности АКТГ и кортикостероидных препаратов.

Весьма ценной в этом разделе является таблица, составленная по литературным источникам и собственному опыту автора, отражающая физиологические и патологические состояния и побочные реакции, при которых применение АКТГ и кортикостероидных гормонов противопоказано или должно ограничиваться, а также мероприятия для ликвидации побочных явлений. Досадно, что в книге не нашли освещения побочные действия минералокортикоидов (ДОКА). В этом разделе, как и во всех остальных, не анализируется состояние временной нетрудоспособности от осложнений и побочных действий лекарственной терапии.

Раздел книги о побочном действии противотуберкулезных препаратов изложен кратко. На стр. 205 допущена ошибка. Автор, очевидно, имел в виду назначение теофиллина для предупреждения и устранения коронарной недостаточности, а напечатано «теофедрин».

Книга написана на современном уровне и несомненно нужна практически врачам различных специальностей.

При переиздании книги целесообразно, по нашему мнению, внести дополнения о побочных действиях и осложнениях при применении антикоагулянтов, минералокортикоидов и витаминов, особенно группы В, с оценкой нетрудоспособности при осложнениях лекарственной терапии.

Доц. М. Н. Фридман (Уфа)

СЪЕЗДЫ И КОНФЕРЕНЦИИ

УДК 616—002.77

ВСЕСОЮЗНАЯ РЕВМАТОЛОГИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ

(26—28/XII 1966 г., Москва)

Многие доклады конференции были посвящены проблеме выявления активности ревматического процесса.

И. В. Воробьев и сотр. (Москва) определяли содержание пропердина в крови. При неактивной фазе ревматизма уровень его оказался немного выше нормы, при кар-

диотонзиллярном синдроме и первичном ревмокардите — ниже нормы, при возвратном ревмокардите — значительно выше нормы и еще выше при II и III ст. активности возвратного ревмокардита у больных с митральным стенозом.

М. Н. Тумановский и сотр. (Воронеж) считают наиболее ценными критериями активности ревматизма ускорение РОЭ, реакцию на С-реактивный белок, на серо-мукоид, дифениламиную реакцию, электрофореграмму белков сыворотки. При остром течении ревматизма эти показатели всегда ярко выражены, при вялом и латентном течении изменяются только 1—2 из них. Поэтому для диагностики имеет значение одно-временное определение ряда показателей в динамике. Это дает возможность решать вопрос о вариантах течения и степени активности ревматического процесса, что определяет тактику лечения, режим больных и их трудоспособность.

А. И. Гефтер (Горький) рассматривает как один из критериев активности ревмокардита нарушение функционального состояния миокарда, устанавливаемое с помощью инструментальных методов исследования и изучения электролитного обмена (падение содержания внутриклеточного К и повышение концентрации ионов Na).

З. И. Малкин и сотр. (Казань) подвели итог многолетнему изучению относительной клинической ценности ряда иммунологических, биохимических и инструментальных исследований у больных ревматизмом и другими коллагенозами. Высокий титр антистрептолизина-О остается важнейшим критерием ревматической природы процесса и его активности. Повышение титра противострептококковых антидезоксирибонуклеаз наблюдалось у 80% больных с активным ревматизмом. Наиболее высокие титры были при остром ревматическом миокардите и полиартрите. Длительно не снижающиеся титры свидетельствуют о прогрессирующем ревмокардите. Сопоставление динамики титров антистрептолизина-О и антидезоксирибонуклеаз не обнаруживает корреляции между ними, но позволяет полнее судить об иммунологических реакциях больного.

У больных ревматизмом отмечается высокое содержание ацетилхолина в крови при различных колебаниях активности холинэстеразы.

Повышение содержания серотонина в крови характерно для ревмоваскулитов.

У больных латентным ревматизмом под влиянием пенициллиновой терапии ускоряется РОЭ и повышается содержание силовых кислот в крови. Нормализация этих показателей наступает после десенсибилизирующей терапии (кортикостероиды, салицилаты).

П. Н. Юренев и Н. А. Колганова (Москва) обнаружили наиболее глубокие расстройства в электролитном обмене при сочетании сердечной декомпенсации с активным ревматическим процессом. Расстройства ионного равновесия К и Na наблюдаются преимущественно во внутриклеточной среде, причем в эритроцитах и миокарде отмечаются, как правило, параллельные процессы. Резкие изменения во внутриклеточном содержании К и Na, по мнению докладчиков, могут служить подспорьем при решении вопроса об активности ревматического процесса.

Т. Ф. Акимова и Е. Н. Нельчинов (Москва) изучали функцию коры надпочечников с помощью нагрузки АКГГ у больных ревматизмом. Функциональные резервы надпочечников при остром и подостром течении заболевания были сохранены или даже повышены, тогда как у больных с затяжным и непрерывно рецидивирующим течением они были значительно снижены.

Н. И. Лукьянова и сотр. (Харьков) нашли повышенное содержание тирозина и фенилаланина в сыворотке крови при активном течении ревматического процесса. После курса антиревматического лечения содержание этих аминокислот закономерно снижалось.

Я. Д. Кригин и сотр. (Черновицы) отметили, что реакция Блэка снижена у 89,5% больных в активной фазе ревматизма. Докладчики рекомендуют ее в качестве дополнительного неспецифического критерия активности ревматизма.

Э. Ш. Халфен и Г. А. Трубников (Астрахань) установили, что иммуноэлектрофоретическое исследование сывороточных белков, особенно при количественном учете выявления сдвигов методом титрованного иммуноэлектрофореза, имеет весьма большое значение для распознавания активности ревматического процесса и уточнения степени его выраженности.

У больных ревматизмом в активной фазе выделение с мочой адреналина и норадреналина оказалось достоверно сниженным (П. С. Кушнир, Черновицы).

Р. Г. Межебовский (Оренбург) различает следующие клинические варианты латентного ревмокардита: 1) нейростения типа циркуляторной дистонии, 2) невроз и аритмия, 3) гипотиреоз, 4) немая форма. Он считает весьма ценными для диагностики скрыто протекающего ревмокардита электрофореграмму белков крови, дифениламиную реакцию, реакцию на С-реактивный белок, электрокардиограмму и иммунологический анализ по Иоффе. Эти методы приобретают особенно большую ценность при динамическом наблюдении.

Л. З. Лауцевичус и сотр. (Вильнюс) наблюдали больных ревматизмом с поражением дизэнцефальной области. Характерными патологическими симптомами при этом были: температурные асимметрии, гипотермия, нарушения краниокаудальной закономерности, бурная кожная реакция на гистамин и замедленная на адреналин, извращенные ответные реакции пульса и АД на эфедрин, более высокие и асимметричные ортальмодинамометрические показатели. Наиболее частым проявлением ревматического поражения межучасточного мозга были вегетативно-сосудистые кризы. У таких больных

часто отмечается гипотиреоз с замедленным и длительно-повышенным накоплением радиоактивного йода в щитовидной железе, а также довольно высокий уровень кортико-стероидных метаболитов и катехоламинов в моче, слабая или извращенная реакция надпочечников на стимуляцию АКТГ.

Более выраженные нейроэндокринные нарушения бывают у больных с латентным и затяжным течением ревматизма, со скудной клиникой поражения сердца. Пороки сердца у таких больных встречаются значительно реже и текут более доброкачественно. Больные предъявляют много жалоб. Противоревматическое лечение малоэффективно.

Я. Я. Гордон и сотр. (Ташкент) пришли к выводу, что клиника нейроревматизма эволюционировала в сторону учащения более легких и стертых клинических форм, склонных к непрерывному течению. Нередко ревматический процесс начинается с поражения нервной системы. Почти у всех больных, страдающих той или иной формой нейроревматизма, обнаружены аутоантитела к мозговой ткани.

По данным Б. П. Кушелевского и Н. К. Светлаковой (Свердловск), первично латентный митральный стеноз без субъективных проявлений обычно находят у практически здоровых молодых людей при массовых осмотрах, а также при рецидивах ревматизма или расстройствах сердечной деятельности. Этот вариант развития ревматизма уже в первом послевоенном десятилетии встречался в два с половиной раза чаще, а во втором — у подавляющего большинства больных.

Более чем у половины больных ревматическими пороками, погибших в возрасте старше 35 лет, был установлен первично-латентный вариант их развития без клинически и патологоанатомически выраженной активации ревматизма при частом сочетании с гипертонической болезнью и атеросклерозом.

М. Г. Астапенко и сотр. (Москва) уточнили диагностику суставной и висцеральной форм инфекционного неспецифического полиартрита. При висцеральной форме могут быть ознобы, высокая или гектического типа лихорадка, резкие боли в животе, кровотечения, различные высыпания на коже и пр. У этих больных часто наблюдается бледность кожных покровов, выраженная атрофия мышц, лимфоденопатия, резкое похудание. Поражение суставов у них множественное. Быстро развивается значительная костно-хрящевая деструкция и анкилозирование при сравнительно скромном поражении периапартулярных тканей.

И. Е. Сперанская (Москва) у 55 из 200 больных инфекционным полиартритом выявила достаточно четко выраженные признаки поражения миокарда. Нарушение сократительной функции миокарда подтверждалось изменением фаз систолы и изменениями БКГ. Установлены нарушения проводимости и возбудимости. Докладчица рассматривает изменения в миокарде как сочетание воспаления и дистрофии.

На конференции был сделан ряд докладов о клинике и диагностике ревматизма у детей.

Ф. Т. Красноперов, С. И. Щербатенко (Казань)

УДК 616.281

КОНФЕРЕНЦИЯ ВСЕРОССИЙСКОГО НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА ТЕРАПЕВТОВ, ПОСВЯЩЕННАЯ 50-ЛЕТИЮ СОВЕТСКОЙ ВЛАСТИ

(26—28/I 1967 г., Москва)

Конференцию открыл министр здравоохранения РСФСР В. В. Трофимов. Действ. член АМН СССР проф. Е. М. Тареев осветил роль школы российских терапевтов в развитии медицинской науки. Проф. П. Н. Юренев подвел итоги организации терапевтической службы Российской Федерации за годы Советской власти. Действ. член АМН СССР проф. П. Е. Лукомский выступил с докладом «50 лет советской кардиологии». Развитию гастроэнтерологии посвятил свой доклад действ. член АМН проф. В. Х. Василенко. В докладе чл.-корр. АМН СССР проф. М. С. Дульдина были подытожены успехи советской гематологии.

Вторая часть конференции была посвящена наиболее актуальным вопросам нефрологии.

Е. М. Тареев остановился на характеристике основных почечных синдромов (острая анурия — уремия, хроническая уремия, нефрологический синдром, синдром злокачественной гипертонии), а также на более редко встречающейся острой недостаточности почечных канальцев. Большое значение в диагностике он придает пункционной биопсии почек и изотопной ренографии (для определения односторонней патологии).

Академик Б. В. Петровский всесторонне осветил проблему трансплантации почек. Основным показателем для трансплантации является терминальная стадия хронической почечной недостаточности, а также ренопривные состояния. Докладчик располагает 24 собственными наблюдениями. При трансплантации имеет большое значение

тканевая совместимость. Необходим правильный подбор донора и реципиента. Усиленно разрабатывается проблема пересадки трупной почки.

Проф. М. Я. Ратнер и Ю. В. Наточина нашли, что наряду с гипоальбуминемией в генезе нефротического отека принимает участие изменение строения интерстиция. Выявлена отчетливая роль Na в патогенезе злокачественной гипертензии больных нефритами. По данным докладчиков, изогипостенурия при хронической почечной недостаточности является следствием органического поражения механизма осмотического концентрирования; усиленный калийурез коррелирует с повышением дистальной реабсорции Na.

А. Я. Ярошевский (Ленинград) обратил внимание на высокий процент диагностических ошибок (12,6%) при хроническом нефрите, на отсутствие у половины больных в анамнезе острого нефрита. Необходимо более широкое применение в диагностике рентгенологических методов и пункционной биопсии. Возможно сочетание гломеруло- и пиелонефрита. В лечении, помимо обычно применяемых средств, при резистентности к гормонам рекомендуются цитостатики (имуран, 6-меркаптопурин).

Проф. В. В. Серов на богато иллюстрированном материале показал роль базальной мембраны и ее повреждения в процессах нарушения фильтрации. Процесс реабсорбции, по его данным, состоит из двух компонентов — канальцевого и лимфатического.

А. Я. Пытель и И. Н. Кучинский отметили трудности хронического гемодиализа в связи с недостаточно четкими знаниями патогенеза хронической почечной недостаточности. К тому же перитонеальный диализ легче переносится, чем гемодиализ.

По данным Л. Р. Полянской и сотр. (Москва), при заболеваниях почек (особенно в острой стадии процесса и выраженных дистрофических и некротических изменениях в почках) в крови и особенно в моче больных появляется трансамидиназа — митохондриальный фермент почек. В то же время заметно повышается активность неспецифических цитоплазматических ферментов. Более показательна степень ферментурии, чем ферментемии.

Н. А. Мухин (Москва) отметил важную роль ретикулоэндотелиальной системы в патогенезе амилоидной дистрофии и тормозящее действие резохина на ее развитие.

На ведущую роль в патогенезе амилоидного поражения почек диспротеинемии с накоплением в сыворотке больных грубодисперсных белков указали М. Г. Малкина и сотр. (Москва). По их мнению, поражение почек — это лишь реакция на состояние диспротеинемии и диспротеиноза.

З. А. Бондарь и Г. П. Алиджанов (Москва) подчеркнули, что более частое и глубокое изменение функционального состояния почек происходит у больных циррозом печени, особенно в асцитической стадии; у больных хроническим гепатитом эти изменения менее выражены. Докладчики связывают изменение функции почек при хронических заболеваниях печени с нарушением почечного кровообращения.

Исследования П. Я. Григорьева и сотр. (Благовещенск) показали, что поздний токсикоз беременности может являться причиной развития хронического нефрита, в связи с чем необходимо усилить профилактику этого страдания.

А. В. Иванова (Свердловск) у 70% больных большими коллагенозами обнаружила изменения со стороны почек, причем чрезвычайно разнообразные — от небольшой протениурии и микрогематурии до тяжелого нефрита, нередко с недостаточностью функции почек. При узелковом периартериите они особенно выражены. В лечении основное место принадлежит высоким дозам кортикостероидов.

В. А. Насонова (Москва) выявила поражение почек у 58,3% больных красной волчанкой. Прогрессирование почечной патологии находится в прямой зависимости от остроты течения болезни и степени аутоиммунных нарушений. Необходима длительная комплексная кортикостероидная и медикаментозная терапия.

О. М. Виноградова (Москва) изучала поражения почек при периодической болезни. При этом страдании патология почек в основном обусловлена амилоидозом, развивающимся в 38%. Клинические проявления поражения почек весьма разнообразны и включают в себя «богатый» мочевой осадок, в большинстве случаев сочетающийся со стойкой гематурией.

Е. И. Тареева и М. А. Потекаева (Москва) установили, что поражение почек у части больных красной волчанкой протекает по типу диффузного гломерулонефрита смешанной формы (с нефротическим и гипертоническим компонентом). Морфологически при этом (пункционная биопсия) определяется экстракапиллярный продуктивный гломерулонефрит. Более разнообразна морфологическая картина при поражении почек по типу диффузного гломерулонефрита с выраженным и умеренным мочевым синдромом.

В диагностике ранних стадий амилоидоза, по мнению Д. Г. Равич, пункционная биопсия приобретает значение ведущего диагностического приема. Нефробиопсия важна также для определения формы и стадии поражения.

Диагностические возможности метода радиоизотопной ренографии обсуждались в докладах В. Г. Спесивцевой и В. И. Бурцева (Москва), В. А. Лещинского и В. В. Трусова (Ижевск). Полученные данные позволили сделать вывод о преимуществе метода радиоизотопной диагностики в выявлении ранних признаков почечной недостаточности. Метод дает возможность определить не только функциональное состояние каждой почки, но и отдельных частей нефрона. Метод может быть использован для контроля за эффективностью лечения.

Детальному обсуждению был подвергнут вопрос лечения больных хроническими нефритами и хронической почечной недостаточностью.

М. Я. Ратнер, В. В. Серов и сотр. (Москва) наилучшие результаты лечения кортикостероидами получили при остром затянущемся гломерулонефрите. При хроническом нефрите у ряда больных удавалось достичь многолетних ремиссий, особенно при мембранозном типе. Хуже поддается воздействию пролиферативно-фибропластический тип. Рекомендуются повторные курсы введения кортикостероидов.

Н. А. Ратнер и сотр. (Москва) отметили, что при рациональном применении комбинаций кортикостероидов, тиазидовых диуретиков, альдактона, полиглобукина на фоне гипонатриевой диеты достигается диуретический эффект и исчезновение отеков, даже так называемых «рефрактерных» нефротических.

М. С. Игнатова и сотр. (Москва) считают целесообразным одновременное назначение альдактона и больших доз преднизолона (2 мг на 1 кг веса больного) у детей с нефротической формой нефрита. При этом необходим тщательный биохимический контроль за состоянием водно-минерального обмена.

И. Н. Усов (Минск) показал, что у детей с нефротическим синдромом при лечении кортикостероидами, помимо изменения обмена Na и K, нарушается также и фосфорнокальциевый обмен, усиливается декальцификация.

Г. П. Шульцев (Москва), применив у 50 больных с хронической почечной недостаточностью анаболические стероидные гормоны (метандростенолон, дианабол, неробол), не наблюдал четкого противоазотемического действия этих препаратов: было только некоторое повышение аппетита, увеличение веса, уменьшение болевых ощущений. Докладчик обратил внимание на нежелательные действия анаболических гормонов (задержка жидкости и соли, появление или усиление отеков, некоторое возбуждающее и вирилизующее влияние).

З. С. Баркаган и сотр. (Барнаул) поделились опытом применения гидрохлорида Е-аминокапроновой кислоты у больных острым и хроническим гломерулонефритом с упорной гематурией. Лечение проводилось курсами в 3—5 дней. Препарат взрослым давали внутрь по 2,0 через 3 часа. Эффект положительный.

И. А. Пронченко и сотр. при лечении больных со злокачественным гипертоническим синдромом и нефротическим отеком придают большое значение диете с резким ограничением натрия (300—500 мг в сутки). Резкое ограничение белка (до 20,0) и дозированное ограничение натрия — 3,0—5,0 (при отсутствии отеков и гипертонии) оказались эффективными у больных с хронической почечной недостаточностью.

М. М. Мендельсон и сотр. (Москва) тщательно проследили отдаленные результаты (от 2 до 5 лет) у 100 больных, перенесших постабортную острую почечную недостаточность и леченных методом гемодиализа. В эти сроки исчезли практически все патологические симптомы почечного страдания. Восстановилась функциональная способность почек. Менструальная функция нормализовалась уже на 2—4-м месяце от начала заболевания, после чего были благополучно протекавшие беременности и роды.

Н. Н. Коновалова и О. И. Моисеева (Ленинград) предлагают в комплексном лечении «почечных анемий» при хронической почечной недостаточности назначать кобальт.

Я. П. Цаленчук (Москва)

УДК 616—053.2—617

II ВСЕСОЮЗНЫЙ СИМПОЗИУМ ДЕТСКИХ ХИРУРГОВ И I СИМПОЗИУМ ДЕТСКИХ ХИРУРГОВ ПРИБАЛТИЙСКИХ РЕСПУБЛИК

(2—4/II 1967 г., Рига)

II Всесоюзный симпозиум детских хирургов был посвящен хирургической патологии почек у детей. По данным Ю. Ф. Исакова, В. Н. Ермолина, В. И. Державина и И. В. Казанской (Москва) пороки мочеполовой системы составляют 35—40% всех аномалий развития у детей. К этому следует добавить, что они часто являются причиной гибели еще в периоде новорожденности. Своевременное распознавание пороков развития почек представляет определенные затруднения, так как большинству аномалий почек, лоханок, мочеточников и мочевого пузыря свойственны одинаковые формы клинических проявлений. В настоящее время урологи располагают значительным выбором рентгенологических и хирургических методов исследования. Наиболее распространенный из них — внутривенная (экскреторная) урография. Докладчики в последнее время начали применять инфузионную урографию, она дает ценную информацию о функциональном и морфологическом состоянии почек при различных патологических процессах в верхних мочевыводящих путях. В последние годы стали внедряться в практику такие методы обследования, как почечная ангиография и урорентгенокинематография.

Основу детской урологии составляют реконструктивные органосохраняющие операции, которые должны полностью устранять препятствия к оттоку мочи и восстанавливать правильную динамику ее выведения.

В. Н. Ермолин, В. П. Ситникова, А. Г. Пугачев, И. Н. Потапова, Т. В. Сергеева (Москва) доложили о клинике, диагностике и терапии пиелонефрита у детей.

В настоящее время установлено, что пиелонефрит возникает в результате прямой бактериальной инвазии в почки. По материалам докладчиков у 70% детей флора оказалась устойчивой ко всем наиболее часто применяемым антибиотикам. В развитии заболевания определенное значение имеют вирулентность агента, массивность микробной инвазии и состояние сопротивляемости организма ребенка. У детей особое значение имеет восходящий (уриногенный) путь инфекции.

Помимо местных симптомов, относящихся к мочевому тракту (лейкоцитурия, протеинурия, эритроцитурия, цилиндрурия, расстройство мочеиспускания), при острых формах пиелонефрита у детей часто наблюдаются высокая температура, рвота, токсикоз, анемия, потеря веса, анорексия, запоры, поносы, неврологическая симптоматика. Чем меньше возраст ребенка, тем более отчетливы общие признаки болезни.

При остром пиелонефрите нет параллелизма между степенью выраженности мочевого синдрома и клиникой острого пиелонефрита, что обуславливает часто ошибочную диагностику и неправильное лечение.

Для диагностики пиелонефрита применяются сейчас бактериологические анализы мочи (посев и подсчет числа микробных тел); выявление скрытой лейкоцитурии, эритроцитурии и цилиндрурии по методу Каковского — Аддиса с определением суточной экскреции белка; измерение клубочковой фильтрации по эндогенному креатинину и сопоставление ее с концентрационной способностью почек; исследование почечной функции кислотно-щелочного гомеостаза; почечная биопсия; почечная ангиография; изотопная реновизуография; рентгенологические методы исследования.

Докладчики привели схему лечения больных с острым пиелонефритом. У новорожденных и грудных детей неотложными являются мероприятия по борьбе с обезвоживанием и токсемией: введение жидкости внутривенно капельно, сердечно-сосудистые средства, антибиотики широкого спектра действия (их следует часто менять, по возможности учитывая антибиогаммы), сульфаниламиды, препараты нитрофуранового ряда, пирамидон, уротропин, салол, аскорбиновая кислота, поливитамины.

Лечение продолжают еще не менее 4 недель после нормализации общего состояния больного и анализов мочи. Оно длится иногда 6—8 месяцев.

При апостематозном нефрите, карбункуле или абсцессе почки, при паранефрите показаны оперативные вмешательства.

Ребенка можно считать выздоровевшим, если после лечения в течение 2 лет моча остается нормальной, нет повышения температуры и бактериурии.

Г. П. Кулаков (Москва) применял гемодиализ по поводу почечной недостаточности у детей от 8 до 13 лет.

В детской практике советская искусственная почка может быть применена как в оригинальном варианте, так и с уменьшенным количеством пластин. Детские врачи должны воспользоваться этой возможностью.

Л. А. Дурнов (Москва) отметил, что к настоящему времени злокачественные опухоли почек у детей имеют много различных названий. В последние годы достигнуты определенные успехи в лечении детей со злокачественными опухолями почек. Это связано с разработкой методов комплексного лечения. Трансперитонеальная нефрэктомия с предварительной перевязкой сосудистой ножки почки в сочетании в послеоперационном периоде с рентгено- и химиотерапией позволила добиться удовлетворительных результатов. При опухоли Вильмса наиболее эффективным оказался противоопухолевый антибиотик актиномицин D и отечественный противоопухолевый антибиотик хризомалин, обладающий меньшей токсичностью, чем актиномицин D. Апробирован новый отечественный антибиотик — брунеомицин, который также является весьма эффективным при опухоли Вильмса.

На симпозиуме детских хирургов Прибалтийских республик обсуждался вопрос о раннем выявлении и лечении дисплазии тазобедренного сустава. Участники симпозиума пришли к заключению, что большая эффективность при лечении больных с этим пороком развития достигается в период новорожденности. В настоящее время многие исследователи рассматривают вывих бедра как следствие нераспознанной и своевременно не леченной дисплазии тазобедренных суставов. Таким образом, врожденным является не вывих, а дисплазия тазобедренных суставов, которую следует понимать как недоразвитие элементов сустава и окружающих его тканей, возникающее под действием пока не выявленных причин. Врожденная дисплазия тазобедренного сустава не имеет никакого отношения к родовому травматизму, а относится к врожденной аномалии развития. Дисплазия и вывихи тазобедренного сустава должны диагностироваться еще в родильном доме.

Это было высказано в выступлениях представителей Ленинграда, Риги, Тбилиси и других городов.

Последний день заседания был посвящен врожденным порокам сердца и магистральных сосудов в раннем детском возрасте.

ПРОБЛЕМЫ ЛЕЧЕНИЯ НА II ВСЕСОЮЗНОЙ КОНФЕРЕНЦИИ ПО ВОПРОСАМ ФИЗИОЛОГИИ И ПАТОЛОГИИ ЭНДОКРИННОЙ СИСТЕМЫ ЖЕНЩИНЫ

(6—10/XII 1966 г., Тбилиси)

Первое заседание было посвящено вопросам нейро-эндокринной регуляции полового цикла и нейро-эндокринным синдромам в гинекологической клинике.

Проф. Д. Р. Цицишвили и сотр. (Тбилиси) сообщили о различных расстройствах менструальной функции у женщин с некоторыми поражениями диэнцефальной области.

Проф. В. Г. Баранов и сотр. (Ленинград) изложили современные представления о нейро-гуморальной регуляции полового цикла на основании литературных и собственных данных. Авторы экспериментально установили циклическое выделение нейросекрета гипоталамусом, от чего зависит циклическое выделение гонадотропных гормонов гипофиза, стимулирующих функцию яичника. При нарушениях полового цикла наблюдалось достоверное уменьшение лютеинизирующего гормона в гипофизе, отсутствие желтых тел и кистозные фолликулы в яичниках.

К. Н. Жмакин (Москва) остановился на ряде нейро-эндокринных синдромов в гинекологической клинике. Предменструальный, вирильный, климактерический, посткастрационный синдромы он рассматривает как нейро-эндокринные нарушения, зависящие от состояния целостного организма. Заслуживают внимания нейро-эндокринные нарушения после патологических родов, сопровождавшихся кровопотерей, токсикозом, тяжелыми переживаниями в связи с потерей ребенка. Докладчик выделяет 5 форм таких нарушений: синдром Шихана, синдром Киари — Фроммеля, адинозо-генитальный синдром, поражение яичников, синдром Иценко — Кушинга. В докладе представлена клиника и методы лечения при указанных синдромах.

В нескольких докладах было показано неблагоприятное влияние овариотомии, даже односторонней, на гипофиз, щитовидную железу и другие органы. Докладчики и выступавшие в прениях призывали к разумному консерватизму при операциях на органах малого таза.

Вызвал дискуссию доклад Л. Л. Либермана (Ленинград) о генетических факторах первичной аменореи. Докладчик предлагает оперировать больных с дисгенезией гонад (синдром тестикулярной феминизации). Дж. Р. Цицишвили, Э. Г. Вейнберг (Тбилиси) и др. возражали против оперативного лечения, так как оно может нарушить гормональный баланс, к которому организм больной уже приспособился.

Л. С. Ланецкая и соавт. (Воронеж) наряду с комплексным гормональным лечением больных с синдромом Шихана применяли антибиотики.

Проф. С. С. Добротин (Горький) лечит женщин с маточной формой аменореи подсадкой в матку плодных оболочек.

Проф. А. М. Климиник (Краснодар) с успехом лечит больных с аменореей и дисфункцией яичника гомотрансплантацией яичниковой ткани, консервированной проточным методом.

Проф. Г. И. Доуженко (Ленинград) установил, что даже небольшие дозы ионизирующей радиации могут вызвать значительные функциональные сдвиги.

На конференции отчетливо прозвучал призыв — не подвергать больных облучению при неопухолевых заболеваниях.

В докладе Т. В. Бегишвили и сотр. (Тбилиси) была показана значительная роль в генезе мужского бесплодия гипоталамуса и гипофиза, а также щитовидной железы и надпочечников.

Большой интерес вызвали доклады о лечении больных с нарушением менструальной функции и гормонального бесплодия.

М. Г. Арсеньева (Ленинград) лечила больных с нарушением менструального цикла ударными дозами эстрогенов с прогестероном под контролем кольпоцитологической картины мазков. Такая терапия приводила к нормализации функции яичников у 95,5% больных.

К. А. Курышева (Саратов) сообщила о положительном действии 0,1% адреналина, примененного интраназально у больных с функциональными кровотечениями в климактерическом периоде.

Е. В. Кравкова (Москва) успешно лечила больных функциональными маточными кровотечениями с нарушением свертываемости крови эпислон-аминокапроновой кислотой (100 мл 6% раствора внутривенно или 1,0-6 раз внутрь) и протамин-сульфатом (1% — 10 мл внутривенно с глюкозой).

В прениях проф. М. В. Дубнов (Орджоникидзе) напомнил, что лечение больных с дисфункциональными кровотечениями в климактерическом периоде следует начинать с диагностического выскабливания полости матки, а при ювенильных кровотечениях наряду с другими средствами нужно применять антибиотики.

Одно из заседаний конференции было посвящено обсуждению клиники и лечения при синдроме Штейна — Левенталя.

Участники конференции пришли к выводу, что основной метод лечения больных с данным заболеванием — клиновидная резекция яичника с максимальным иссечением интерстициальной ткани. После правильно проведенной операции исходы благоприятны, особенно в отношении налаживания менструальной функции и уменьшения гирсутизма. По данным М. Д. Моисеенко и др., беременность наступила у 63% больных.

Несколько докладов было посвящено изучению функции яичников при фибромиомах матки. Общее мнение на этот счет сводилось к тому, что фибромиома вызывается не гиперэстрогемией, а нарушением соотношения ряда гормонов.

В принятой на конференции резолюции констатируется подъем советской эндокринологии, внедрение гормональных методов исследования и лечения в широкую практику акушерско-гинекологических учреждений. Поставлена задача дальнейшего развития биохимических и гистохимических исследований, увеличения выпуска различных гормональных препаратов, издания трудов эндокринологов.

М. М. Мельникова (Казань)

УДК 613.631.65—616—059

ПЕРВАЯ ВСЕСОЮЗНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ ПО ОБЩИМ ВОПРОСАМ ПРОМЫШЛЕННОЙ ТОКСИКОЛОГИИ

(13—17/I 1967 г., Москва)

Конференцию открыл заместитель главного санитарного врача Минздрава СССР П. П. Ляровский. Развитие химической промышленности и широкое внедрение новых химических веществ в народное хозяйство ставят перед промышленной токсикологией большие задачи. В Советском Союзе гигиеническое нормирование химических веществ является наиболее прогрессивным. Претворению этих нормативов в жизнь, в особенности борьбе с профессиональными отравлениями окисью углерода, углеводородами и инсектицидами, следует уделять неослабное внимание.

И. В. Саноцкий (Москва) сообщил, что в 1965 г. в СССР были установлены ПДК для 400 новых веществ, а в США — для 350. Однако рост количества синтезируемых веществ намного опережает рост штатов токсикологической службы. Путь количественного роста в организации исследований сам по себе не может решить задачу ликвидации разрыва между возможностями химических лабораторий и предприятий с одной стороны и токсикологических лабораторий с другой. Необходимо изменение методов научных исследований, подходы к чему созрели в недрах основных токсикологических школ.

Н. В. Лазарев (Ленинград) отметил, что только в 1960 г. в мире было синтезировано около 50 000 новых химикалий, из которых 10 000 стали доступными для широкого получения. Быстрый рост числа синтезируемых соединений ставит человечество в новые условия внешней среды, механизм приспособления к которым не выработан организмом в процессе эволюции. Слабые, вкрадывающиеся воздействия химических веществ, в отличие от влияния многих других стрессоров, приводят не к усилению адаптивных механизмов, а к их ослаблению (Н. А. Минкина и др.). Синдром общей адаптации Селье при длительном воздействии незначительных надпороговых доз вредных веществ фактически не наблюдается. В этой связи перспективны данные Н. В. Лазарева, М. А. Розина и др. об адаптогенных, т. е. о группе лекарственных средств, с помощью которых возможно добиться «состояния неспецифически повышенной сопротивляемости».

В противоположность выводам Н. А. Минкиной и др. Б. А. Курляндский и соотр. (Москва) привели экспериментальные материалы, показывающие, что малые дозы химических веществ стимулируют гипоталамо-гипофиз-адреналовую систему, вызывают в ней фазовые состояния.

При обсуждении докладов Н. В. Лазарева, Б. А. Курляндского и других С. Д. Заугольников (Ленинград) высказал мнение о необходимости изучения неспецифических механизмов действия ядов не только в надпороговых и пороговых, но и в более высоких дозах, в разгар специфических проявлений интоксикации и при терминальных состояниях.

В сообщениях Л. А. Тиунова (Ленинград), Г. Н. Красовского (Москва), Г. Б. Плисса, М. А. Забежинского (Ленинград) и некоторых других были рассмотрены вопросы о видовой чувствительности, о путях и методах переноса на человека данных, полученных в опытах с животными. Как указывает Л. А. Тиунов, выбор животных для токсикологического эксперимента должен определяться задачей эксперимента, учетом видовых особенностей обмена веществ и ответной реакции биохимических структур на воздействие яда. Четырехтомные «Биологические таблицы» и многотомное издание руководства по сравнительной биохимии (Comparative Biochemistry, Ed. Florkim.) должны стать настольными книгами для токсикологов.

В сравнительных опытах, поставленных на людях и животных, Г. Н. Красовский (Москва) проследил видовые особенности действия метгемоглобинообразователей, тиоловых ядов и антихолинэстеразных веществ.

Целая группа исследователей (Н. А. Толоконцев, В. А. Филов, Л. В. Работникова и сотр., Г. Н. Заева и сотр. и др.) посвятила свои выступления проблеме ускорения токсикологических исследований путем математического моделирования.

В большой серии докладов были представлены предложения по совершенствованию методов гигиенического нормирования химических вредных веществ. Так, В. В. Кустов (Москва) установил, что некурящие молодые мужчины выдыхают такие концентрации угарного газа, аммиака и ацетона, которые при 7—8-часовой экспозиции вызывают изменения физиологических показателей у людей. Соответствие подобных концентраций с ПДК, разработанными в эксперименте на животных и проверенными в условиях производства, позволяет рекомендовать описанный метод установления ПДК для продуктов естественного метаболизма у человека.

Н. И. Шумская и сотр. (Москва) в докладе о нормировании химических веществ, обладающих сенсибилизирующим действием, констатировали, что четких принципов нормирования аллергенов в настоящее время нет. По ее мнению, в списке санитарных норм ПДК следует указывать наличие и степень сенсибилизирующего эффекта (сильной, слабой аллергии). Если химическое вещество принадлежит к сильным аллергенам (динитрохлорбензол, урсол), необходимо ставить вопрос о значительном ограничении области его применения. При невозможности замены такого соединения на другое надо величину сенсибилизирующего действия вещества уменьшить в 10 раз, учитывая различия в видовой чувствительности к аллергии. Слабые аллергены (синтетические смолы, аллергические амины и т. д.) предложено нормировать с учетом прежде всего их токсичности.

С. Д. Заугольников, В. А. Кондрашов и А. Я. Политыкин (Ленинград) выдвинули вопрос о возможном существовании ПДК при изолированном воздействии на кожу. Экспериментальные исследования дают право считать, что ПДК веществ кожнорезорбтивного действия могут быть приблизительно на порядок выше, чем ПДК для ингаляционного воздействия. С другой стороны, встречаются химически вредные вещества (например, параклоранилин), для которых пороговые и надпороговые концентрации как при комбинированном (ингаляционном и кожном), так и при изолированном кожном воздействии совпадают. На основании этого можно заключить, что для веществ с высокой способностью всасываться через кожу ПДК при изолированном кожном и ингаляционном воздействии могут оказаться очень близкими или практически совпадающими.

Г. И. Спыну, К. К. Врочинский, Е. А. Антонович (Киев) в докладе «Принципы гигиенического нормирования пестицидов во внешней среде» привели данные о возможности одновременного поступления в организм одного и того же препарата с продуктами питания, водой, воздухом. В результате суммарное количество пестицидов в организме человека превышает безвредную дозу. Для нормирования пестицидов предложена математическая формула, которая показывает максимально допустимую безвредную дозу их во внешней среде.

Последнее заседание конференции было посвящено клинике, профилактике и лечению при отравлениях ядами различного типа действия.

О. Г. Архипова (Москва) подчеркнула важное значение комплексотерапии при интоксикациях металлами.

В последние годы синтезированы комплексобразующие соединения нового ряда — аминокислотфосфиновые кислоты, обладающие рядом свойств, отличающих их от аминокислот. Назрело время для изыскания средств, ускоряющих выведение из организма кремния и его соединений, фтора и фторсодержащих веществ и др. Одним из специфических приемов рациональной терапии при интоксикациях является направленное изменение метаболизма ядов. Определенные успехи достигнуты в обезвреживании сероуглерода, бензола. О несомненной перспективности подобного рода исследований свидетельствуют успешные поиски противоядий против фосфорорганических ядов, бериллия и др.

И. Д. Гадаскина и Ж. И. Абрамова (Ленинград) представили обобщающие данные о принципах диагностики и лечения в процессе биотрансформации ядов. Так, по современным представлениям, в основе метаболизма сероуглерода лежит его связывание с веществами, содержащими аминокислоты (аминокислотами, пептидами, белками и т. д.), приводящее к образованию дитиокарбаматов. Миелотоксическое действие бензола обусловлено продуктами его окисления: фенолом и полифенолами. Последние выводятся из организма в виде парных соединений с серной и глюкуроновой кислотами.

Докладчики привели данные о биотрансформации анилина, динитро-о-крезола, ароматических углеводов и др., которые могут быть использованы для диагностики и лечения при отравлениях.

Ж. И. Абрамова (Ленинград) сообщила о применении естественных антиоксидантов для профилактики и лечения при отравлениях химическими веществами с различным типом действия на организм.

Интересным был доклад И. Г. Мизюковой и В. Е. Петрунькина (Киев), которые, в частности, сообщили о синтезе и успешном испытании нового антидота при отравлении мышьяковистым водородом — антарсина.

На конференции было принято развернутое решение, в котором обоснованы дальнейшие пути и направления в развитии общих вопросов промышленной токсикологии.

В. П. Камчатнов, И. С. Бадюгин (Казань)

ДОСТИЖЕНИЯ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ — В СТОМАТОЛОГИЮ

В феврале 1967 г. в Москве проходила конференция, посвященная современным проблемам анестезиологии и применению ее достижений в стоматологии, и симпозиум центрального научно-исследовательского института стоматологии о физических методах обезболивания.

В докладе академика П. К. Анохина и доц. И. В. Орлова была изложена физиология наркотического сна.

Ряд докладов был посвящен вопросам эндотрахеального наркоза, который показан при больших оперативных вмешательствах в челюстно-лицевой области как у взрослых, так и у детей (И. И. Ермолаев — Москва, В. Ф. Рудько — Москва, М. А. Макиенко — Куйбышев-обл., Л. И. Малахов — Ставрополь).

Одни докладчики отдают предпочтение миорелаксантам короткого действия: листенону, дитилину, миорелаксину (М. А. Макиенко), другие считают, что безопаснее проводить интубацию при сохранении естественного дыхания больного (Г. И. Семенченко — Одесса). Интубация наиболее часто проводилась оральным и эндоназальным путем, реже — наложением трахеостомы.

О реанимации во время наркоза доложили С. И. Бабичев (Москва) и Г. А. Рябов (Москва).

Большое число докладов было посвящено наркозу в амбулаторной практике. А. А. Колесов (Москва) рекомендует в амбулаторных условиях для детей наркоз в стадии анальгезии (I₃). В докладе Г. А. Васильева (Москва) также рекомендуется наркоз (смесью закиси азота, кислорода и фторотана) в амбулаторной практике больным с лабильной психикой. В клинике В. Ф. Курляндского (Москва) больных подвергали кислородно-фторотаново-закисному наркозу для подготовки полости рта к протезированию. Закись азота с кислородом и смесь фторотан — закись — кислород применяли в амбулаторной практике в клинике хирургической стоматологии, руководимой В. Ф. Рудько. Успешно проводился в амбулаторных условиях внутривенный наркоз эпентолом (А. Ф. Бизяев — Москва).

Все докладчики отмечали достижение кратковременного наркоза в течение нескольких минут, что позволяло проводить непродолжительные хирургические операции и манипуляции.

Н. Н. Бажанов (Москва) сообщил о применении в послеоперационном периоде лечебного наркоза в стадии анальгезии газовой смесью кислорода и закиси азота. Достигалась нормализация АД, кислотно-щелочного равновесия и секреторной функции надпочечников.

Открывая симпозиум, А. И. Рыбаков (Москва) указал на важное значение физических методов обезболивания для стоматологической практики и в частности для обезболивания операций на зубах и на необходимость сочетания этих методов с обезболивающими и обесстрашивающими препаратами, разработанными современной анестезиологией.

В программном докладе Г. М. Иващенко (Москва, ЦНИИС) были освещены основные пути развития физических методов обезболивания в стоматологии.

М. А. Макиенко и З. В. Верткин (Куйбышев-обл.) при применении музыкальной аудиоанальгезии наблюдали нормализацию частоты пульса и АД.

П. И. Вайнбойм и Г. С. Мироненко (Ленинград) предложили апробированную ими аудиоанальгетическую установку с четырьмя заданными программами (белый шум и три музыкальные) и аппарат для электрообезболивания микрогальваническим током либо ионофорезом.

И. М. Оксман и Д. Н. Джумадилаев (Казань) подтвердили высокую эффективность аудиоанальгезии в ортопедической стоматологии.

А. С. Менабде (Тбилиси) добился весьма хорошего обезболивания с помощью импульсного тока, подаваемого на обрабатываемый участок зуба. Т. В. Никитина (Москва) связывает анестезирующий эффект при электрообезболивании со снижением деполяризации отростков одонтобластов и нервных окончаний. В. А. Сафонов и А. Б. Бать (Ленинград) сообщили об эффективности электроанестезии при обработке болезненных пришеечных полостей. Г. П. Соснин и Л. Ф. Тищенко (Воронеж), используя ток, сила которого не превышала 20 ма, установили, что его обезболивающее действие при глубоком кариесе выражено больше, чем при среднем. Однако гальванический ток, по их мнению, обычно лишь снижает болевую чувствительность и редко полностью снимает боль.

По данным В. И. Митиной (Одесса), применение для обезболивания электрофореза некоторых анестетиков приводит к снижению чувствительности при обработке пришеечных полостей и устранению болевых ощущений при иной локализации полостей.

Т. В. Никитина и Б. Н. Ростовцев рекомендуют использовать контактное электричество, возникающее при создании замкнутой внешней цепи, состоящей из двух различных металлов (проводников). В качестве пассивного электрода может служить титан или угольный электрод, в качестве активного — зубной бор.

Н. М. Кабилов и сотр., используя для обезболивания твердых тканей и пульпы зубов электрофорез местных анестетиков и их смесей, выявили, что смеси анестетиков

относительно не эффективнее, чем отдельные местно обезболивающие препараты. При среднем кариесе обезболивающий эффект лучше, чем при глубоком. При этом эффективность разных анестетиков была неодинаковой; она зависела от химической структуры препарата, концентрации раствора, возраста больного и тяжести процесса.

Ю. А. Федоров показал эффективность лечения страдающих системной гиперестезией дентина с применением ионофореза глициерофосфата кальция и целесообразность сочетания этого пути введения с назначением препарата внутрь.

А. М. Гинзбург (Казань), связывающий генез системной гиперестезии твердых тканей зубов с дисэнцефальной патологией, сообщил о положительном опыте применения назального электрофореза кальция при гиперестезии зубов.

А. И. Марченко и сотр. (Одесса) указали на возможность устранения болевого симптомокомплекса при глоссодинии ультразвуком.

Г. Д. Овруцкий и В. И. Еникеева (Казань)

ПЕРВАЯ НАУЧНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ ПО ВОПРОСАМ МЕДИЦИНСКОЙ ГЕОГРАФИИ ТАТАРСКОЙ АССР, ПОСВЯЩЕННАЯ 50-ЛЕТИЮ ВЕЛИКОЙ ОКТЯБРЬСКОЙ СОЦИАЛИСТИЧЕСКОЙ РЕВОЛЮЦИИ

(15 — 17/VI 1967 г., Казань)

Конференция создана по инициативе Татарского филиала Географического общества СССР, Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова, Министерства здравоохранения ТАССР. В ее работе приняли участие представители других институтов и филиалов географических обществ страны, ученые из Москвы, Ленинграда, Кишинева, Иркутска, Еревана, Новосибирска, Волгограда, Куйбышева, Адлера, Саратова и других городов.

На конференции рассматривались в основном два вопроса: влияние географической среды на здоровье населения; изменение внешней среды в результате народнохозяйственных преобразований и его влияние на условия труда, жизни, быта и заболеваемость населения.

Министр здравоохранения ТАССР И. З. Мухутдинов отметил большие успехи в развитии народного хозяйства и здравоохранения Татарской АССР за годы Советской власти. В заключение он высказал мнение о целесообразности преподавания медицинской географии в медицинских институтах и на некоторых факультетах университета. Необходимо также составить медико-географическое описание ТАССР, доступное для практических врачей и других заинтересованных специалистов.

Проф. А. А. Шошин (Ленинград) охарактеризовал состояние медико-географических исследований в СССР и за рубежом.

Доклад И. В. Ландышева (Казань) был посвящен истории развития изысканий по медицинской географии в Татарии. В прошлом столетии этой проблемой занимался широкий круг исследователей, в том числе ученые медицинского факультета Казанского университета и практические врачи. С 1872 г. на медицинском факультете Казанского университета был введен курс лекций по медицинской географии и статистике. В настоящее время над вопросами медицинской географии Татарии трудятся М. Х. Вахитов, Т. Д. Эпштейн, Г. Х. Гильманова, В. А. Бойко, П. А. Башкирев, А. Н. Юнусова, А. М. Хакимова и многие другие. Плодотворно работает созданная в 1963 г. при Татарском филиале Географического общества СССР секция медицинской географии.

Е. С. Фельдман (Кишинев) продемонстрировал медико-географические карты Молдавской ССР.

В серии докладов о физическом развитии населения и демографических процессах в Татарии (Б. И. Феоктистов, И. И. Гольдфарб, А. Г. Собанов, М. Х. Вахитов и др.) была показана целесообразность и практическая ценность совместных исследований с представителями других отраслей науки на базе географического общества.

А. П. Айриян (Ереван) продемонстрировал атлас сельского здравоохранения Армении, в котором показано развитие и состояние здравоохранения Армянской республики с дореволюционного времени до наших дней. Подобный атлас для Татарской республики мог бы быть ценным пособием для научных работников и практических врачей.

Более 20 докладов было сделано на секции «Нозогеография, географическая патология и инфекционные болезни» (В. М. Сироткин и И. М. Гимадеева — Казань, Э. А. Лудянский — Волгоград).

В. А. Попов (Казань) подчеркнул целесообразность комплексных исследований по медицинской географии и охране природы, а также создания в Казани на общественных началах института медицинской географии и охраны природы.

И. В. Ландышев (Казань)

СОДЕРЖАНИЕ

К 50-летию Великого Октября

Чикин С. Я. 50 лет развития советского здравоохранения	1
Мухутдинов И. З. Здравоохранение Татарии за 50 лет Советской власти	5
Хамитов Х. С. Развитие высшего медицинского образования и медицинской науки в Казани за годы Советской власти	12
Вахитов М. Х. Важнейшие показатели здоровья населения ТАССР к пятидесятилетию Великого Октября	21
Зисман Я. Л. Здравоохранение Удмуртской АССР	23
Королев Б. А. Грудная хирургия в Советском Союзе	24
Ратнер Ю. А. Становление и развитие хирургии плевры, легких и средостения в г. Казани и в ТАССР	29
Рахлин Л. М. Казанская кардиологическая школа за 50 лет Советской власти	32
Шулутко Л. И. Ортопедия и травматология в Татарии к пятидесятилетию Советской власти	35
Макаров Ю. В., Макарова Г. А. и Еникеева Р. И. К истории становления педиатрической службы в г. Казани	38
Курицина Е. И., Баранов А. А. и Альбицкий В. Ю. Охрана материнства и детства в ТАССР	40
Акимов В. Н. Достижения отечественной оториноларингологии в борьбе с гнойными отитами, мастоидитами и их осложнениями	41
Галимов И. Х. Основные проблемы современной рентгенокраниологии	48
Стегунин С. И., Артемов П. И. и Ахметзянова Э. С. Основные направления помощи медицинского института практическому здравоохранению	50

Клиническая и теоретическая медицина

Радбиль О. С. О нейро-гормональной теории язвенной болезни	53
Лазарев Н. В. Новые фармакотерапевтические идеи в гастроэнтерологии	59
Харитонов И. Ф. и Кнубовец С. Я. Современные методы диагностики и оперативной тактики при желчнокаменной болезни	61
Шестаков С. В. и Максимова И. В. Помощь при острой сердечной недостаточности большим пороками сердца	65
Узбекова Л. И. и Кильматов Ф. Ф. Фонокардиограмма при шариковом протезе митрального клапана	67
Петров Н. М. и Трусов В. В. Опыт применения тауремизина при острых интоксикациях	69

История отечественной медицины

Потапенко В. Н. К истории становления здравоохранения и хирургической помощи в Кировской области	70
[Терегулов А. Г.], Маянская К. А. и Богоявленский В. Ф. К истории госпитальной терапевтической клиники Казанского медицинского института	72
Жучкова Н. И., З. П. Соловьев — студент Казанского университета	74
Харитонов И. Ф. Казанский период деятельности профессора А. В. Вишневого	77
Макаров Ю. В., Макарова Г. А. и Еникеева Р. И. Профессор Ефим Моисеевич Лепский	79
Чучелин Г. А. Врач-революционер Николай Владимирович Мальцев	81

В научных медицинских обществах ТАССР

Харитонов И. Ф., Жучкова Н. И., Маврин М. И. и Бахтиозин Ф. Ш. К истории хирургического общества Татарской АССР	83
Ратнер Ю. А. Некоторые итоги деятельности общества онкологов ТАССР	86
Андреев В. П. и Болотовский И. С. Деятельность Казанского научного общества невропатологов и психиатров за 50 лет Советской власти	87

Библиография и рецензии

- Фридман М. Н. На кн.: П. И. Шамарин. О побочных явлениях лекарственной терапии 89

Съезды и конференции

- Красноперов Ф. Т. и Щербатенко С. И. Всесоюзная ревматологическая конференция 90
- Цаленчук Я. П. Конференция Всероссийского научного общества терапевтов, посвященная 50-летию Советской власти 92
- Мифтахов Н. А. и Ахунзянов А. А. II Всесоюзный симпозиум детских хирургов и I симпозиум детских хирургов Прибалтийских республик 94
- Мельникова М. М. Проблемы лечения на II Всесоюзной конференции по вопросам физиологии и патологии эндокринной системы женщины 96
- Камчатнов В. П. и Бадюгин И. С. Первая Всесоюзная конференция по общим вопросам промышленной токсикологии 97
- Овруцкий Г. Д. и Еникеева В. И. Достижения анестезиологии — в стоматологию 99
- Ландышев И. В. Первая научная конференция по вопросам медицинской географии Татарской АССР, посвященная 50-летию Великой Октябрьской социалистической революции 100