Д-498

Диссертации ученых Таджикистана по медицине

ДУШАНБИНСКИЙ ИНСТИТУТ ЭПИДЕМИОЛОГИИ И ГИГИЕНЫ
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ТАДЖИКСКОЙ ССР

Публикация
ДИЭГ № 26

ДИССЕРТАЦИИ
УЧЕНЫХ ТАДЖИКИСТАНА ПО МЕДИЦИНЕ
(АННОТАЦИИ)

Составил М. Я. РАСУЛОВ

Душанбе — 1964 г.

186

АННОТАЦИЯ

В книге освещена история развития медицинской науки в Таджикистане за годы Советской власти, показан рост научных медицинских кадров.

Дано краткое содержание 239 кандидатских и докторских диссертаций по 29 отраслям медицинской науки.

Отв. редактор—заслуж. деятель науки
З. П. ХОДЖАЕВ.

218675
Центральная научная
БИБЛИОТЕКА
Академии наук Киргизской ССР

ПОСВЯЩАЕТСЯ 40-ЛЕТИЮ ТАДЖИКСКОЙ ССР И 25-ЛЕТИЮ ТАДЖИКСКОГО ГОСМЕДИНСТИТУТА ИМ. АБУАЛИ ИБНИ СИНО.



ПРЕДИСЛОВИЕ

I

Свое славное сорокалетие Таджикская республика отмечает как великий праздник, как триумф социалистических завоеваний.

За годы советской власти в Таджикистане произошли поистине великие преобразования. В результате последовательного осуществления ленинской национальной политики, таджикский народ под руководством коммунистической партии, при братской помощи великого русского народа и других народов СССР, за короткий исторический срок покончил со своей экономической и культурной отсталостью и построил социализм.

За годы советской власти в Таджикистане созданы мощная современная индустрия, передовое сельское хозяйство, широкая сеть учебных заведений, культурно-просветительных и научных учреждений, построены новые города, районные центры и поселки, подготовлены многочисленные квалифицированные кадры для всех отраслей народного хозяйства Республики, расцвели литература и искусство, создана национальная интеллигенция.

Велики плоды социалистической революции в Таджикистане и одним из замечательных ее достижений является бурное развитие здравоохранения и медицинской науки в Таджикистане.

За последние годы к нам в Таджикистан стали часто приезжать многочисленные гости из зарубежных стран. Увидев собственными глазами наши достижения, одни из них восхищаются ими, увозят самые лучшие впечатления, других это огорчает, раздражает и озлобляет.

Советская власть приступила к строительству здравоохра-

нения в Таджикистане почти на пустом месте. Так, накануне Октябрьской Революции (в 1913 г.) на территории нынешнего Таджикистана было только 1 больничное учреждение на 40 коек. Буквально единицами исчислялись врачи (13 человек) и средние медицинские работники (32 человека).

На таджикской земле в досоветское время свирепствовали не только оспа и малярия. Местное население массами страдало также от трахомы, сыпного и брюшного тифов, туберкулеза, сифилиса, спру, риштьі, лейшманиоза, парши, проказы, чумы и ряда других инфекционных и паразитарных заболеваний.

Преодолевая большие трудности, в Таджикистане начали создавать систему охраны народного здоровья. Необходимость быстрого решения этой задачи вызывалась наличием различных эпидемических и социальных заболеваний, возникших в дооктябрьский период в результате низкого материального уровня населения, его культурной отсталости и сильного влияния всевозможных религиозных предрассудков и суеверий.

В первые годы советской власти внимание организаторов здравоохранения было направлено, главным образом, на строительство сети лечебно-профилактических и санитарно-противоэпидемических учреждений и укомплектование ее кадрами.

Уже к 1925 году в Таджикской АССР было открыто 6 больниц и 8 амбулаторно-поликлинических учреждений, где работало 18 врачей и несколько десятков медицинских работников средней квалификации, а к моменту образования Таджикской ССР (1929 г.) сеть лечебно-профилактических учреждений насчитывала десятки больнично-амбулаторных и других медико-санитарных учреждений. В это время в Республике работали 51 врач и 133 средних медработника. Все растущая сеть учреждений здравоохранения Республики требовала усиления подготовки медицинских кадров на месте. В связи с этим в начале тридцатых годов были организованы в городах Ленинабаде и Душанбе медицинские техникумы. В Душанбе был создан также медицинский институт, который, однако через 2 года был ликвидирован. К этому времени в Республике появились первые врачи (в 1932 г.) из лиц местных национальностей: Муминов У. М., Умаров Х. У., сыгравшие в дальнейшем известную роль в подготовке специалистов.

В настоящее время в системе здравоохранения Республики насчитывается 1360 лечебно-профилактических, детских, родовспомогательных и других учреждений, в которых имеется более 20.000 больничных коек, в них работают 2833 врача и 8405 средний медперсонал. Бюджет здравоохранения в 1964 году составляет 43 млн. 400 тысяч рублей. По количеству

врачей на 10.000 населения Таджикистан опередил Англию, Францию, Турцию, Пакистан, Афганистан. Уже давно в Республике ликвидированы оспа, паразитарные тифы и малярия. Резко снижены и на грани ликвидации некоторые другие заболевания. Намного снизилась смертность населения, особенно детей и значительно возросла рождаемость. Показатели рождаемости в Таджикистане теперь значительно выше, чем в любой капиталистической стране. Широким фронтом ведется подготовка кадров высшей и средней квалификации в области медицины в учебных заведениях—в четырех медицинских училищах и в многофакультетном столичном медицинском институте им. Абуали ибни Сино.

Таков краткий итог развития здравоохранения в Таджикистане. Успехи здравоохранения Советского Таджикистана наглядно показывают, что охрана здоровья трудящихся является органической частью социалистического строя, создавшего все условия для всестороннего физического и духовного развития человека.

II

Более тысячи лет назад таджикский народ дал миру бессмертного Абуали ибни Сино — гениального мыслителя, наставника ученых, искусного врача, создателя «Канона врачебной науки», на чьих творениях воспитывались многие поколения лучших врачей почти всех стран мира вплоть до 18 века.

Гениальные мысли Абуали ибни Сино, его практические рекомендации, основанные на личном опыте и знании, уже в те далекие времена могли служить научной основой профилактики заболеваний на родине ученого. Однако условий для осуществления указаний ибни Сино тогда не было. Б. Д. Петров пишет: «... широкие круги населения, угнетаемые и обираемые, находящиеся нередко под двойным гнетом — своих властителей и иноземных завоевателей, опутанные религиозными предрассудками, живущие в нищете, — в большинстве случаев не могли и мечтать об осуществлении тех правил профилактики, на которых настаивал ибни Сино».

Деятельность Абуали ибни Сино относилась к периоду расцвета культуры таджиков и других народов Средней Азии. За этим периодом последовал продолжительный период упадка, обусловленный длительными и разорительными войнами, отсутствием заинтересованности правителей в культурном росте народа. В этом периоде научная медицина в Средней Азии вообще перестала существовать, уступив место шарлатанству, знахарству и табибизму.

Присоединение территории Средней Азии к России повлекло за собой проникновение сюда, правда, в мизерных размерах, европейской медицины.

Совершенно по другому пошло дело после Октябрьской Революции и установления Советской власти в Таджикистане, когда начала создаваться настоящая медицинская наука.

Уже в первые годы национального размежевания Средней Азии и образования Таджикской АССР было начато изучение краевой патологии Таджикистана. Жизнь заставляла тогда исследователей заняться изучением в первую очередь инфекционной патологии края.

Пионерами этой благородной задачи являлись гражданские и военные врачи — А. А. Макарьин, Л. Ф. Парадоксов, Н. И. Латышев, М. Н. Кешишьян, А. И. Шуренкова, К. П. Арихбаев и другие. Их работами было тогда показано, что ведущее место среди ряда других распространенных здесь инфекционных заболеваний принадлежит малярии и оспе. Они установили также чрезвычайно широкое распространение трахомы, грибковых болезней и эндемического зоба.

Вот некоторые данные Л. Ф. Парадоксова, относящиеся к оспе и малярии. В 1927 году он наблюдал эпидемию оспы в Гармском и б. Хаитском р-нах, причем отметил, что заболевали преимущественно дети в возрасте до 10 лет. Он пришел к совершенно правильному выводу, что взрослое население не заражалось оспой лишь потому, что уже переболело ею.

Несколько позже (в 1929 г.) Л. Ф. Парадоксов выявил в кишлаках Гармского р-на от 10 до 80% больных малярией, в Пархарском р-не от 15 до 100%. Характерно, что первые исследователи занимались изучением только малярии и оспы. Другими инфекциями не занимались, вероятно, не потому, что их было мало, а потому, что они «растворялись» на фоне огромного числа заболеваний малярией и оспой.

Преобразование Таджикистана в Союзную Республику (1929 г.), побудило центральные научно-исследовательские учреждения нашей страны взять на себя инициативу в деле изучения краевой, особенно инфекционной патологии Таджикистана. Небольшой отряд работавших здесь врачей при отсутствии на месте сколько-нибудь удовлетворительной базы для ведения исследовательской работы, самостоятельно решить эту задачу не мог. Потому и в 1930 году в Таджикистан приехала первая крупная экспедиция Центрального тропического института во главе с профессором Е. И. Марциновским.

Начиная еще с 1928 года, изучение инфекционной патологии Таджикистана вел академик Е. Н. Павловский, организовавший и возглавивший ряд крупных экспедиций по изучению распространенности здесь трансмиссивных заболеваний (слоновой болезни, клещевых спирохетозов, лихорадки Паппатачи, лейшманиоза и др.). Деятельность Е. Н. Павловского в Таджикистане не ограничилась накоплением материалов по инфекционной патологии края и разработкой практических мер борьбы с трансмиссивными заболеваниями. Возглавляя в течение ряда лет сначала — Таджикистанскую базу АН СССР, а затем Таджикский филиал АН СССР, он явился инициатором многочисленных исследований в области как медицины, так и других отраслей знания, за выполнение которых в последующем взялись молодые ученые Таджикистана.

Ученые, приезжавшие в Таджикистан из центральных н/и учреждений страны, пробуждали у практических врачей Таджикистана интерес к исследовательской работе, что служило, в известной мере, источником развития научной мысли в Таджикистане.

Но все это, конечно, было далеко недостаточно для разрешения многочисленных и всевозможных задач, стоявших перед медицинской наукой. Надо было создать в Республике научные центры. Так и в феврале 1931 г. в Душанбе было организовано первое научно-исследовательское учреждение системы наркомздрава Таджикской ССР — Республиканский тропический институт (Тропин), а через год (в 1932 г.) был создан второй институт — Санитарно-бактериологический институт (Санбакинститут). Именно эти два института стали организаторами, а в значительной мере и исполнителями всей санитарно-противоэпидемической работы в Республике.

Первые годы своего существования Тропинститут вел почти исключительно организационную, оперативную и лечебную работу. В амбулатории и клинике Института лечились больные малярией из Душанбе и многих районов. В то же время Санбакинститут, организовав бактериологический и санитарно-гигиенический отделы, пастеровскую станцию, лабораторию по производству клинических анализов и серологический отдел приступил широким фронтом к эпидемиологической разведке в районах республики, боролся с возникающими вспышками массовых заболеваний, организовывал мероприятия по борьбе с сыпным и брюшным тифами, оспой и др. заболеваниями.

Научная деятельность начала развиваться с 1935 года. Тогда институты приступили к изучению тех инфекций, которые особенно угрожали Республике. Кроме малярии и кишечных инфекций, в те годы занимались также вопросами эпидемиологии клещевого спирохетоза, лейшманиоза, лихорадки паппатачи, гельминтозов, амебиаза.

К 1935 г. резко снизилась заболеваемость малярией, что являлось бесспорным результатом плодотворной работы Тропинститута и организованной и укрепленной им сети противомалярийных станций на периферии. С 1935 г., по инициативе научного сотрудника И. В. Новохатного Санбакинститут поднимает вопросы коммунального благоустройства г. Душанбе и водоснабжения ряда районов республики.

В тридцатых годах в центре внимания научных учреждений был также бруцеллез. Сначала изучением распространенности бруцеллеза занимался Тропинститут, затем им занялся Санбакинститут. В 1935 году была создана специальная станция по борьбе с бруцеллезом, которая ряд лет возглавляла исследовательскую и профилактическую работу по бруцеллезу. Первым руководителем этой станции и проводимых ею работ была М. Н. Перехожева, имя которой входит в историю развития медицинской науки в Таджикистане как первый ученый, защитивший в 1938 г. на материале Таджикистана кандидатскую диссертацию на тему «Особенности эпидемиологии бруцеллеза в овцеводческих хозяйствах на юге Таджикистана».

Научные работники обоих институтов постепенно накапливали богатый фактический материал, который впоследствии оформлялся в виде ряда диссертаций (Л. А. Черная, М. В. Войно-Ясенецкий, Е. М. Глаголева, М. К. Войно-Яменецкая, Б. Н. Казанцев и др.).

Самым крупным событием в жизни здравоохранения Республики было открытие в 1939 году в гор. Душанбе медицинского института. Это положило начало подготовке не только врачей, но научно-педагогических кадров.

Первые годы были посвящены налаживанию учебного процесса, организации учебных баз, хозяйственному укреплению института, укомплектованию кафедр профессорско-преподавательским составом. Поэтому научная работа в это время здесь почти не велась.

В годы Великой Отечественной войны жизнь потребовала от научных институтов серьезной и немедленной перестройки деятельности. Внимание было направлено главным образом на решение научных вопросов, связанных с военным временем, на ведение оперативной работы, производство бактерийных препаратов, лечение больных и других практических вопросов.

Во время войны в медицинский институт и другие научные учреждения Республики в порядке эвакуации приезжала большая группа ученых из районов временной немецкой оккупации. Среди них крупные профессора и видные деятели науки, такие как М. Я. Серейский, Б. И. Трусевич, С. Я. Шаферштейн, А. Я. Мангейм, А. Я. Прокопчук, Г. В. Ясвоин и др. В связи с этим несколько оживляется научная деятельность институтов. В самый разгар войны (1943 г.) медицинский институт выпускает первую партию (125) врачей, часть которых (30 чел.) уходит на фронт. В это время в Республике появляется первый кандидат медицинских наук из лиц местных национальностей (М. К. Кульматов).

К этому времени относятся серьезные исследования работников медицинского института А. П. Жукова и П. Н. Степанова. Первый из них обобщает свой многолетний материал по Эльбрусу и Таджикистану, касающийся влияния факторов высокогорья на физиологические функции организма и защищает (в 1944 г.) докторскую диссертацию. А. П. Жукову принадлежит заслуга в организации и проведении ряда специальных экспедиций по изучению горной физиологии и развитие этого важного раздела науки в Республике.

П. Н. Степанов в течение ряда лет занимался изучением механизма развития хронической дизентерии, определением причин, способствующих переходу острой бактериальной дизентерии в хроническую и оформил свои данные в виде докторской диссертации «Хроническая дизентерия», которая была защищена в 1944 г.

Как увидим ниже, в подготовке ученых в области медицины для Советского Союза в целом и Таджикистана в частности, решающую роль сыграла созданная в 1944 году впервые в СССР Академия медицинских наук в г. Москве.

Серьезное развитие медицинской науки в Таджикистане, в основном, началось в послевоенные годы. Организация АМН СССР, возвращение с фронта многих врачей и другие благоприятные обстоятельства побудили министерство здравоохранения Республики проявить инициативу в создании стройной системы подготовки ученых-медиков путем командирования специалистов в научные учреждения АМН СССР и медицинские институты Москвы и других центральных городов Союза для выполнения диссертационных работ.

Впервые массовая подготовка ученых-медиков началась в 1946 году, когда министерство здравоохранения Таджикской ССР с конкретными предложениями обратилось с ходатайством к Правительству Республики, Министерству Здравоохранения СССР и Академию Медицинских наук о направлении группы специалистов в научные учреждения Москвы для выполнения диссертационных работ. В решении этого жизненно важного вопроса большую заботу и поддержку проявляли тогда ЦК КП Таджикистана и Совет Министров Таджикской ССР, Министр Здравоохранения СССР проф. Г. А. Митерев,

Призедент АМН СССР академик Н. Н. Бурденко, заслуги которых никогда не забудет научная медицинская общественность Республики.

Итак, в 1946 году в Москву на учебу отправляется первая группа специалистов — медиков: 6 человек в аспирантуру (А. Б. Бабаев, З. С. Касымова, Я. А. Рахимов, С. Х. Хакимова, Х. Халилов, З. П. Ходжаев) и 2— в докторантуру (М. К. Кульматов и А. З. Захидов), большинство из которых через 3—4 года успешно завершило учебу и защитило диссертации.

В последующие годы именно по такой системе шла основная подготовка ученых. Не лишне отметить, что наша система подготовки кадров послужила примером и была перенята другими братскими республиками, в первую очередь, Среднеазиатскими.

Неоценимую помощь в подготовке ученых и развитии медицинской науки в Таджикистане оказывали и продолжают оказывать Центральные научно-исследовательские учреждения Союза и прежде всего такие институты как Институт нормальной и патологической физиологии; хирургии им. А. В. Вишневского; нейрохирургии им. акад. Н. Н. Бурденко; грудной хирургии; терапии; эпидемиологии и микробиологии им. почетного академика Н. Ф. Гамалеи; по изучению полиомиелита; общей и коммунальной гигиены им. А. Н. Сысина; Центральный институт усовершенствования врачей; первый и второй московские мединституты; малярии и медицинской паразитологии, Киевский институт гигиены труда и профзаболеваний и многие другие. Мы с сердечной благодарностью называем фамилии выдающихся и крупных ученых центральных городов: академиков А. Н. Бакулева, Е. Н. Павловского, А. Д. Сперанского, и профессоров П. К. Анохина, Р. А. Бабаянц, И. С. Безденежных, Н. Н. Блохина, Б. Г. Егорова, Д. А. Жданова, К. Н. Жмакина, П. Ф. Здродовского, И. А. Кассирского, Л. И. Медведь, А. Л. Мясникова, Г. П. Руднева, Е. М. Тареева, В. Н. Терновского, М. П. Чумакова и многих других, подготовивших для нашей республики много высококвалифицированных специалистов и талантливых ученых.

В послевоенные годы в центре внимания работников Санбакинститута и Тропинститута стояли задачи по изучению эпидемиологии главным образом дизентерии и малярии, изыскание и применение новых средств и путей по борьбе с этими заболеваниями.

Благодаря совместным усилиям работников Центрального института малярии, других республик и нашей Республики в середине пятидесятых годов малярия как массовое заболевание в Таджикской ССР была ликвидирована. Остроту внимания к проблеме малярии можно подтвердить тем, что за ко-

роткий срок учеными Таджикистана были опубликованы сотни статей и выполнены 12 докторских и кандидатских диссертаций, посвященных различным вопросам этой проблемы.

В 1947 — 1949 годах сотрудники Санбакинститута разрабатывали также вопросы эпидемиологии детских инфекций в Таджикистане, занимались изучением вспышек вирусного гриппа, лептоспирозов, лихорадки Ку и др. заболеваний. В те годы сотрудники тропинститута начинали, а в дальнейшем усиливали исследования в области эпидемиологии и профилактики гельминтозов и других паразитарных заболеваний.

Большой скачок медицинской науки наблюдается с 1950 года, когда работники Таджикского медицинского института интенсивно включаются в разработку и решении ряда актуальных для здравоохранения республики задач, когда институт активно начинает создавать настоящую базу для подготовки научных работников на месте, когда на родину возвращаются первые молодые ученые Таджикистана. В 1950 году в Республике появляется первый доктор медицинских наук — терапевт М. К. Кульматов. В том же году кандидатскую диссертацию успешно защищает первая таджичка, акушер-гинеколог С. Х. Хакимова. Она же первой среди врачей — таджичек в 1958 году в Москве блестяще защищает диссертацию на степень доктора медицинских наук.

К тому же периоду относится организация ряда крупных экспедиций по изучению особенностей физиологии и патологии края, в частности, шире разрабатываются вопросы горной физиологии и патологии, проблема эндемического зоба, питания населения, курортологии, использование радиоактивных веществ в медицине и др.

В связи с этим значительно усиливается подготовка кандидатов наук на месте. В благородное дело подготовки научных работников с учеными степенями большой вклад внесли профессора Таджикского Госмединститута Х. Д. Гаджиев, Ю. В. Гулькевич, Л. Е. Гуртовой, А. П. Жуков, И. Г. Калиничева, Я. Л. Коц, И. Б. Лихциер, И. А. Ойвин, П. Н. Степанов, Я. А. Эпштейн и другие.

Очень важным моментом было предоставление (1952 г.) Таджикскому мединституту права приема к защите кандидатских диссертаций по некоторым отраслям медицины. За сравнительно короткий срок в стенах этого института защищена 81 кандидатская диссертация. Небезынтересно сообщить, что за годы своего существования наш мединститут выпустил 3499 врачей, из которых 111 человек защитили кандидатские и докторские диссертации. В настоящее время здесь плодотворно трудятся 225 педагогов, из них 18 докторов и 98 кандидатов наук.

Важным событием в развитии медицинской науки было создание в 1959 году в Душанбе при Академии наук Таджикской ССР института краевой медицины. Этот институт начал свою деятельность с изучения ряда вопросов, мало разработанных в Республике, таких как вопросы питания населения, народной медицины, использование местных лекарственных трав, курортных ресурсов, изучения особенностей развития заболеваний органов пищеварения и печени и их лечения и др. Большое внимание уделялось Институтом вопросу подготовки специалистов по этим разделам науки путем командирования в центральные институты группы аспирантов и создания аспирантуры в самом институте. В последнее время Институт почти целиком перешел на разработку одной проблемы — вопросов гастроэнтерологии и с этим направлением в 1963 году вошел в состав АМН СССР.

Полный расцвет медицинской науки происходит в последние годы.

Об огромном размахе научной мысли свидетельствует тот факт, что только за последние 10 лет учеными Таджикистана защищены 154 кандидатских и докторских диссертации на актуальные темы медицинской науки.

Медицинскую науку в Республике двигает большой отряд ученых, состоящий из 301 научного работника, больше половины которых имеют ученые степени. Нашими учеными опубликовано более 6 тысяч различных статей, выпущено более 100 томов сборников, монографий, книг и другой медицинской литературы. Научные учреждения, кафедры медицинского института обеспечены современным оборудованием, аппаратурой, достаточным штатом и ассигнованиями, что позволяет вести серьезные исследования по актуальным проблемам медицины. Этому в значительной мере помогает наличие у нас нескольких медицинских библиотек, насчитывающих сотни тысяч книг по всем отраслям медицинской науки.

В популяризации и внедрении достижений медицинской науки в практику здравоохранения, в ускорении подготовки кадров для Республики хорошую помощь оказывает издаваемый с 1954 года журнал «Здравоохранение Таджикистана», на страницах которого только в 50 номерах опубликовано 980 статей.

Отрадно подчеркнуть, что теперь разработка научных проблем выходит за пределы специальных научных учреждений и проникает в плоть практических учреждений здравоохранения, даже отдаленных районов Республики. Так, наукой (помимо основной своей практической работы) успешно занимаются бюро судебно-медицинской экспертизы, эндокринологический диспансер, Республиканская СЭС, тубдиспансер, трахоматозный диспансер, городская и Республиканская клинические больницы в Душанбе, в Московском р-не, Кулябе; ГБАО, Ленинабадской группе районов и др. мест, выполняются диссертационные работы (Д. Г. Рудой, Л. В. Песахович, М. С. Касимов, Д. Д. Канчейков, М. С. Вермул и др.). Теперь наши ряды пополняются способными молодыми учеными из отдаленных уголков Таджикистана. Недавно степень кандидата медицинских наук получили два горца—Х. К. Камардинов (из Ишкашима), и М. Н. Орзуев (из Гарма).

В последние годы силами ученых Таджикистана в содружестве с центральными научными учреждениями в Душанбе были организованы крупные научные собрания, имевшие Всесоюзное, межреспубликанское и Республиканское значение — Первая конференция патофизиологов Средней Азии и Казахстана (1955 г.), первая научная сессия по проблеме патологии печени (1961 г.); Научная конференция ДИЭГ, посвященная вопросам эпидемиологии, бактериологии, гигиены, паразитологии и вирусологии (1962 г.); Научная конференция, посвященная вопросам высокогорной физиологии и патологии (1962 г); Первый съезд хирургов Таджикистана (1963); вторая Республиканская конференция, посвященная проблемам эндемического зоба, тиреотоксикоза и сахарного диабета; Конференция по вопросам физиологии и патологии эндокринной системы женщины (1964) и др. Они проходили на высоком научном и организационном уровне; на них участвовали видные ученые страны и обсуждались насущные проблемы медицины, особенно краевого характера.

Отметим одно обстоятельство, свидетельствующее о приближении науки к практике, об улучшении связи ученых с периферийными работниками здравоохранения. Это проведенные Таджикским госмединститутом в г. Кулябе и Душанбинским институтом эпидемиологии и гигиены в г. Курган-Тюбе выездные научные сессии с участием не только значительного числа ученых этих институтов, но и многих врачей районов и имевшие большое воспитательное значение.

У нас функционируют 14 Республиканских научно-медицинских обществ, систематически обсуждающих на своих заседаниях различные вопросы медицинской науки и являющихся лучшей формой контакта между учеными.

Центральным органом, координирующим, направляющим, и контролирующим всю медицинскую науку в Таджикистане, является давно существующий и активно работающий Ученый Медицинский Совет при Министерстве здравоохранения Республики.

Серьезным достижением медицинской науки в Таджикистане надо считать создание и развитие отдельных разделов

той или иной медицинской науки — нейрохирургии, ортопедии, торакальной хирургии, гематологии, высокогорной физиологии, гепатологии, гастроэнтерологии, курортологии, эндокринологии, детской хирургии, урологии, токсикологии, профпатологии, вирусологии и др.

В настоящее время учеными нашей Республики успешно разрабатываются 161 союзных, Республиканских и ведомственных тем, относящихся к 24 проблемам медицины.

Из общего числа докторов и кандидатов наук, работающих в Республике в различных отраслях науки, почти треть составляют ученые — медики.

Подводя краткий итог развития медицинской науки в Таджикистане, мы должны вспомнить тех, кто внес достойный вклад в науку, проложил путь, по которому смело идет молодое поколение ученых. Это тт. К. П. Арихбаев, Н. Ф. Березкин, Х. Д. Гаджиев, И. Г. Калиничева, Е. Г. Локшина, Н З. Монаков, К. Т. Таджиев, З. П. Ходжаев (хирургия), М. Х. Бобоходжаев, В. И. Зайцева, М. К. Кульматов, И. Б. Лихциер, Х. Х. Мансуров, П. Н. Степанов (терапия), Г. И. Бушуева, Л. С. Корецкая, М. Н. Перехожева, В. И. Писаренко, Л. Г. Рапопорт, У. В. Сидиков, Л. А. Черная (микробиология), И. И. Исламов, И. А. Ойвин, Г. В. Пешковский, М. Я. Расулов, Е. П. Смоличев (патофизиология), Г. И. Голубчик-Иоффе, Л. Е. Гуртовой, Б. Л. Гуртовой, В. А. Лосицкая, С. Х. Хакимова (акушерство и гинекология), Б. Н. Казанцев, Е. С. Калмыков, К. К. Каримова, Н. И. Латышев, Е. Н. Павловский, А. И. Щуренкова (медицинская паразитология), М. В. Войно-Ясенецкий, Ю. В. Гулькевич, Б. И. Монастырская, П. В. Сиповский (патологическая анатомия), К. Ю. Ахмедов, А. П. Жуков, О. Г. Лоренц (физиология), М. М. Мительман, И. В. Новохатный, А. В. Яснинский (эпидемиология), В. С. Вайль, Г. Е. Левина, С. Ф. Широков (педиатрия), К. Ю. Ахмедов, А. И. Большемянников, А. А. Краус, А. Ф. Макарченко, Л. Ф. Парадоксов, М. Я. Расулов, Я. А. Рахимов, В. А. Савенко, В. А. Серебряков, Я. Т. Таджиев (организация здравоохранения и история медицины), Ю. Б. Исхаки, Л. И. Кальштейн, Я. Л. Коц, Я. П. Поперека (ЛОР), Ф. А. Абдурахманов, А. В. Краев, Я. А. Рахимов, В. Г. Украинский, Л. Е. Этинген (анатомия), З. Я. Абдуллоходжаев, В. Т. Кудряков, Г. М. Мительман, Д. М. Хашимов (инфекционные болезни), В. Б. Гефт, Л. Ф. Парадоксов (офтальмология), К. Б. Баратов, С. С. Динкелис, М. Г. Коломийцева, Н. В. Кузнецова, В. А. Серебряков, В. Б. Хазан (гигиена), Л. М. Кенигсберг, А. Я. Прокопчук, Б. Р. Рахматов (дермато-венерология), Е. Н. Кутчак, Ф. М. Лисица, А. С. Пенцик, А. М. Пулатов (невропатология), Г. Л. Медник (фармакология), А. Г. Глущенко,

А. Г. Леонтьев, П. В. Сиповский (судебная медицина), Е. А. Забозлаева, В. С. Ильин, И. Д. Мансурова, Я. А. Эпштейн (биохимия), М. Г. Гулямов, М. Я. Серейский, А. К. Стрелюхин (психиатрия) и многие другие наши уважаемые товарищи.

Будущее сулит нам еще больший прогресс. В ближайшие год-два будет выполнено и защищено около 50 кандидатских и докторских диссертаций, будут созданы новые научно-исследовательские институты, расширены существующие, Таджикский Госмединститут получит право приема к защите докторских диссертаций.

В свете последних решений Партии и Правительства широкое развитие получат такие отрасли медицины как вирусология, токсикология, биохимия, микробиология и др., научные коллективы сосредоточат свое внимание на разработку наиболее важных проблем, на их координацию и кооперирование.

Таковы краткие итоги развития медицинской науки в Таджикистане.

Даже по такому беглому обзору и на примере одной только отрасли науки можно убедиться в том какое громадное внимание науке уделяют у нас в СССР, какую материнскую заботу проявляют Коммунистическая Партия и Советское правительство по отношению к людям науки.

Говоря словами великого русского физиолога И. П. Павлова «Наша родина открывает большие просторы перед учеными, и нужно отдать должное — науку щедро вводят в жизнь в нашей стране. До последней степени щедро». «И для молодежи, как и для нас, вопрос чести—оправдать те большие упования, которые возлагает на науку наша Родина».

III

В связи с исполняющимся в этом году 40-летием Таджикской Советской Социалистической Республики и 25-летием Таджикского Государственного медицинского института им. Абуали ибни Сино Министерство здравоохранения Таджикской ССР сочло необходимым включить в план мероприятий Министерства по проведению Юбилея издание настоящей книги и поручило выполнение этой работы основному издателю — Душанбинскому Институту эпидемиологии и гигиены, в частности, пишущему эти строки — первому составителю ранее (в 1959 г.) изданной книги, т. к. второй составитель — В. С. Вайль, принявший некоторое участие в составлении прежней книги, скончался и не мог принять участия в настоящем издании.

Необходимость нового выпуска книги была очевидна:

Центральная научная
БИБЛИОТЕКА

а) она вызвала живой интерес у читателей и довольно скоро разошлась, поступали запросы; б) надо было устранить некоторые недостатки и ошибки в прежней книге, пересмотреть и переработать её; в) за истекшие 5 лет после выхода книги медицинская наука в Таджикистане достигла значительных успехов; за это время учёными Таджикистана было защищено по медицине около 100 диссертаций и их следовало популяризировать; г) на фактическом материале показать достижения медицинской науки и рост кадров за годы советской власти в Таджикистане.

Руководствуясь всем этим, составитель заново пересмотрел прежнее издание, внес много поправок, дополнений, изменений. Несколько изменено и название книги. Прежде она называлась «Диссертации учёных Таджикистана по медицине и биологии» (краткие рефераты). Теперь она названа «Диссертации учёных Таджикистана по медицине» (аннотации). Из прежнего названия исключено слово «биология» по следующим соображениям. Во-первых, это слово не отражает действительность, т. к. по биологии в Республике защищены десятки диссертаций, а в книге аннотированы лишь несколько. Во-вторых, они защищены в научных учреждениях Минздрава Республики и имеют непосредственное отношение к медицине и здравоохранению. При сохранении слова «биология» в заглавии, следовало бы как в прежней, так и в настоящей книге включить все биологические диссертации, защищенные учёными научных учреждений других ведомств и министерств, а это не входило и не входит в задачу нашей книги.

Заново и более полно написано предисловие, дан предметный указатель, чего не было раньше.

Основной целью книги «Диссертации учёных Таджикистана по медицине» является стремление ознакомить широкий круг читателей, особенно научных и практических работников в области медицины, с содержанием диссертационных работ учёных-медиков Таджикистана, показать на фактическом материале широкое развитие медицинской науки и большой рост кадров в области медицины.

В настоящую книгу вошли аннотации 217 диссертаций, в том числе 210 защищенных и 7 представленных к защите кандидатских (187) и докторских (30) диссертаций учёных Таджикистана. Кроме того, включены 22 кандидатские диссертации, защищенные в Таджикском госмедицинституте им. Абуали ибни Сино учёными братских республик. Это надо было сделать для того, чтобы показать достижения и научный авторитет Таджикского госмедицинститута, его широкие связи с научными учреждениями других союзных республик.

Эти 22 диссертации даны в специальном разделе (III) под рубликой «Диссертации, защищенные в Таджикском госмединституте им. Абуали ибни Сино учёными других республик», чего не было в прежней книге.

Таким образом, настоящая книга излагает содержание 239 диссертационных работ, в отличие от прежней книги, которая охватывала 144 диссертаций.

В книге представлены диссертации, выполненные как в самом Таджикистане и на местном материале, так и в научных командировках (аспирантура, докторантура, рабочие места) за пределами Таджикской ССР — в научных учреждениях центральных городов Союза.

Из 217 диссертаций учёных Таджикистана лицами местных национальностей (таджики, узбеки) защищены 92 диссертации (82 кандидатских, 10 докторских), в том числе 15 диссертаций женщинами. Перечисляем докторов медицинских наук из числа местных национальностей: Бобоходжаев Мухамед Ходжаевич (терапевт), Икрамов Зия Ханович (хирург), Кульматов Мухамед Кульматович (терапевт), Мансуров Хамид Хусейнович (терапевт), Пулатов Абдумаджид Мусаевич (невропатолог), Пулатов Азам Танрович (хирург), Рахматов Барат Рахматович (кожно-венеролог), Таджиев Камил Таджиевич (хирург), Хакимова Софья Хафизовна (акушер-гинеколог), Хасанова Кибриё Азизовна (терапевт).

По годам 217 защищенных и представленных к защите диссертаций распределяются так: (табл. 1).

Табл. 1

Распределение защищенных и представленных к защите учёными Таджикистана диссертаций по годам.

Год	Число защищенных диссертаций	Год	Число защищенных диссертаций
1938	1	1952	5
1939	—	1953	11
1940	—	1954	13
1941	—	1955	21
1942	1	1956	15
1943	2	1957	11
1944	4	1958	21
1945	3	1959	14
1946	1	1960	8
1947	7	1961	6
1948	2	1962	14
1949	3	1963	19
1950	8	1964	23
1951	4		

Как видно из таблицы 1, наибольшее число защищенных диссертаций падает на 1955, 1958, 1964 г. г. Эта таблица также показывает, что 152 из 217 диссертаций (или 70%) защищены за последние 10 лет.

По отдельным отраслям медицины диссертации распределяются: акушерство и гинекология — 13, анатомия (с топографической анатомией) — 7, биология (с паразитологией) — 9, биохимия — 4, вирусология — 4, гигиена — 13, гистология —1, дермато-венерология—3, инфекционные болезни—6, ЛОР — болезни—6, микробиология — 17, невропатология — 8, онкология — 5, организация здравоохранения с историей медицины — 2, офтальмология — 5, патанатомия — 13, патофизиология — 15, педиатрия — 4, психиатрия — 1, рентгенология — 3, судебная медицина — 2, терапия — 34, фармакология — 5, физиология — 8, фтизиатрия — 7, хирургия — 34, эпидемиология — 9.

Отсюда видно, что наибольшее число диссертаций защищено по терапии (34), хирургии (34) и микробиологии (17).

Интересно отметить, что из 217 защищенных диссертаций 111 (106 кандидатских и 5 докторских) приходится на долю воспитанников Таджикского госмединститута им. Абуали ибни Сино.

Предлагаемая таблица 2 дает некоторое представление о качестве приема студентов и выпуска врачей Таджикского госмединститута.

Табл. 2.

Число врачей, выпущенных Таджикским госмединститутом им. Абуали ибни Сино и число диссертаций, защищенных его воспитанниками.

Год	Число выпускников	Диссертации	Год	Число выпускников	Диссертации
1943	125	10	1956	183	6
1944	139	10	1957	216	4
1945	—	—			
1946	56	3	1958	234	8
1947	59	1	1959	237	2
1948	83	5	1960	231	—
1949	109	7	1961	232	—
1950	184	16	1962	242	—
1951	202	15	1963	234	—
1952	211	15	1964	244	—
1953	—	—			
1954	136	7			
1955	142	2			
				3499	111

Оказывается, что по числу защищенных диссертаций первое место занимает выпуск 1950 года или прием 1945 года (1 диссертация на 11,6 выпускников), на втором месте стоит выпуск 1943 г. или прием 1939 года (1:12,5) и на третьем— выпуск 1944 г. или прием 1940 года (1:14).

Из числа воспитанников Таджикского госмединститута первым выполнил и защитил кандидатскую диссертацию в мае 1949 года выпускник 1943 года А. Я. Лысенко. Из лиц местных национальностей первым защитил кандидатскую диссертацию (в декабре 1949 г.) выпускник 1943 г. А. Я. Рахимов.

В 1952 году Таджикскому госмединституту им. Абуали ибни Сино было предоставлено право приема к защите кандидатских диссертаций по ряду разделов медицины. Здесь первым (в феврале 1952 г.) защитил кандидатскую диссертацию К. Т. Таджиев. на тему: «Белковая, углеводная и антитоксическая функции печени при гнойных и гнойно-септических заболеваниях».

За истекший период здесь защищена 81 кандидатская диссертация, в том числе 22 диссертации учёными братских республик.

Таковы некоторые итоги, характеризующие включенных в настоящую книгу 239 диссертаций.

В заключении считаю своим долгом выразить сердечную благодарность учёному секретарю Таджикского госмединститута С. А. Ростовщикову за оказанную им помощь в сборе некоторых сведений, необходимых для составления настоящей книги.

М. Я. РАСУЛОВ.

I.

ДИССЕРТАЦИИ УЧЕНЫХ ТАДЖИКИСТАНА

1. ПЕРЕХОЖЕВА М. Н.
оконч. Киевский мед. ин-т в 1927 г., дисс. канд.

ОСОБЕННОСТИ ЭПИДЕМИОЛОГИИ БРУЦЕЛЛЕЗА В ОВЦЕВОДЧЕСКИХ ХОЗЯЙСТВАХ НА ЮГЕ ТАДЖИКИСТАНА

I том, 120 стр., в лит. указат. 82 источ. (57 отеч., 25 иностр). Защ. в ноябре 1938 г. в Киевском мед. ин-те.

В начале 30-х годов в Таджикистане вопросы эпидемиологии бруцеллеза были совершенно не изученными. Ветеринарные работники отрицали наличие бруцеллезных очагов в овцеводческих хозяйствах. Случаи заболевания людей бруцеллезом диагностировались очень редко и источник заражения оставался не установленным.

Для решения этого вопроса Республиканской бруцеллезной станцией в 1936 году было организовано обследование людей и животных в овцеводческих хозяйствах. Обследование служащих и рабочих проводилось аллергической реакцией Бюрне с мелитином. Наибольшая пораженность бруцеллезом наблюдалась среди чабанов (до 94%).

Обследование животных проводилось аллергической реакцией с аллергеном «бруцеллизат» ВИЭМ. Обследование восьми тысяч овец показало наибольшую пораженность в отарах овцематок, доходящую до 40%. Обследование ягнят шестимесячного возраста, проверенных в период их отбивки от маток, показало пораженность их до 6%.

Так как в хозяйствах проводилось плановое искусственное осеменение маток от баранов заведомо проверенных на бруцеллез, то половой способ заражения не мог играть роли в таком значительном заражении овцематок бруцеллезом.

Изучение санитарного и хозяйственного режима хозяйств

выявило ряд дефектов: недостаточная дезинфекция зимних помещений животных способствовала заражению их друг от друга в зимнее время в период беременности стада; отсутствие общих мест водопоя для большого количества животных разных хозяйств; недостаточность территорий пастбищ и общие прогонные тракты на летние и возвращение теми же путями на зимние пастбища. Эти условия могли служить причиной тесного контакта здоровых с больными, что давало ежегодные весенние эпизоотии бруцеллеза, сопровождающиеся абортами, мертворожденными и нежизнеспособными ягнятами. Во время этих эпизоотий возникала широкая возможность дальнейшего инфицирования стада.

Ежегодно в период скота для обработки шкурок в овцесовхозах работали сезонные рабочие: забойщики ягнят, рабочие по снятию и обработке шкурок, доярки, грузчики свежих тушек ягнят, повара, работающие с этими тушками в овцесовхозных столовых и прочие.

Наличие свежих заболеваний бруцеллезом среди этих сезонных рабочих побудило провести бактериологическое обследование мертворожденных ягнят и их органов, забиваемых для снятия каракулевых шкурок. Обследоавние дало до 6% положительных бактериологических анализов. Проведенные аллергическим и бактериологическим методами опыты обнаружили значительную пораженность - бруцеллезом обследованных хозяйств. Обнаружение бруцеллеза у новорожденных ягнят вскрыло новые звенья в эпидемической цепи бруцеллеза, способствующие широкому профессиональному заражению рабочих в пораженных бруцеллезом хозяйствах.

С целью установления источника заражения бруцеллезом населения города Душанбе было проведено обследование крупного рогатого скота, поступающего на мясокомбинат из районов. Кровь бралась у животных в момент их забоя для реакции Райта. Положительная реакция Райта (в титре 1:400) оказалась у 4% обследованных животных. Наличие бруцеллеза среди крупного рогатого скота в пригородных хозяйствах подтверждало возможность попадания зараженного молока и молочных продуктов на городской рынок, что и могло служить причиной заражения бруцеллезом жителей города.

---

2. ЧЕРНАЯ Л. А.

оконч. Киевский мед. ин-т в 1927 г., дисс. докторская

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫЕ ДАННЫЕ О МЕХАНИЗМЕ ДЕЙСТВИЯ ПРОТИВОГАНГРЕНОЗНЫХ СЫВОРОТОК, В ЧАСТНОСТИ СЫВОРОТКИ ПРОТИВ ПЕРФРИНГЕНС

1 том, 151 стр., в лит. указат. 239 источн. (74 отеч., 165 иностр.) Защ. в ноябре 1942 г. в ВМА им. Кирова (Самарканд)

Выявление причин несоответствия положительных результатов экспериментальных работ и наблюдений хирургов, отрицательно относившихся к применению сывороток при лечении газовой инфекции, явилось целью работы.

Проведенные опыты еще раз подтвердили специфичность действия противогангренозных сывороток и показали, что именно эта специфичность обусловливала высокую эффективность противогангренозных сывороток.

Эффективность действия противогангренозных сывороток зависела, помимо их специфического действия, и от способа введения. При подкожном и внутримышечном введении максимальная концентрация антитоксина наступала в опытах на животных на вторые сутки, у людей—только на третьи сутки. При внутривенном введении максимальная концентрация антитоксина в кровяном русле наступала одновременно с введением сыворотки. Концентрация антитоксина при внутривенном введении в 8—10 раз выше, чем при подкожном, и в 3—4 раза выше, чем при внутримышечном введении сыворотки.

В инфицированном организме, как это выявлено в опытах, антитоксин введенной сыворотки принимал участие в нейтрализации токсина, т. е. введенная сыворотка оказывала реальную помощь организму в борьбе с инфекцией.

Резистентность организма при заражении культурой или землей при пассивной иммунизации обусловливалась наличием в организме антитоксина в определенной концентрации. В опытах концентрация антитоксина в крови, равная 2,0 АЕ, надежно предохраняла организм от массивной инфекции—до 5 смертельных доз; концентрация антитоксина, равная—1,2—1,5 АЕ; давала более легкое клиническое течение, но частично животные гибли от газовой инфекции. При концентрации антитоксина менше 1 АЕ (1—0,5—0,7 АЕ) процент смертности не снижался и течение газовой инфекции по своей тяжести не отличалось от таковой у свинок из контрольной группы.

Полноценная функциональная способность ретикулоэндотелиальной системы обусловливала более высокое серотера-

невтическое действие противогангренозных сывороток, что особенно четко выявилось на третьи—шестые сутки и после подкожного введения сывороток.

Для эффективного действия противогангренозных сывороток при лечебном их применении необходимо вводить большие дозы сывороток, по приблизительным подсчетам 8000—12000 АЕ сыворотки антиперфрингенс или 3000—5000 АЕ сывороток всех четырех видов на одну инъекцию. Первое введение противогангренозных сывороток при лечении газовой инфекции нужно проводить внутривенно. Для повторных введений могут быть рекомендованы внутривенный и внутримышечный способы введения сывороток.

С профилактической целью должны применяться внутримышечный и внутривенный способы введения противогангренозных сывороток. Подкожное введение вряд ли может быть рекомендовано.

Выводы автора находят свое подтверждение в литературе последних лет и в практике русских хирургов в Великую Отечественную войну.

Уменьшение процента смертности и ампутаций при газовой инфекции, являющееся достижением русских хирургов в Великую Отечественную войну, в значительной мере обязано применению ими внутривенно больших доз противогангренозных сывороток (50.000—70.000—100.000 АЕ и больше на одну инъекцию). Практика русских хирургов в боевой обстановке показала, что такая серотерапия газовой инфекции действительно занимает первое место в арсенале лечебных средств после своевременного и правильного хирургического вмешательства.

По данной работе сделаны такие выводы:

а) Лечебно-противогангренозные сыворотки должны применяться в больших дозах (50—70—100 тыс. АЕ) на одну инъекцию.

б) Первое введение противогангренозных сывороток должно проводиться внутривенно. Повторные введения противогангренозных сывороток проводятся внутривенно или внутримышечно, в зависимости от состояния раненого.

в) Профилактически противогангренозные сыворотки должны вводиться внутримышечно или внутривенно. Подкожное введение противогангренозных сывороток не может быть рекомендовано.

г) Инструкция Наркомздрава СССР по применению противогангренозных сывороток нуждается в пересмотре, как в

части дозировки сывороток—в сторону ее увеличения, так и в части способов их введения.

З. ВОЙНО-ЯСЕНЕЦКИЙ М. В.
оконч. мед. фак. САГУ в 1931 г., дисс. канд.

ПОСЛЕДСТВИЯ И ОСЛОЖНЕНИЯ ПАРЭНТЕРАЛЬНЫХ СПОСОБОВ ЛЕЧЕНИЯ МАЛЯРИИ

1 том. 177 стр., в лит. указат. 33 источн. (25 отеч., 8 иностр.). Защ. в феврале 1943 г. в Военно-Медицинской Академии им. С. М. Кирова (Самарканд)

В свое время внутримышечные инъекции хинина и акрихина широко применялись при лечении малярии, но их местное действие на ткани оставалось почти совсем неизвестным. Наблюдавшиеся иногда осложнения в виде абсцессов или флегмон, а также «инфильтраты», возникающие в толще тканей, обычно считались результатом технических погрешностей. В настоящей работе изложены результаты изучения последствий технически безупречных инъекций, выполнявшихся с лечебной целью в больницах г. Душанбе. Материал получен на вскрытиях больных, умерших через тот или иной срок после инъекций хинина (85 сл.) или акрихина (84 сл). Кроме того при дополнительном исследовании ягодичных мышц 100 трупов больных, умерших от разных причин, в 5 случаях были обнаружены следы старых инъекций биохинола.

Результаты вскрытий и гистологических исследований показали, что каждое введение от 0,5 до 50% растворов хинина в мышцу или подкожную клетчатку сопровождается омертвением больших участков тканей (иногда до 10×4×2 см). Заживление повреждений происходит путем инкапсуляции очагов некроза (часто с отложением солей кальция) и рубцевания. Эти процессы протекают очень медленно и отграниченные участки некроза можно обнаружить даже спустя несколько лет.

Некрозы после инъекций акрихина найдены в $^1/_3$ случаев. Они меньше по размерам и быстрее подвергаются резорбции с последующим рубцеванием. В 6 случаях на местах введения акрихина возникало нагноение, вызванное вторичной (отчасти гематогенной) инъекцией.

Изменения, вызываемые биохинолом, выражаются в образовании грануляционной ткани, построенной по типу олеогранулемы, и содержащей (даже через несколько лет) остатки лекарственного вещества.

В заключение рассмотрены 7 случаев внезапной смерти

при внутривенном вливании хинина. Изучение клинических, паразитологических и патологоанатомических данных показало, что вливания хинина наиболее опасный при коматозных формах малярии. Причиною смерти служит непосредственное действие хинина на нервную ткань, возможно в таких случаях благодаря нарушению гемато-энцефалического барьера.

Судя по последствиям и осложнениям, которые влекут за собой инъекции и вливания хинина и акрихина, применение парэнтеральных способов лечения малярии должно быть резко ограничено. Инъекции акрихина менее вредны, но серьезным противопоказанием для них является наличие в организме очагов воспаления (абсцессов, пневмоний и т. д.), которые могут послужить источником гематогенного инфицирования тканей, поврежденных акрихином.

---

4. КУЛЬМАТОВ М. К.

оконч. Военно-мед. академию в 1931 г., дисс. канд.

СТРОФАНТОТЕРАПИЯ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

I том, 160 стр., Защ. в 1943 г. в Ташкентском мед. ин-те.

В лечебной практике применимы четыре пути введения настойки строфанта в организм. Из них пероральное введение является эффективным в стадии субкомпенсации и декомпенсации первой степени; при этом суточная доза составляет для взрослых 40—50 капель. Ректальное введение настойки строфанта микроклизмой в количестве 10—15 капель может быть использовано при невозможности введения препарата другими путями, причем действие его в этом случае также достаточно эффективно.

Что касается подкожного введения строфанта, то этот путь может быть использован для лечения хронической декомпенсации. Наиболее эффективным методом строфантотерапии следует считать внутривенное введение настойки в смеси с глюкозой (40%). Действие при этом способе введения строфанта наступает наиболее постоянно и быстро. Наиболее эффективной максимальной дозой является 5—6 капель. Действие строфанта проявляется в удлинении периода напряжения, повышении быстроты сокращения, усилении систолы сердца, что определяется клинически и с помощью электрокардиограмм. К этому приводит, очевидно, расширение коронарных сосудов сердца, улучшение клеточного обмена в

сердечной мышце и более быстрое выведение продуктов метаболизма и восстановление таким образом работоспособности сердца.

Путем усиления вагусного тонуса строфант увеличивает диастолическую фазу, предоставляет сердцу больше времени для полного отдыха, восстановления физико-химической структуры, тем самым благоприятствуя работоспособности сердечной мышцы. При этом строфант для усиления вагусного тонуса имеет точкой приложения своего действия, помимо сердечной мышцы, также периферический ствол вагуса и его центр.

Действие строфанта на экстракардиальные нервы может быть сформулировано так: он повышает возбудимость блуждающих и симпатических нервов. Усиление вагусного аппарата вызывает замедление ритма и удлинение диастолы, а усиление симпатического аппарата сопровождается повышением систолической энергии. При высоких отравляющих дозах строфанта превалирует симпатикотропное влияние, следствием чего являются учащение желудочковых сокращений и наступление систолической контрактуры.

Во всех случаях острой и хронической недостаточности сердца внутривенное влияние настойки строфанта показано как наиболее эффективное средство, которое не превосходят другие препараты из современного арсенала сердечных средств. При хронической недостаточности сердца с клапанными и мышечными поражениями, настойка строфанта может быть использована длительное время без каких-либо при этом отрицательных последствий.

Настойка строфанта наиболее эффективна при митральном, комбинированном митральном пороке и кардиосклерозе; эффективность менее постоянна при аортальной недостаточности и сложных пороках.

При лечении мерцательной аритмии настойка строфанта понижает возбудимость и замедляет проводимость, тем самым приводит к урежению желудочковой систолы, и очень часто—к полной нормализации ритма. При инфаркте миокарда малые дозы строфанта (2—3 капли) могут быть применены с самого начала наступления инфаркта, не дожидаясь развития сердечной недостаточности; при наличии последней, доза настойки строфанта должна быть повышена. При коронарной болезни настойка строфанта должна быть применена при возникновении первых же признаков недостаточности сердца, иногда и без нее.

Внутривенное введение настойки строфанта при недостаточности сердца, развившейся в течение острых и хронических заболеваний легких, является лучшим методом предупрежде-

ния коллапса. Улучшая коронарное кровообращение, строфант в таких случаях может предупредить развитие дегенеративных процессов в миокарде. Внутривенное введение строфанта может служить реактивом на резервную силу сердечной мышцы, определяя ее способность реагирования, что важно для терапии и прогноза.

Чувствительность сердца к строфанту повышается одновременным введением глюкозы и хлористого кальция. При резко наступающей брадикардии ваготропное влияние строфанта может быть смягчено или снято прибавлением кофеина или атропина.

---

5. ЖУКОВ А. П.

оконч. мед. факультет Ростовского н/Д Университета в 1924 году, дисс. докторская

РОЛЬ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ В ИЗМЕНЕНИИ РАБОТОСПОСОБНОСТИ И РЕАКТИВНОСТИ ОРГАНИЗМА В ГОРАХ

I том, 551 стр., в лит. указ. 653 источн. (337 отеч. и 316 иностр.). Защ. в феврале 1944 г., в Военно-Медицинской Академии им. Кирова (г. Самарканд).

В Эльбрусских и Таджикских экспедициях на высотах 2200—5300 метров над уровнем моря удалось собрать материалы о состоянии в горах нервно-мышечной системы, органов чувств и регуляторных механизмов, вегетативных функций.

Все исследованные функции в горных условиях оказались измененными. В частности, отмечались характерные изменения хронаксий мышц, двигательных и сенсорных нервов, изогетерохронизма между нервом и мышцей, а также между мышцами—антагонистами. Появлялся или увеличивался тремор, нарастал мышечный тонус, нарушалась проприоцепция. Наряду с большей, чем на уровне моря, вариабильностью функций, была тенденция к перестройке организма. При достаточно длительном пребывании на одной и той же высоте (дни и недели) состояние организма улучшалось, работоспособность повышалась, реакция и объективные показатели функций приближались к равнинным нормам (акклиматизация).

Особенности реактивности организма не сразу появлялись по прибытии на высоту и не сразу исчезали после спуска вниз.

При спуске вниз, после длительного (недели) пребывания на высоте выше 4 километров изменения показателей могли быть такими же, как и при подъеме.

Физическая сила в горах не уменьшалась, способность развивать отдельное мышечное усилие даже увеличивалась, но возможная длительность ряд последовательных мышечных сокращений резко укорачивалась. Такое снижение работоспособности выражено тем больше, чем выше над уровнем моря находился человек. Реакция на работу в горах приобретала качественное своеобразие. После эргографии твердость и хронаксия мышц, тремор, ошибка проприоцепции уменьшились. В момент прекращения работы показатели состояния нервно-мышечного прибора становились, примерно, такими же как в периоды покоя в Москве. Следовательно, работа производила как бы снятие тех изменений, которые были вызваны факторами высокогорной среды.

При ходьбе на третбане со скоростью 2,3 км в час изменения в горах, хотя и обнаруживали качественное своеобразие, но по сравнению с опытами на эргографе носили менее выраженный характер. При работе, связанной с большими энергетическими затратами и производимой большой массой мышц, снижение работоспособности и извращение реакции на работу было менее резко, чем при работе ограниченной группы мышц—на эргографе, но выполнявшейся в сравнительно быстром темпе.

Причина меньшей работоспособности и качественного своеобразия реакций на работу в горах состоит, очевидно, в том, что стандартный темп работы—«оптимальный» на уровне моря, в горах оказывается чрезмерно быстрым «пессимальным». Поэтому работа в горах прекращается не вследствие утомления, как при данном ритме на уровне моря, а вследствие торможения парабиотического типа.

Большая легкость развития парабиотического торможения в высокогорных условиях требует при вполнении работы медленных, плавных, ритмических движений, препятствующих снижению работоспособности и нормализующих состояние организма в горах. Более того, выработка соответствующего темпа движений является одним из важных моментов акклиматизации.

Изменения организма в горах не могут быть объяснены общим кислородным голоданием тканей. При десимпатизации у собак изменения, характерные для больших высот, отсутствовали, и на малых высотах они выражены более резко, чем при сохраненной иннервации. Поэтому можно думать, что изменения в горах, в основном, обязаны нарушению адаптационно-трофических влияний со стороны высших вегетатив-

ных центров (возможно, мозжечка) и осуществляются симпатическими нервами.

В опытах на собаках на высоте 4 км адреналин оказывал менее выраженное и продолжительное действие и повышал чувствительность организма к введению ацетилхолина.

В горах величины ответных реакций были не адекватны интенсивности раздражения и часто давали картины уравнительных и парадоксальных фаз. Оптимумы частоты раздражения были смещены. После прекращения раздражения ответная реакция непомерно затягивалась во времени. На фоне действующего раздражения встречалась укороченная ответная реакция, напоминающая «начальное сокращение» Введенского. Полученные материалы приводят к положению, что в основе изменений состояния нервной системы в горах лежит процесс ненормального, повышенного, затягивающегося во времени, возбуждения, формирующегося под влиянием длительного раздражения факторами высокогорного климата, из которых важнейшим является понижение не общей массы молекул, а напряжения кислорода в крови.

Проведенные на людях испытания при восхождениях на вершины показали, что применение люминала с кофеином или брома с кофеином предотвращало наступление или излечивало от горной болезни. До начала и после окончания парабиотической перестройки организма лучшее действие оказывала вторая смесь. В период наиболее выраженных изменений организма больший эффект получался от приема смеси люминала с кофеином.

В опытах со вдыханием 0_2 отмечалось улучшение только в первые дни по прибытии, тогда как в периоде парабиотической перестройки организма вдыхание 0_2 приводило к снижению работоспособности. Наблюдалось также несоответствие между величиной «компенсаторных» реакций, характерных для высот и общим состоянием организма.

Таким образом, в генезе комплекса изменений работоспособности и реактивности организма в горах нервной системе принадлежит активная, ведущая роль.

---

6. ГЛАГОЛЕВА (МАЛИКОВА) Е. М.
оконч. Ленинградский Госуниверситет в 1932 г., дисс. канд.

БИОТОПЫ ЛИЧИНОК ANORHELES В ТАДЖИКИСТАНЕ И ИХ ХИМИЗМ

1 том, 132 стр., в лит. указат. 116 источн. (96 отеч. и 20 иностр.).
Защ. в мае 1944 г. в Зоологическом ин-те АН СССР (Ленинград).

Таджикистан по количеству видов малярийных комаров занимает в СССР первое место. Из 9 известных в СССР видов все 9 имеются здесь. Таковыми являются: Anopheles superpictus, A. pulcherrimus, A. maculipennis sach., A. hyreanus, A. algeriensis, A. bifurcatus, A. lindesayi, A marteri, A. plumbens.

Из них эпидемиологическое значение имеют лишь три вида: A. superpictus, A. pulcherrimus, A. maculipennis sach. Первенствующая роль, как переносчика малярии, принадлежит A. superpictus.

Проведенная работа показала, что степень распространения того или иного вида малярийных комаров в большей мере зависит от приуроченности личинок этого вида к определенному химизму места выплода.

Работа по обследованию и изучению химических свойств воды биотопов различных видов малярийных комаров в Таджикистане проводилась с 1937 по 1941 гг. Изучением было охвачено 18 районов республики. За этот период было проделано 442 полных химических анализа воды.

В результате проведенной работы было показано, что направленно изменяя химизм воды биотопа можно ограничить распространение того или иного вида малярийных комаров.

Были поставлены опыты по борьбе с малярией на рисовых полях, заселенных личинками A. superpictus. Было установлено, что химическими факторами, ограничивающими распространение вида, являлись—повышенные количества гумусовых веществ и некоторые формы минеральных соединений азота.

Искусственное увеличение этих компонентов на фоне относительной стабильности общей минерализации воды, явилось отправным моментом в опытной работе по борьбе с личинками A. superpictus. Веществами, изменяющими эти величины, оказались такие органические удобрения, как навоз и свежая трава, вносимые в ямы—отстойники, через которые пропускалась вода перед поступлением на рисовое поле.

Наблюдения показали, что этот метод является эффективным способом борьбы с личинками. A. superpictus и одновременно способствует повышению урожайности риса.

---

7. ВОЙНО-ЯСЕНЕЦКАЯ М. К.
оконч. мед. фак. САГУ в 1931 г., дисс. канд.

О РОЛИ БАКТЕРИИ ДИЗЕНТЕРИЙНОЙ ГРУППЫ В ЭТИОЛОГИИ КИШЕЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

I том, 154 стр., в лит. указат. 228 источн. (177 отеч., 51 иностр.). Защ. в сентябре 1944 г. в Самаркандском мед. ин-те.

В те годы, когда выполнялись исследования, послужившие материалом для диссертации, вопрос об этиологии острых колитов был еще далеко не ясен. В частности, в Таджикистане значительную долю этих массовых заболеваний относили за счёт малярийной инфекции и других причин, а больные, обычно, не считались заразными. Поэтому первым этапом работы явилось тщательное бактериологическое обследование больных кишечными расстройствами, находившихся в стационарах г. Душанбе, или пользовавшихся амбулаторным лечением.

При 4546 бактериологических исследованиях испражнений в 1487 (32,7%) были выделены бактерии дизентерийной группы. Была показана зависимость результатов посевов от стадии болезни и характера стула. Так, в первые дни заболевания высеваемость достигала 74,7%, а из кровянисто-слизистого кала (вне зависимости от продолжительности болезни) рост дизентерийных палочек получен в 77%.

В результате специально предпринятого обследования детей, находившихся на излечении в соматической детской больнице и в ясельной сети г. Душанбе, было также показано участие дизентерийных бактерий среди причин нехарактерно протекающих поносов. При однократных посевах кала, произведенных у 1553 больных диспепсией детей, в 255 случаях (15,4% были выделены дизентерийные бактерии. При обследовании 534 детей, находившихся в яслях, палочки дизентерии выделялись от 10,7% (при однократном посеве) до 30,7% (при многократном). Хотя дети эти считались практически здоровыми, но более чем у половины из них в момент обследования отмечались те или иные кишечные расстройства, а большинство детей предыдущей осенью или летом болело ясно-выраженными кишечными заболеваниями.

От 2,6 до 7,9% (в зависимости от времени года) дизентерийные бактерии были выделены при обследовании 1777 взрослых лиц, занятых в пищевой промышленности. Почти все выделители дизентерийных палочек либо в период обследования, либо за некоторое время до этого, имели расстройство кишечника.

Особенно высокие результаты дали бактериологические исследования кишечной стенки умерших больных, выполненные на вскрытиях 1013 трупов. Дизентерийные бактерии были выделены почти во всех случаях резко выраженных фибринозных и катаральных колитов и в значительной части (от 44 до 66%) всех хронических язвенных и катаральных поражений кишечника. Рост дизентерийных микробов был получен во многих случаях (от 13 до 31,5%), когда при жизни наблюдались те или иные кишечные расстройства, но морфологических изменений на вскрытии не было. В контрольных же исследованиях, т. е. при отсутствии поноса и поражений кишечника, дизентерийные бактерии не высевались ни разу.

Среди бактерий дизентерийной группы в Душанбе на первом месте по частоте находок стояли палочки Флекснера, затем Шига, значительно реже встречались остальные представители этой группы—палочки Крузе-Зонне, Штуцера-Шмитц и Ньюкестль. Серологическая типизация 217 культур Флекснера (методом Кастеллани по схеме Эндрьюса) позволила 45,6% штаммов отнести к типу Z, 19,8%—W, 6,9%—V, 5,5%—X, 0,9.—Y. Часть культур Флекснера (21,2%) не могла быть отнесена ни к одному из серологических типов Эндрьюса.

Проведено сопоставление бактериологических и патологоанатомических находок (758 вскрытий с положительными посевами). При этом впервые установлено существование вполне закономерной связи между изменениями кишечника, найденными на вскрытии, и видом бактерий, выделенных при посеве. Оказалось, что палочки Шига вызывают наиболее тяжелые и ярко выраженные формы колитов, никогда не встречаясь при малоизмененном кишечнике. В противоположность этому палочки Крузе-Зонне, Ньюкестль и, по-видимому, также Штуцера-Шмитц, способны причинить лишь катаральное, обычно слабо выраженное, воспаление, а нередко и вообще не вызывающие заметных поражений. Наряду с этим, бактериям группы Флекснера присущ весьма широкий диапазон морфологических изменений кишечной стенки—начиная от тяжелых колитов, до слабо выраженных. Бактерии Флекснера изредка высевались и при отсутствии видимых изменений слизистой оболочки кишечника.

---

8. СТЕПАНОВ П. Н.

окончил Азербайджанский мед. ин-т в 1927 г., дисс. докторская

ХРОНИЧЕСКАЯ ДИЗЕНТЕРИЯ (МАТЕРИАЛЫ К ПАТОГЕНЕЗУ И КЛИНИКЕ)

2 тома, 587 стр., в лит. указ. 660 источн. (184 отечеств. и 476 иностр.). Защ. в окт. 1944 г. во 2-ом Московском мед. ин-те.

Была поставлена задача: выделить хроническую дизентерию из большого ряда других заболеваний кишечника, найти механизмы развития этого заболевания и определить причины, способствующие переходу острой бактериальной дизентерии в хроническую.

Путем изучения большого количества больных в клинике, в условиях поликлиники и изучении архива Республиканской инфекционной больницы, автор пришел к выводу, что имеется ряд причин, воздействие которых может определить переход острой бактериальной дизентерии, на различных этапах ее течения, в хроническую дизентерию.

Автор изучал реактивность больных хронической дизентерией, функциональное состояние внутренних органов, провел ряд гистологических исследований и пришел к выводу, что хроническую дизентерию нельзя обобщать с хроническими инфекционными колитами. Это заболевание имеет дистрофирующее течение и характеризуется большими функциональными и структурными изменениями со стороны всех органов и систем. При этом было показано, что у больных хронической дизентерией бактерии дизентерии плохо высеваются на обычные среды потому, что у бактерий изменяются все свойства (культуральные, биохимические, ферментативные), которые вновь могут приобретаться бактериями в других условиях—в условиях иных питательных сред (человеческий организм). Таким образом, отрицательные результаты бактериологического исследования испражнений больного хронической дизентерией не исключают бактериальной природы заболевания. Опорными пунктами в распознавании хронической дизентерии, согласно материалам диссертации являются: тщательно собранный анамнез, дистрофирующее течение болезни, значительное поражение поджелудочной железы, глубокие и прогрессирующие изменения реактивности организма больного, угнетение симпатико-адреналовой системы. Хроническая дизентерия, заболевание sui generis, существенно отличающееся от всех форм инфекционных колитов.

Лечение этого контингента больных представляет сложную задачу. Лечение только сульфонамидами не останавливает процесса, нередко даже углубляет его, усиливая и без того большой дефицит витаминов, особенно витаминов группы В, имеющийся у этих больных. При организации лечебных мероприятий необходимо прежде всего учитывать дистрофирующее течение хронической дизентерии.

Профилактика заболевания: тщательное лечение болеющих острой дизентерией, с настойчивой рекомендацией им по выходе из лечебного учреждения соответствующего режима, особенно режима питания.

---

9. КАЗАНЦЕВ Б. Н.

окончил Московский Университет в 1919 г., дисс. канд.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГАМБУЗИИ В МЕСТАХ ВЫПЛОДА ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИ НАИБОЛЕЕ ВАЖНЫХ ВИДОВ КОМАРОВ—ПЕРЕНОСЧИКОВ МАЛЯРИИ В ТАДЖИКИСТАНЕ

Защ. в феврале 1945 г. в Зоологическом ин-те АН СССР (Москва).

Подводя итоги 8-ми летней практики по акклиматизации гамбузий в Таджикской ССР , автор приходит к заключению, что в различных ландшафтных зонах республики успехи в деле акклиматизации гамбузий и их применения, как естественных врагов личинок комаров—переносчиков малярии, не одинаковы. Вся территория республики может быть разделена по характеру ландшафта на 4 зоны: 1) Горная зона—реки протекают в ущельях с каменистыми склонами, имеют стремительное течение, нижние береговые террасы имеются лишь местами, притом слабо выражены; рисосеяния нет. 2). Предгорная зона—реки протекают в долинах со сравнительно пологими склонами, покрытыми почвенным слоем, нижние плоские береговые террасы хорошо выражены, реки текут в галечниковом ложе, крупных заболоченностей нет; рисосеяние развито умеренно. 3). Долинная зона—реки выходят в широкую долину с отлогим уклоном, имеют широкую галечниковую пойму. Заболоченности как грунтового, так и сбросного происхождения занимают значительную площадь; рисосеяние широко развито. 4). Нижне-долинная зона—нижнее течение крупных рек, протекающих в равнинных условиях при образовании затонов и стариц; рисосеяние широко развито.

Из 9-ти видов комаров Anopheles зарегистрированных в Таджикистане, переносчиками малярии, имеющими важное

эпидемиологическое значение являлись отлько три вида: A. superpictus, A. pulcherrimus и A. maculipennis Sacharovi.

A. superpictus, распространялся в горной и предгорной зонах, преобладал над другими видами и в долинной зоне и сравнительно меньше встречался в нижне-долинной зоне. A. pulcherrimus резко преобладал в нижне-долинной зоне, немногочислен в долинной зоне, очень редко в предгорной и отсутствовал в горной зоне A. maculipennis Sach. преобладал в нижне-долинной и долинной зонах Северного Таджикистана, очень редко встречался в центральном и южном Таджикистане, в предгорных районах Восточного Таджикистана менее распространен, чем A. superpictus.

В горной зоне акклиматизация гамбузий, невозможна вследствие отсутствия водоемов с подходящими для них экологическими условиями. В некоторых предгорных районах акклиматизация гамбузий была успешной (Гармский район), но применение их там оказалось крайне ограниченным из-за малого количества водоемов с подходящими экологическими условиями, причем таковые оказались в водоемах—личиночных биотопах A. maculipennis Sach, но не в личиночных биотопах основного переносчика A. superpictus. В долинной зоне гамбузия успешно акклиматизировалась и была широко распространена, но основные личиночные биотопы A. superpictus (придаточные водоемы галечниковых речных пойм, отчасти и рисовые поля) не могли быть использованы для акклиматизации гамбузий.

В нижне-долинной зоне оказались особо благоприятные условия для акклиматизации гамбузий; наилучшие условия для размножения гамбузий оказались в пойменных озерах речного происхождения и крупных сбросных заболоченностях в котловинах, т. е. в водоемах—типичных личиночных биотопах преобладающего в этой зоне переносчика малярии A. pulcherrimus.

Таким образом: 1) в ландшафтных зонах республики, где основными переносчиками малярии являлся A. superpictus разведение гамбузий было невозможно, а если возможно, то имело значение только вспомогательного противоличиночного мероприятия малого удельного веса; 2) в ландшафтах, где преобладающим видом являлся A. pulcherrimus, разведение гамбузий вышло на место главнейшего противоличиночного мероприятия; 3) в местностях, где преобладал A. maculipennis, разведение гамбузий могло занять место основного противоличиночного мероприятия, но в некоторых условиях

(наличие больших рисовых массивов, большее количество анофелогенных хаузов с плохими условиями зимовки гамбузий) гамбузии могли иметь только вспомогательное значение.

---

10. ВОЙНО-ЯСЕНЕЦКИЙ М. В.

оконч. мед. фак. САГУ в 1931 г., дисс. докторская

ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ И ПАТОГЕНЕЗ МАЛЯРИИ

2 тома, 678 стр., в лит. указат. 751 источн. (394 отеч., 357 иностр.). Защ. в апреле 1945 г. в Военно-Медицинской Академии им. С. М. Кирова (Ленинград).

Основным материалом для работы послужили 235 сл. злокачественной тропической малярии, закончившейся смертью больных. В 179 сл. произведены вскрытия трупов и в 100 из них сделаны гистологические и паразитологические исследования разных органов. Клинические данные пополнены некоторыми специальными исследованиями (периодические анализы крови, биопсии). Кроме того, изучены плаценты 20 рожениц, больных малярией, и органы 35 детей, рожденных такими женщинами, или извлеченных мертвыми на вскрытиях. Для решения ряда вопросов использован и остальной секционный материал прозектур г. Душанбе за 1933—1944 гг. и на 1013 вскрытиях произведены бактериологические исследования кишечника.

В первой части диссертации обсуждаются общие вопросы патогенеза малярии, основные биологические свойства возбудителей малярии (гл. 1), клиника и патогенез злокачественных форм малярии (гл. II—VII), морфологические основы иммунитета при малярии (гл. VIII и IX), роль малярийного пигмента (гл. X). Во второй части описаны патологические изменения разных органов и тканей при малярии, обсужден вопрос о влиянии малярии на беременность и судьбу плода и дано общее заключение.

Путем сопоставления результатов гистологических и паразитологических исследований с клиническими данными и анализами крови сделана попытка выяснить динамику и причины развития изменений, происходящих в организме при тропической малярии. Изучены особенности локализации дозревающих плазмодиев в разных отделах кровяного русла и клеточные реакции, ведущие к уничтожению паразитов. Рассмотрены существующие теории патогенеза малярийной

комы и дано обоснование роли паразитарных стазов в поражении центральной нервной системы. Среди изменений, происходящих в разных органах и тканях, выделены непосредственно связанные с жизнедеятельностью плазмодиев, и обусловленные анемией, лихорадкой и т. д. Установлено, что некоторые из морфологических изменений, описанных при малярии, являются артефактами или неучтенными особенностями нормального строения органов. Критической проверке подвергнут вопрос о «висцеральной малярии». Показано, что многие из поражений, нередко приписываемых малярии (особенно колиты, пневмонии) служат проявлением другой (нераспознанной) инфекции, сопутствующей или присоединяющийся к малярии. Отмечена роль диагностических ошибок и недостаточного лечения в возникновении злокачественных форм малярии, причины частоты их у беременных женщин. Обсуждается и ряд других вопросов, связанных с патогенезом малярии.

Работа удостоена премии им. И. И. Мечникова, присужденной Президиумом Академии наук СССР 23 дек. 1950 г.

---

11. ГОЛУБЧИК-ИОФФЕ Г. И.

окончил Киевский мед. ин-т в 1922 г., дисс. докторская

БЕРЕМЕННОСТЬ И НЕКОТОРЫЕ ВИДЫ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЛОВОЙ СФЕРЫ У ЖЕНЩИН, БОЛЬНЫХ МАЛЯРИЕЙ

1 том, 624 стр., в лит. указ. 261 источн. (179 отечеств. и 82 иностр.).
Защ. в июле 1945 г. в Минском мединституте.

Диссертация основывается на клинических наблюдениях и изучении историй болезней 14858 женщин, поступивших в акушерско-гинекологическую клинику Таджикского медицинститута в 1941—1944 гг. по поводу беременности, родов и абортов и 4132 гинекологических больных. Среди них было выявлено 479 беременных и 149 гинекологических больных, страдающих также и малярией. Среди беременных, больных малярией, чаще чем у здоровых, наступала угроза прерывания беременности (7,1%) и чаще наблюдалось ее прерывание (13%).

Малярия не способствует прерыванию беременности в ранние сроки (до 12 недель), но вместе с тем может способствовать прерыванию беременности в более поздние сроки. Малярия оказывает влияние на родовой акт и течение послеродового периода, усложняя их, нередко вызывая кровотечение.

Причину прерывания беременности следует отнести за счет патологических изменений в плаценте. Это положение подтверждается многочисленными гистологическими и бактериоскопическими препаратами плаценты, где в межворсинчатых пространствах были обнаружены своеобразные клетки (макрофаги), пигмент и плазмодии малярии.

Произведенные многочисленные опыты на крольчихах показали, что на различных этапах беременности поглотительная способность ретикуло-эндотелиальной системы резко снижается, возможно вследствие блокирования ее продуктами обмена плода. Малярия оказывает неблагоприятное влияние на плод и новорожденного; резко повышается процент мертворождаемости, высок процент смертности новорожденных как после срочных, так и особенно после преждевременных родов.

У женщин, больных малярией, аборт в 78,4% провоцирует приступы малярии, которые чаще всего наступают на 5-й день после операции. Осложнения в 6 раз чаще, а смертность среди них в 5 раз выше, чем в контрольной группе. Наблюдения над профилактикой и лечением малярии при беременности показали, что акрихин оказывает больший терапевтический эффект по сравнению с хинином.

Изучение влияния малярии на течение некоторых видов гинекологических заболеваний показало, что малярия, присоединяясь к острому гонорройному заболеванию женской половой сферы, ухудшает течение болезни. Острая гонорея, в свою очередь, провоцирует рецидив малярийной инфекции. Сочетание этих двух заболеваний усложняет и затягивает течение и лечение больной. При хронических воспалительных процессах женской половой сферы применение гоновакцины провоцирует вспышку малярии. Малярия ухудшает также течение послеоперационного периода у гинекологических больных, понижая сопротивляемость организма и предрасполагая к различным осложнениям.

Сочетание малярии с беременностью, родами, послеродовым периодом и гинекологическими заболеваниями, ухудшает течение основного процесса. С другой стороны, этот основной процесс провоцирует вспышку малярии. Получается порочный круг, предупредить или разорвать который может лишь активная профилактика и специфическая терапия.

Настоящая работа была выполнена в 1941—1944 годах, т. е. тогда, когда малярия имела распространение в Таджикистане и вопросы ее клиники и патогенеза являлись чрезвычайно актуальными.

---

12. МОНАКОВ Н. З.

оконч. ГИМЗ в Ленинграде в 1929 г., дисс. канд.

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ЭВЕНТРАЦИИ В ВОЙСКОВОМ РАЙОНЕ

1 том, 167 стр., в лит. указ. 53 источн. (43 отечеств. и 10 иностр.). Защ. в декабре 1946 г. в Ташкент. мед. ин-те.

На основании изучения 282 эвентраций у раненых, подвергшихся чревосечению в войсковом районе во время Великой Отечественной войны, ближайшими причинами эвентраций автор считает перитонит, нагноение в ране и послеоперационные легочные осложнения. Не менее 20% подвергшихся чревосечению в войсковом районе имели это послеоперационное осложнение.

Летальность раненых с послеоперационной эвентрацией в войсковом районе равнялась 30,1%, причем она была вдвое меньше при «открытом» повязочном способе лечения, чем при вторичном шве. Автором изложены некоторые мероприятия по профилактике эвентраций и сделаны предложения по повязочному способу лечения этого осложнения. В частности, оказалась хорошей в трудных условиях войны петельная повязка в сочетании с гипсовым бандажем над раной. Указанная повязка оказалась полезной и для профилактики угрожающей эвентрации и при эвакуации раненых. Приоритет этого предложения принадлежит автору диссертации.

---

13. СЕРЕБРЯКОВ В. А.

окон. Астраханский мед. ин-т 1932 г., дисс. канд.

СЫПНОТИФОЗНОЕ ВИРУСОНОСИТЕЛЬСТВО В СВЕТЕ НЕКОТОРЫХ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ ДАННЫХ

1 том, 174 стр., в лит. указат. 115 источн. (104 отеч., 11 иностр.). Защ. в марте 1947 г. в Самаркандском мед. ин-те.

Для суждения по проблеме сыпнотифозного вирусоносительства использованы материалы о возникновении и течении эпидемии сыпного тифа в Гармской области в 1943—1945 гг. Статистические материалы дополнены и уточнены путем изучения материалов больниц и амбулаторий, ретроспективного эпидемиологического обследования, проведенного в десятках населенных мест и серологического обследования больших групп населения.

Специфичность условий, в которых протекала эпидемия, складывалась из относительной изолированности Гармской области от остальных территорий Таджикистана, наличия некоторого уровня бытовой вшивости и недостаточного развития сети медицинских учреждений.

Рассмотрены следующие основные группы фактов:

1. Движение заболеваемости по годам в различных районах и группах кишлаков. Изучение его показало, что эпидемия распространялась от центра к периферии области.

2. Заболеваемость среди различных возрастных групп. Её изучение показало, что наиболее поражена была самая активная и подвижная часть населения—мужчины 20—39 лет.

3. Механизм возникновения выборочно-обследованных очагов. В подавляющем большинстве случаев был установлен факт заноса инфекции.

4. Источники заражения больных в выборочно-обследованных очагах. Для 93,5% больных констатирован прямой или непрямой контакт с другим больным.

5. Результаты ретроспективного обследования населения при помощи реакции Вейль-Феликса. Как правило, положительные результаты реакции получались у лиц, имевших сыпной тиф в анамнезе.

На основании рассмотренного материала сделан вывод, что сыпнотифозное вирусоносительство, как массовое явление, не имеет места. Если оно даже и имеет место, то эпидемиологическое его значение, по крайней мере в условиях развившейся вспышки, равно нулю или ничтожно. Однако для окончательного суждения по вопросу о существовании сыпнотифозного вирусоносительства необходимы дальнейшие исследования и эпидемиологические наблюдения. Особенно ценные и убедительные данные могут быть собраны в период падения заболеваемости.

---

14. ШИРОКОВ С. Ф.

оконч. Днепропетровский мед. ин-т в 1927 г., дисс. докторская

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КОМБИНИРОВАННОЙ МАЛЯРИИ У ДЕТЕЙ

1 том, 261 стр., в лит. указ. 650 источн. (406 отечеств. и 244 иностр.). Защ. в мае 1947 г. в Алма-Атинском мед. ин-те.

Малярия у детей в связи с возрастными иммунобиологическими особенностями и высоким малярийным индексом часто сочетается с другими заболеваниями. Основная задача

работы заключалась в том, чтобы дать описание клиники и клинических особенностей различных форм малярии у детей, сочетающихся с другими заболеваниями. Основными методами работы были: клинические наблюдения и некоторые специальные лабораторные исследования—определение степени полихромазии, выведение лейкоцитарных профилей, определения содержания комплемента крови, выявление резистентности эритроцитов к растворам хинина и др.

В природе большинства болезней в условиях их возникновения ведущее значение принадлежит не возбудителю, а патогенетическим механизмам. С этой точки зрения течение и исход малярийного процесса в значительной мере зависят от того, как детский организм реагирует на внедрение и развиваемую в организме деятельность малярийного паразита. Согласно клиническим наблюдениям, малярийные паразиты часто обнаруживаются в крови, а малярия активируется у детей как явное заболевание при таких заболеваниях, которые протекают на фоне анергии организма, напр. при гриппе, кори, брюшном тифе. При болезнях же, протекающих при повышенной реактивности организма, напр. в остром периоде ревматизма, скарлатины, ангины, обычно малярия ничем себя не проявляет, а малярийные паразиты в крови не обнаруживаются. В этих случаях малярия может активизироваться нескоро после этих заболеваний, в том их (втором) периоде, когда в организме наступает значительная реактивная перестройка. Также закономерно складываются взаимоотношения между малярией и другими заболеваниями, напр. пневмониями (чаще пневмококковыми), колитами (особенно дизентерийными), туберкулезом, гнойными менингитами. При остром циклическом течении пневмонии, дизентерии, менингита, туберкулеза у детей-маляриков клинические проявления малярии мало выражены, а малярийные паразиты в крови обнаруживаются редко. При вялом же, дизергическом течении этих заболеваний латентная малярия легко и часто активизируется, в крови обнаруживаются паразиты; и в этих случаях на первый план выступают симптомы малярийного заболевания.

Комбинированная малярия у детей, протекающая при наличии лейкопении без нейтрофилеза, легко поддается действию противомалярийных средств. Одновременно затихают и исчезают симптомы сопутствующего инфекционного заболевания. Нагляднее всего, это бывает при дизентерии и пневмониях. При малярии же, сочетающейся с каким-либо инфекционным заболеванием и протекающей с лейкоцитозом и нейтрофилезом, противомалярийные средства оказывают сомнительный эффект или вовсе не помогают—лихорадка не прекращается, улучшения не наступает, сопутствующее заболевание продолжается.

---

15. РАПОПОРТ Л. Г.

оконч. Военно-мед. акад. в 1925 г., дисс. канд.

ОПЫТ ХАРАКТЕРИСТИКИ ДИЗЕНТЕРИЙНОГО БАКТЕРИОФАГА

1 том, 140 стр., в лит. указ. 65 источн. (28 отеч., 37 иностр.). Защ. в июне 1947 г. в Самаркандском мединституте.

Целью работы была характеристика дизентерийного бактериофага, выпускаемого Таджикским институтом эпидемиологии, микробиологии и санитарии (ТИЭМС).

Автором установлено, что выпускаемый ТИЭМС дизентерийный бактериофаг является комплексным.

Этот препарат содержит 4 типа фагов. Выделенные типы фагов оказались истинно-поливалентными. Фаги различались по серологическим свойствам, по устойчивости и химическому действию метиленовой сини, к фотодинамическому действию метиленовой сини и к концентрированным растворам мочевины.

Фагорезистентные дизентерийные культуры для одного типа фаголизировались остальными типами. Действие двух типов выделенных фагов было строго направлено на определенные фазы диссоциации бактерий.

Устойчивость лизиса дизентерийных культур фагом ТИЭМС обеспечивалась взаимно дополняющим друг друга литическим действием входящих в его состав типов фага.

В работе указаны пути получения более активных препаратов фага, составленных из типовых фагов.

---

16. КАЛИНИЧЕВА И. Г.,
окончил 1 Ленинградский мед. ин-т в 1933 г., дисс. канд.

ТЕЧЕНИЕ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ РАНЕНИЙ ЧЕРЕПА (В СВЯЗИ С МЕТОДАМИ ПЕРВИЧНОЙ ОБРАБОТКИ ИХ)

1 том, 365 стр., в лит. указ. 425 источн. (395 отечеств., 30 иностр.).
Защ. в сентябре 1947 г. в Алма-Атин. мед. ин-те.

В результате наблюдений над ранеными в череп и анализа 360 историй болезней выяснено, что первичная обработка огнестрельных ран мягких тканей черепа (как методом рассечения раны, так и методом иссечения ее краев) при последующем открытом ведении не сокращает сроков лечения и не предотвращает развитие осложнений, главным образом, некроза обнаженного участка кости.

При огнестрельных переломах костей и проникающих ранениях черепа на дальнейшее течение раны влияет не столько время, прошедшее от момента ранения до операции, сколько характер оперативного вмешательства (радикальность его).

Хирургическая обработка огнестрельных переломов черепа методом трепанации (удаление всех костных осколков и инородных тел и освежение краев костного дефекта), независимо от времени, прошедшего от ранения до операции, более чем в три раза снижает количество осложнений и создает условия для наиболее быстрого и гладкого заживления раны. Остальные методы хирургической обработки огнестрельных переломов черепа (обработка кожной раны, удаление костных и металлических осколков без освежения краев дефекта) себя не оправдывают.

Исчерпывающая хирургическая обработка проникающих ран черепа (иссечение кожной раны, освежение краев костного дефекта, иссечение раны оболочек мозга, удаление размозженной мозговой ткани и всех внедрившихся в мозг костных осколков и инородных тел) значительно снижает процент осложнений, вдвое уменьшает смертность на последнем этапе эвакуации и создает условия для наиболее быстрого и гладкого заживления ран. Прочие методы первичной хирургической обработки проникающих ран черепа (неполная обработка) не оправдывают себя.

Весь поток раненых в череп после туалета раны должен направляться передовыми этапами эвакуации, для уточнения глубины повреждения и сортировки, в специализированный сортировочный госпиталь. Это необходимо потому, что дифференциальная диагностика между повреждением мягких тканей, переломом костей и проникающим ранением черепа возможна только при тщательном хирургическом, неврологическом и рентгенологическом обследовании раненых.

---

17. ЗАЙЦЕВА В. И.
окончил Казанский мед. ин-т в 1934 г., дисс. канд.

СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ СИСТЕМА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ДИЗЕНТЕРИИ

2 тома, 106 стр., в лит. указ. 116 источн. (105 отечеств. и 11 иностр.).
Защ. в 1947 г. в Ашхабадском мед. ин-те.

Помимо эпидемиологической стороны, хроническая дизентерия представляет интерес и для интернистов, в частности и потому, что различные осложнения этого заболевания в разных стадиях его развития, обычно, распознаются, как самостоятельное заболевание. Так, нередко и изменения со стороны сердечно-сосудистой системы при этом заболевании, сопровождаются значительным нарушением проницаемости капилляров и, следовательно, отеками, расцениваются, как самостоятельное заболевание сердца, осложнившееся недостаточностью кровообращения.

С целью изучения состояния сердечно-сосудистой системы при этом заболевании было обследовано 150 больных, у которых на основании анализов клинического и лабораторного исследований была диагностирована хроническая дизентерия. Основными тестами, характеризовавшими сердечно-сосудистую систему у исследованных больных, кроме клинических данных были: ортодиаграммы, скорость кровотока, артериальное и венозное кровяное давление, масса циркулирующей крови, минутный объем (вычисленный по методу Линдхагена и Цандера), капилляроскопическая картина и электрокардиографические исследования.

Анализ полученных данных показал, что у больных хронической дизентерией часто наблюдались жалобы, связанные с различными нарушениями со стороны сердечно-сосудистой системы. Так, у 67 были отмечены сердцебиение, одышка, боли в области сердца, головокружение (без отчетливой анемии). Объективно были найдены у 54 больных признаки выраженной многенной дилятации сердца и почти у всех больных приглушенные, часто и глухие тоны сердца, тахикардия. У 16 больных наличие систолического шума при со-

четании с вышеуказанными изменениями давало основание заподозрить органический порок сердца без дальнейшего подтверждения. Изредка наблюдалась экстрасистолическая аритмия. Кроме изменений со стороны сердца были найдены изменения и со стороны сосудов: низкое артериальное и венозное давление, причем, чрезвычайно лабильное. Особенно большие колебания отмечены со стороны минимального давления, падение которого наблюдалось при небольших физических напряжениях, взятии желудочного сока, венопункции; отмечено и снижение венозного давления. Изменения со стороны сердечно-сосудистой системы при хронической дизентерии подтверждаются функциональными методами исследования и изменением скорости кровотока, причем изменения последнего показателя имели тесную связь с длительностью и тяжестью заболевания. Так, нормальная скорость кровотока была отмечена у 24 больных, у которых заболевание не имело затяжного характера, у 35 скорость кровотока была на верхней границе нормы, и у 41 больного (всего было обследовано 100 больных) скорость кровотока определялась цифрами 14—20 сек. (кальциевый метод).

Электрокардиографически у 60 из 78 больных хронической дизентерией были найдены отчетливые изменения, состоящие из удлинения PQ, низком вольтаже зубцов. Эти изменения ЭКГ были стойкими, и, несмотря на клинические улучшения в течение основного заболевания, определялись многократно. Капилляроскопия при неосложненной сопутствующими заболеваниями хронической дизентерии патологии не выявляла. Мало изменений претерпевали и такие показатели со стороны сердечно-сосудистой системы, как масса циркулирующей крови (конгоротовый метод) и минутный объем, хотя на основании изменений минутного объема после физической нагрузки можно предположить в ряде случаев недостаточность мышцы сердца. У умерших мышца сердца изучалась гистологически.

Полученные данные дали основание сделать вывод, что при длительно протекающей хронической дизентерии, особенно с частыми обострениями, помимо поражения желудочно-кишечного тракта, как правило, поражается и сердечно-сосудистая система. Основными в этом поражении являются нарушения сосудистого тонуса и выраженные дистрофические, а в особо тяжелых случаях, закончившихся летально, и дегенеративные изменения со стороны мышцы сердца.

---

18. ЛОСИЦКАЯ В. А.

оконч. Ленинградский мед. ин-т в 1921 г., дисс. докторская.

МАТЕРИАЛЫ ПО ТЕЧЕНИЮ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ И ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА ПРИ МАЛЯРИИ

2 тома, 665 стр., в лит. указ. 175 источн. (144 отечеств. и 31 иностр.).
Защ. в 1947 г. во 2 Московском мед. ин-те.

В работе представлены результаты обследования, изучения и лечения 1213 беременных, рожениц и родильниц, больных малярией (подтвержденной лабораторным исследованием, поступавших в Душанбинский родильный дом из города и сельской местности с 1939 г. по 1945 г. Случаи с тяжелой малярией, осложненные анемией, взяты за 7 лет. Для сравнения изучались истории беременности и родов у 3528 здоровых женщин.

По классификации Тареева все случаи, осложненные малярией, разделены на 3 группы: I — 917 женщин, болевших во время наблюдаемой беременности первичной или рецидивной малярией, подвергавшиеся противомалярийному лечению; II — 205 женщин, больных первичной малярией и нелечившихся, III — 91 женщина с тяжелой затяжной или рецидивной малярией, осложненной анемией (гемоглобин от 49% до 13%, с уменьшением эритроцитов до 720 тыс. в 1 мм³), нелечившихся или неправильно лечившихся. Влияние малярии (интоксикация и высокая температура) было различным в зависимости от вида малярии, а также от проведенного лечения. Наиболее тяжелые исходы наблюдались до 1941 г. в нелеченных случаях, когда больные и врачи остерегались применять хинин и акрихин из-за боязни прерывания беременности ..

По указаниям Наркомздрава Таджикской ССР с 1941 г. проводилось выявление и лечение малярии у беременных женщин и тяжелые случаи этого заболевания резко сократились, уменьшились и осложнения.

При проведении работы сопоставлялись клинические данные и проводимые в динамике лабораторные исследования крови, мочи, кала, костного мозга, содержания протромбина в крови, реактивности организма пробами Могильницкого и Шехонина (субвитальная конгоротовая проба и эксплораторная нагрузка). Прерывание беременности, главным образом, после 20 недель, по сравнению со здоровыми женщинами (8%) при малярии возрастало от 28,6% в леченных случаях, до 51% в тяжелых, нелеченных. Процент мерт-

ворожденных при доношенных родах увеличился в 3 раза, при преждевременных в 2,5 раза, умерших доношенных новорожденных в 6 раз, недоношенных в 1,8 раз по сравнению со здоровыми.

При затяжной и рецидивной малярии, осложненной анемией, были самые высокие показатели мертворождаемости и смертности новорожденных (срочные роды — 6% и 12,9%, преждевременные 23% и 24%). Увеличивалась патология в родах: слабость родовой деятельности, потребность в операции наложения щипцов, разрывы промежности, атонические кровотечения.

При случаях, осложненных гипотонией, анемией отмечалась небольшая кровопотеря. Протромбин в крови был в пределах нормы. В послеродовом периоде в 92% случаях наблюдалось повышение температуры. В тяжелых случаях, осложненных анемией, заживление разрывов промежности первичным натяжением было в 40%.

Из 91 случая тяжелой малярии, сопровождавшейся анемией, только в 5 была гиперхромная, пернициозоподобная анемия. Врожденная малярия у новорожденных была обнаружена в 1,3%. Несмотря на резкое снижение количества гемоглобина и эритроцитов в периферической крови матери, у новорожденных были незначительные отклонения от нормы или они отсутствовали.

Лечение акрихином дало лучшие результаты по сравнению с хинином. Применение противомалярийных препаратов прекращало угрожающие явления по прерывании беременности.

При исследовании плаценты, проходимости плацентарного барьера для плазмодий малярии не было обнаружено.

При активно протекающей, главным образом, тропической малярии, в междольковых пространствах имелось большое количество плазмодиев малярии. При выявлении и лечении малярии во время беременности резко снижались осложнения в течении беременности, родов и послеродового периода.

---

19. ХВЕЙСЕНИ Д. В.

оконч. Саратовский мединститут в 1932 г., дисс. канд.

ОЗОКЕРИТ ПРИ КРУПОЗНОЙ ПНЕВМАНИИ (ОПЫТ СРАВНИТЕЛЬНОГО ИЗУЧЕНИЯ)

1 том, 100 стр., в лит. указ. 245 источн. (213 отечеств. и 32 иностр.). Защ. в 1947 г. в Минском мед. ин-те.

Применив озокерит в сочетании с сульфидином при лечении 208 больных крупозной пневмонией, автор клиническими наблюдениями и некоторыми лабораторными тестами доказал большую эффективность такой терапии в процессе быстрого рассасывания пневмонического очага и уменьшения процента осложнений. Автор доказал целесообразность аппликаций озокерита и в тех случаях, где сульфонамиды, купируя процесс, не ведут к рассасыванию пневмонического очага. Кроме благоприятного в этом отношении действия озокерита, отмечено чрезвычайно плодотворное действие его на сердечно-сосудистую систему.

---

20. БОЛЬШЕМЯННИКОВ А. И.

оконч. Ленинградский Госуд. мед. ин-т в 1925 г., дисс. канд.

ДВАДЦАТЬ ЛЕТ СОВЕТСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ТАДЖИКИСТАНЕ (1925—1945 гг.)

1 том, 381 стр. в лит. указ. 150 отечеств. источн. Защ. в апреле 1948 г. в Ашхабадском мед. ин-те.

Настоящая диссертация имела целью осветить достижения Советского здравоохранения в Таджикской ССР за двадцатилетний период времени.

Велики успехи таджикского народа во всех отраслях народного хозяйства, культуры и здравоохранения. Действительное значение этих успехов может быть оценено только при учете состояния страны в начальный период ее строительства. По данным Соловьева во всей Средней Азии на одного врача приходилось в среднем 92.800 чел. Таджики познакомились с русской медициной во второй половине XIX века. С созданием русских гарнизонов в Бухарском ханстве были открыты войсковые лазареты, при которых функционировали лишь небольшие амбулатории для местного населения.

После Октябрьской революции сеть внебольничных учреждений быстро возрастала и с 20 амбулаторных учреждений в 1925 году достигла к 1945 г. — 247, а число посещений на одного жителя в год в городах составило к 1945 году 5,1 посещений, в сельской местности 0,5 (в СССР в среднем к тому же времени в городах 5,6, на селе 1,0). Количество сельских врачебных участков достигло 109. Объем посещений на дому врачами из расчёта на 100 амбулаторных посещений в 1945 г. также значительно возрос и составил в городах 4,6 посещений, а в сельской местности 8,4. Число больничных коек с 120 в 1924 году достигло 5.812 к 1945 году.

Одновременно с развертыванием лечебно-профилактических учреждений стала возникать и аптечная сеть. Началом планомерной ее организации надо считать с момента организации главного аптечного Управления Наркомздрава. В 1945 году Республика располагала уже 79 аптеками.

Значительного развития достигла организация лечебной и профилактической помощи матери и ребенку. Широкие государственные и общественные мероприятия, наряду с оздоровительной деятельностью учреждений здравоохранения, позволили значительно снизить общую и инфекционную заболеваемость детей.

Был организован ряд научно-исследовательских экспедиций с целью рационального использования богатых природных целебных источников и благоприятных климатических факторов страны. Был открыт ряд курортов (Ходжи-Оби Гарм, Оби-Гарм, Аксы-Кон).

Санитарное состояние населенных мест Таджикистана до революции было крайне запущенным. За 10 лет до великой Отечественной войны была проведена большая работа по благоустройству городов и населенных мест. Так, на благоустройство восьми основных городов Таджикистана было израсходовано на дорожно-мостовое строительство 17.431.000 рублей, на зеленые насаждения 4.558.000 рублей. Вступили в строй 7 водопроводных и 1 канализационная сеть. Показателем успехов санитарно-противоэпидемической организации является то, что она сумела в весьма трудных условиях и сравнительно за короткий срок ликвидировать заболеваемость натуральной оспой, резко снизить заболеваемость дизентерией и малярией. За период с 1939 г. по 1945 г. заболеваемость дизентерией в г. Душанбе снижена втрое, а в сельской местности в 9 раз, а заболеваемость малярией за период с 1932 года по 1940 год снижена в два раза.

Важнейшей задачей органов здравоохранения в годы Великой Отечественной войны стало развертывание в кратчайшие сроки эвакогоспиталей и обеспечение эффективности лечения бойцов и офицеров Советской Армии для скорейшего восстановления их боеспособности и трудоспособности. В результате работы Наркомздрава Таджикской ССР, при активном содействии всей советской общественности республики, на 1 января 1942 года было развернуто ряд эвакогоспиталей. Наличие врачей по всем специальностям с большим стажем обеспечило квалифицированную помощь раненым и больным.

Одним из важнейших показателей большого культурного роста республики и достижений советского здравоохранения является количественный и качественный рост медицинских кадров. Если в 1925 году врачей в республике было 18 чел., то в 1945 году их было уже 492.

Обеспеченность республики врачами на 10.000 населения в 1945 году достигла в городах 12,2 (в СССР 15,7), на селе 0,7 (в СССР 1,6). Число средних медицинских работников соответственно 42,0 (в СССР — 43,5) и 8,7 (в СССР — 13,9).

Важнейшим моментом в истории здравоохранения в Таджикистане является организация в 1939 г. медицинского института в Душанбе, которому отведена основная и решающая роль в деле подготовки национальных кадров. Еще до того были открыты средние медицинские школы. За 1935—1945 гг. в республике было выпущено 1383 средних мед. работников, из них 444 местных национальностей.

Чтобы завоевать доверие населения к силе советского здравоохранения требовалась систематическая работа медицинских работников по санитарному просвещению. С этой точки зрения важным моментом в истории санитарного просвещения в республике является организация в 1935 году в г. Душанбе Республиканского Дома Санитарного просвещения, а в дальнейшем областных (Ленинабадского и Курган-Тюбинского). Весьма важным массовым видом санитарной пропаганды следует считать работу, проводимую в республике внутри лечебных учреждений и на участках среди населения. Применялись все известные формы и методы работы, причем, масштабы этой работы из года в год росли.

По мере развития народного хозяйства республики росли и ассигнования на здравоохранение. В 1925 году на народное здравоохранение было ассигновано 142.000 рублей, тогда как в 1945 г. объем ассигнований уже достиг 80.728.000. Бурный рост ассигнований на здравоохранение является ярким доказательством того внимания, которое оказывала и оказывает партия и правительство здравоохранению Таджикской ССР.

21. ОКС Ф. А.

оконч. Одесский мед. ин-т в 1922 г., дисс. канд.

ФИТОНЦИДЫ ЧЕСНОКА В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ ГНОЙНЫХ СРЕДНИХ ОТИТОВ

1 том, 225 стр., в лит. указ. 225 источн. (192 отечеств. и 33 иностр.).
Защ. в апр. 1948 г. в Одесском мед. ин-те.

Учитывая антибактериальные свойства фитонцидов чеснока, автор предложил собственную методику лечения гнойных процессов в ухе фитонцидами чеснока и лука, сконструировав для этой цели особый аппарат.

Преимущества методики автора заключаются в следующем: 1. Им используются только летучие, наиболее бактерицидные, фракции чеснока. 2. При введении фитонцидов чеснока не наблюдается раздражения кожных покровов слухового прохода и у больного не возникает никаких болевых ощущений в ухе, что имеет место при применении сока или кашицы чеснока. 3. Подогревание чеснока в аппарате в значительной степени увеличивает эффективность лечения. 4. С помощью аппарата представляется возможность подвести летучие фракции чеснока непосредственно к патологическому очагу. 5. Аппарат дает возможность отпускать процедуры одновременно нескольким больным.

При помощи указанного аппарата автор провел лечение хронических гнойных отитов фитонцидами чеснока у 200 больных. Наблюдения показали, что наиболее быстрый и стойкий эффект был получен при лечении неосложненных мезотимпанитов (излечение—45%, улучшение—36,4%). Хронические мезотимпаниты с пышно разросшимися грануляциями и кариесом дали менее эффективные результаты (излечение у 37,5%, улучшение у 30%). При хронических мезоэпитимпанитах и эпитимпанитах, особенно при наличии кариеса и холестеатомы полного излечения не наблюдалось; отмечалось лишь улучшение процесса.

В ряде случаев достаточно было нескольких инсуфляций фитонцидов чеснока, чтобы добиться излечения гнойных мезотимпанитов, ранее безрезультатно подвергавшихся лечению различными методами.

Автором изучен вопрос об эффективности фитонцидов чеснока в лечении хронических отитов в зависимости от различной моно — и полифлоры среднего уха. Наблюдения показали, что процессы, в которых регистрировались монокультуры, чаще заканчивались выздоровлением, чем те, в которых участвовало несколько видов бактерий. Однако вид микроба не

оказывал решающего влияния на результаты лечения. При всех микробных формах автор наблюдал как случаи излечения, так и фитонцидоупорные.

В экспериментальных исследованиях, проведенных совместно с Г. И. Бушуевой, было выявлено, что сок и летучие фракции чеснока обладают бактерицидными и бактериостатическими свойствами. Летучие фракции чеснока вызывают полную стерилизацию посева ряда микробов, встречающихся с среднем ухе. При подогревании чесночной кашицы бактерицидное действие фитонцидов чеснока усиливает почти в два раза. Было отмечено, что экспозиция, необходимая для выявления бактерицидного эффекта летучих фракций чеснока, не одинакова для различных штаммов микроорганизмов.

На основании клинических наблюдений и бактериологических исследований автор считает, что введение в медицинскую практику растительных бактерицидов, в частности чеснока, обогащает отиатрию антисептиком, в значительной мере удовлетворяющим современным требованиям: 1) биологические антисептики (чеснок) вызывают гибель бактерий и в то же время совершенно безвредны для окружающих клеток и тканей; 2) фитонциды действуют на грамположительные и грамотрицательные микроорганизмы, следовательно, являются поливалентным средством; 3) растительные бактерициды доступны для массового применения.

---

22. ЛЫСЕНКО А. Я.

оконч. Таджикский мед. ин-т в 1943 г., дисс. канд.

ИЗУЧЕНИЕ ОЧАГА МАЛЯРИИ В СУБТРОПИЧЕСКОЙ ЗОНЕ И КРАТКОСРОЧНАЯ ХИМИОПРОФИЛАКТИКА ПАЛЮДРИНОМ

1 том 246 стр., в лит. указ. 261 источн. (156 отеч., 105 иностр.).
Защ. в мае 1949 г. в АМН СССР (г. Москва).

В процессе изучения очага автором уточнен ряд моментов эпидемиологии малярии Низменного, Талыша (Аз. ССР): 1) подтверждена преобладающая роль A. maculipennis subalpinus в передаче малярии на Низменном Талыше; 2) изучен сезонный ход численности A. macul. subalpinus и выяснен характер дневок его; 3) установлен факт значительного отвлечения A. macul. subalpinus домашними животными.

Изучены некоторые общие вопросы эпидемиологии малярии: а) получены материалы, характеризующие сравнитель-

ную роль острых случаев и паразитоносителей в эпидемиологическом процессе; б) выяснена различная значимость паразитоносительства в разные отрезки малярийного сезона; в) получены данные о повозрастной заболеваемости малярией в стойком очаге с высоким уровнем эпидемии; г) установлена целесообразность и необходимость применения активных методов выявления больных малярией в сельской местности Азербайджана (путем регулярных подворных обходов).

Проведен первый в СССР эпидемиологический опыт химиопрофилактики палюдрином (бигумалем), в ходе которого: а) получены доказательства высоких профилактических свойств палюдрина против малярии при применении его по схеме 0,1 дважды в неделю (для взрослого) и определены преимущества палюдрина перед акрихином для целей профилактики; б) установлены и испытаны повозрастные дозировки палюдрина для целей профилактики; в) доказана целесообразность применения, наряду с долгосрочным методом, также краткосрочного метода химиопрофилактики.

---

23. ЛОРЕНЦ О. Г.

оконч. Таджикский мед. ин-т в 1944 г., дисс. канд.

НЕКОТОРЫЕ КОЛИЧЕСТВЕННЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ СОСТОЯНИЯ НЕРВНО-МЫШЕЧНОГО АППАРАТА ПРИ ПОНИЖЕННОМ БАРОМЕТРИЧЕСКОМ ДАВЛЕНИИ

1 том, 116 стр., в лит. указ. 143 источн. (125 отеч., 18 иностр.).
Защ. в ноябре 1949 г. в Ташкентском мед. ин-те.

Опыты, проведенные в барокамере на интактных лягушках позволили с помощью миографической методики обнаружить уравнительную и парадоксальную стадии парабиоза. До наступления ясно выраженной уравнительной фазы, максимальные мышечные сокращения получались при более слабых раздражениях, вследствие чего сглаживалась разница высот сокращений в ответ на разную силу раздражения.

Явления того же порядка, ограничивающиеся начальными парабиотическими сдвигами, обнаружена также в горах в опытах с коленным рефлексом на людях. В горах у людей и собак при исследовании частотных порогов мышечных сокращений отмечено: 1) смещение минимума частотных порогов в сторону более редких раздражений; 2) увеличение порогов для более высоких частот, обусловливавшее более крутую кривизну частотных порогов.

При исходном давлении анэлектротон увеличивал диапазон возбуждения. В барокамере он устранял или ослаблял парабиотический процесс, вызванный действием пониженного давления. Катэлектротон при исходном давлении уменьшал диапазон возбуждения; его действие суммировалось с действием пониженного давления, углубляя последнее.

Скорость наступления, как и глубина парабиотического процесса, зависели не только от длительности воздействия пониженного давления, но и от качества пробного раздражителя. Как правило, высокие частоты, а иногда и низкие, создавали картину более глубоких сдвигов, нежели оптимальные частоты.

Полученные данные согласуются с гипотезой о парабиотической природе изменений, происходящих в центральной нервной системе и нервно-мышечном аппарате под влиянием пониженного барометрического давления.

---

24. РАХИМОВ Я. А.

оконч. Таджикский мед. ин-т в 1943 г., дисс. канд.

ВОЗРАСТНАЯ МОРФОЛОГИЯ РЕЙЛЕВА ОСТРОВКА ГОЛОВНОГО МОЗГА ЧЕЛОВЕКА

1 том, 237 стр., в лит. указ. 90 источн. (68 отеч. и 22 иностр.).
Защ. в декабре 1949 г. в АМН СССР (г. Москва).

Работа посвящена изучению макроскопической структуры Рейлева островка головного мозга человека в возрастном аспекте. Вопросы морфологии островка почти совершенно не были освещены в отечественной и иностранной литературе.

Исследование проведено на 159 препаратах мозга от трупов различного возраста и пола. Препараты мозга фиксировались и измерялись (девять разных измерений на каждом препарате). Затем по оригинальной методике производилась окраска островка. Полученные препараты фотографировались.

Было установлено, что макроскопически отметить островковое поле удается только у плодов четырех месяцев. У пятимесячных плодов можно обнаружить гладкие островковые поля с выступающей височной покрышкой. Последние рельефно выступают в возрасте семи месяцев и образуют верхнюю часть сильвиевой борозды. У восьмимесячного плода большая часть поверхности островка покрыта покрышками. Кроме центральной борозды удается отметить процесс начального образования продольной и короткой борозд. У плодов де-

вятимесячного возраста островок в основном оперкулизирован. Посредством центральной борозды островок разделяется на переднюю и заднюю доли с наличием в них основных борозд и извилин. Исследования показали, что одной из первых борозд островка является центральная; её нижний отрезок развивается раньше, чем верхний. К моменту рождения не отмечается полная двусторонняя оперкуляция островка (только односторонняя).

У детей до одного года весь островок и его передняя доля на правом полушарии больших размеров, чем на левом. От одного года и до двенадцати лет отмечается преобладание величины островка и его передней доли на левом полушарии, по сравнению с правым. Подобные соотношения отмечаются и у взрослых.

Передняя доля островка, начиная с детского возраста, дифференцируется на пять-шеть коротких извилин, а задняя доля — на две длинные.

На основании исследованного в возрастном аспекте материала можно предположить, что островок является филогенетически более новым образованием. Основная поверхность островка покрыта височной и лобной долями мозга, а незначительный участок — теменной долей. Покрытие островка лобными и височными долями мозга на детском и взрослом материале превалирует на левом полушарии. Последнее обстоятельство, по-видимому, нужно связать с локализацией двигательной функции речи в левом полушарии головного мозга у человека.

Возрастная морфология центральной нервной системы имеет большое значение для практической медицины при мозговых заболеваниях, так как дает возможность правильно ориентироваться в сложных случаях морфофизиологических изменений.

---

25. КОЛЕСНИКОВ А. Г.

оконч. Смоленский мединститут в 1933 г., дисс. канд.

БРОНХОСКОПИЯ КАК ЛЕЧЕБНЫЙ МЕТОД ПРИ НАГНОИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЛЕГКИХ

1 том, 136 стр., в лит. указ. 179 источн. (147 отеч. 32 иностр.).
Защ. в январе 1950 г. в Самаркандском мединституте.

---

26. ЗАЙЦЕВА Е. И.

оконч. Таджикский мед. ин-т в 1944 г., дисс. канд.

ПОДЖЕЛУДОЧНАЯ ЖЕЛЕЗА ПРИ БАЦИЛЛЯРНОЙ ДИЗЕНТЕРИИ

1 том, 143 стр. в лит. указ. 241 источн. (224 отечеств. и 17 иностр.).
Защ. в апр. 1950 г. в Минском мед. ин-те.

Целью работы было показать наличие и глубину поражения поджелудочной железы при острой бактериальной дизентерии на различных этапах перехода ее в хроническую, и при хронической дизентерии. Исследования были направлены и к тому, чтобы выяснить в какой степени нарушения со стороны поджелудочной железы находят отражение в клинической картине бактериальной дизентерии.

Материалами исследований показаны: 1) нарушение при бациллярной дизентерии внешнесекреторной и внутрисекреторной функций поджелудочной железы; 2) расстройство её секреторной способности, прослеживаемое по выделению поджелудочной железой хлоридов, мочевины и краски (введенных парэнтерально); 3) изменения ее морфологии (склероз, цирроз, липоматоз). При этом установлено, что функциональные нарушения поджелудочной железы, обусловленные нейро-гуморальными влияниями, наступают с первых дней заболевания острой дизентерией, накладывая (хотя и едва уловимые в остром периоде болезни) штрихи на клиническую картину заболевания; иногда эти нарушения достигают значительной силы. Как те, так и другие нарушения выравниваются к периоду клинического выздоровления больных. На более или менее длительный срок задерживаются расстройства функций поджелудочной железы у больных, у которых дизентерия возникла при измененной малярией реактивности организма и у больных при сочетании обоих этих заболеваний. У таких больных наблюдалась большая возможность к хроническому течению дизентерии. При хроническом же течении болезни функции поджелудочной железы особенно угнетены и углубляются с каждым новым обострением болезни (диспептические явления, нарушение регуляции сахара в крови, расстройство поджелудочного пищеварения, угнетение экскреции вещества), способствуя дистрофическим явлениям. В периоды ремиссий хронической бактериальной дизентерии функции поджелудочной железы не восстанавливаются, гистологически в ней наблюдаются структурные изменения.

Полученные данные привели к заключению, что поражение поджелудочной железы, наблюдаемое при хронической

бактериальной дизентерии, осложняет течение болезни, определяя некоторые клинические проявления ее, и обязывает врача к соответствующим лечебным мероприятиям. Малярия является одним из факторов, способствующих переходу острого процесса в хронический. Недооценка роли малярии определяла в ряде случаев неэффективность обычных методов лечения детей, страдающих хронической бактериальной дизентерией.

---

27. ГУРТОВОЙ Б. Л.

окончил Киргизский мед. ин-т в 1946 г., дисс. канд.

КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ЦВЕТНОЙ ОСАДОЧНОЙ РЕАКЦИИ МОЧИ С АЗОТНОКИСЛЫМ СЕРЕБРОМ (В МОДИФИКАЦИИ КИМБАРОВСКОГО) ПРИ ПОСЛЕАБОРТНЫХ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

1 том, 167 стр., в лит. указ. 111 источн. (95 отечеств., 16 иностр.).
Защ. в июне 1950 г. в Ашхабадском мединституте.

Послеабортные инфекционные заболевания представляют по своей распространенности и клиническому значению одну из наиболее актуальных проблем акушерства и гинекологии. Изучению этой проблемы посвящены многочисленные клинические и экспериментальные исследования, однако и в настоящее время некоторые вопросы остаются еще не вполне выясненными. В частности, не всегда удается с желаемой определенностью судить о тяжести и динамике патологического процесса. Поэтому всякий дополнительный метод, который расширил бы возможности клинического обследования, приобретает не только теоретический интерес, но и практическое значение. В этом отношении заслуживает внимания цветная осадочная реакция мочи с азотнокислым серебром (ЦОР).

Первые исследования, посвященные клиническому использованию осадков, возникающих при взаимодействии мочи с азотнокислым серебром, опубликованы И. И. Ефимовым в 1910 г. Клиническое значение этой реакции освещалось как в отечественной, так и в зарубежной литературе при душевных, инфекционных и внутренних заболеваниях. О применении ее в акушерско-гинекологической практике до настоящей работы не было опубликовано ни одного сообщения.

При заболеваниях, связанных с послеабортной инфекцией, ЦОР ставилась в модификации Кимбаровского. В результате предварительных исследований предложена градация окраски осадков, с достаточной полнотой отражающая наиболее типичные и часто встречающиеся группы осадков. Обследованию было подвергнуто 223 больных. В качестве контрольных наблюдений реакция ставилась при нормальной беременности (64 беременных) и у небеременных здоровых женщин (22). Кроме того проводились некоторые наблюдения над реакцией у 60 рожениц (до и после родов). Общее число лиц, подвергнутых обследованию — 369.

Оценка реакции производилась на основании сопоставления ее интенсивности и динамики с клиническим течением заболевания, температурой больных, картиной крови и с кожной пробой Кавецкого.

Учитывая неизученность химизма данной реакции, а также значительную разноречивость и немногочисленность опубликованных по этому вопросу данных, было проведено сопоставление ЦОР с физико-химическими свойствами мочи (цвет, прозрачность, удельный вес, реакция, белок, сахар, ацетон и ацетоуксусная кислота, индикан, уробилин, желчные пигменты, диазореакция, хлориды, поверхностное натяжение мочи). У 79 больных исследовалась микрофлора мочи. Была сделана попытка выяснить влияние на ход реакции обработки мочи адсорбентом; исследования по вопросу о возможном воздействии влагалищных выделений на цвет выпадающих при реакции осадков.

Полученные данные позволяют считать цветную осадочную реакцию мочи с азотнокислым серебром (в модификации Кимбаровского) технически простым, ценным методом клинического исследования, заслуживающим применения в акушерско-гинекологической практике.

Особо следует отметить доступность и целесообразность использования этой реакции не только в хорошо оснащенных крупных стационарах, но и в условиях участковых больниц, а также в поликлинической практике.

---

28. ХАКИМОВА С. Х.

оконч. Таджикский мед. ин-т в 1943 г., дисс. канд.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА МЕТОДОВ РУЧНОГО ПОСОБИЯ ПРИ ТАЗОВЫХ ПРЕДЛЕЖАНИЯХ

1 том, 205 стр., в лит. указ. 123 источн. (99 отечеств. и 24 иностр.).
Защ. в июне 1950 г. в ЦИУ (Москва).

Работа посвящена проверке эффективности различных методов ручного пособия, а также метода профилактики и терапии внутриутробной асфиксии по Николаеву при тазовых

предлежаниях. С этой целью проведен анализ 824 родов в тазовом предлежании (число родившихся детей — 850). Сообразно задачам работы и методике ведения родов наблюдения разделены на пять групп.

Первая группа охватывала 385 родов в тазовом предлежании (число родившихся детей—402), проведенных так называемыми классическими способами (ручное пособие по Морисо-Левре, извлечение за тазовый конец, профилактическое низведение ножки, кесарево сечение). Эта группа родов служила контролем для последующих четырех групп, в особенности, для второй группы, в которую вошли роды, проведенные теми же классическими способами, но с применением триады А. П. Николаева.

Анализ показал, что классические методы родоразрешения тазовых предлежаний весьма неблагоприятны по своим показателям как для матери, так и, особенно, для плода. Так, из 402 детей 102 (25,5%) родились в асфиксии, причём чаще всего тяжелой. Мертворождаемость — 7,2% (редуцированная — 6,2%. Наиболее частыми причинами мертворождаемости явились внутриутробная асфиксия (4,7%) и родовая травма (1,4%). Детский травматизм составил 12,5% причем внутричерепная травма — 9,7%. Материнский травматизм также был высок — 33,2%. Разрывы промежности III степени обнаружены в 1,6%. Детская смертность в этой группе составила 6,7% (редуц. — 5,7%), а общая потеря детей — 13,4% (редуц. — 12,5%).

Анализ родов, проведенных с применением только ручного пособия по Морисо-Левре, показал, что мертворождаемость при этом составляла 3,7% (редуц. — 3,1%), детская смертность — 6,5%, а общая потеря детей —10,2% (редуц.— 9,6%).

Вторая группа охватывала 200 родов (число родившихся детей—206), проведенных теми же классическими методами, но при применении (однократно или повторно) триады Николаева (ингаляция кислорода, внутривенное влияние 30 мл 40% р-ра глюкозы с 1 мл кардиамина, а в периоде изгнания еще 1 мл 0,1% р-ра атропина для предупреждения спазма шейки матки). Триада Николаева в одних случаях применялась как метод профилактики, в других—с целью терапии внутритрубной асфиксии.

В настоящей группе асфиксия новорожденных снизилась до 20,5%, детский травматизм — 13,2%, материнский — 33,5%. Осложнения в периоде новорожденности наблюдались в 7,5%. Смертность при применении триады Николаева также снизилась вдвое, составляя 3,5% (редуц. — 2,5%), а

общая детская смертность равнялась 8,2% (редуц. — 7,2%), против 13,4% в 1-й группе.

Анализ родов, проведенных с применением только ручного пособия по Морисо-Левре показал, что применение триады Николаева способствовало значительному улучшению всех показателей. Мертворождаемость при этом составила 2,4%, детская смертность — 3,7%, (редуц. — 3,1%), а общая потеря детей — 6% (редуц. — 5,5%).

В третью группу (ручное пособие по методу Н. А. Цовьянова) вошли 110 родов в чистом ягодичном предлежании. Наблюдения показали, что этот метод является наиболее бережным как для плода, так и для матери. Асфиксия новорожденных составила 6,3%, мертворождаемость, смертность детей и детский травматизм до—0%, материнский травматизм составил 27%. Осложнения в периоде новорожденности наблюдались у 4 детей — 3,6%

Четвертая группа (ручное пособие по методу Цовьянова при ножных предлежаниях)—состояла из 32 случаев. В асфиксии родились 6 младенцев, случаев родовой травмы, мертворождаемости, смертности детей не было; травма мягких родовых путей обнаружена у 6 рожениц.

Ручное пособие по способу Брахта (пятая группа) было оказано при рождении 100 детей. Асфиксия составила 8%, мертворождаемость — 1%, внутричерепная травма — 9%, материнский травматизм — 34%. Осложнения в периоде новорожденности отмечены у 6 младенцев (6%). Детская смертность—1% (редуц.—0%), а общая потеря детей—2% (редуц. — 1%).

На основании полученных данных автор приходит к заключению, что а) тазовые предлежания следует рассматривать как граничащие с патологией; б) новые методы ручного пособия — методы Н. А. Цовьянова, способ Брахта — являются наиболее бережными и способствуют резкому снижению мертворождаемости и детской смертности при тазовых предлежаниях; в) при осложненных родах, когда эти методы практически не применимы, следует с целью профилактики и терапии внутриутробной асфиксии широко применять триаду Николаева.

29. ХАШИМОВ Д. М.

окончил Самаркандский мед. ин-т в 1936 г., дисс. канд.

КЛИНИКА И ЛЕЧЕНИЕ КОСМОПОЛИТНОГО ВОЗВРАТНОГО ТИФА

1 том, 139 стр., в лит. указ. 168 источн. (145 отечеств. и 23 иностр.). Защ. в июне 1950 г. в Алма-Атинском мед. ин-те.

Одним из отрицательных санитарных последствий Великой Отечественной войны в Таджикистане явилось появление, отсутсвовавшего до того многие годы, космополитного возвратного тифа.

Клиническое наблюдение показало, что возвратный тиф в период проведения работы (1945-48 гг) протекал легче, чем в прошлые годы. Относительная легкость течения отразилась как на количестве осложнений, так и на летальности. Общая же клиническая картина инфекции мало отличалась от ранее описанной.

Повторное и многократное исследование крови больных в апиректическом периоде — до применения специфической терапии — дала возможность доказать наличие спирохет в крови, но в меньшем количестве, чем в период лихорадки.

Сравнение результатов, полученных при лечении возвратного тифа мышьяковистыми препаратами, показало значительно более высокую эффективность новарсенола над арсеноксидами. Оба испытанные арсеноксиды — мафарсен и совварсен обнаружили приблизительно одинаковую лечебную активность, уступающую таковой новарсенола.

При лечении новарсенолом рецидивы наступали в три раза реже, чем после применения арсеноксидов. Продолжительность рецидивов после применения арсеноксидов была в два раза больше, чем при лечении новарсенолом. При рецидивах, возникших после введения новарсенола, спирохеты встречались почти в 10 раз реже, чем при применении арсеноксидов. Средняя продолжительность болезни при лечении новарсенолом почти в полтора раза короче, чем при лечении арсеноксидами. При лечении новарсенолом отсутствовали побочные явления, отмечавшиеся после применения арсеноксидов.

Было установлено преимущество лечения возвратно-тифозных больных, предложенным автором уплотненным методом (введение мышьяковистых препаратов в обычных дозах через 48 часов).

При применении подобным методом новарсенола ни у одного больного не было отмечено рецидивов болезни, а при применении арсеноксидов рецидивы были вдвое меньше, чем при лечении обычным методом.

---

30. КУЛЬМАТОВ М. К.

окончил Военно-медицинскую Академию им. С. М. Кирова (Ленинград) в 1931 г., дисс. докторская

КЛИНИКО-МОРФОЛОГО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ СЕЛЕЗЕНКИ, ПЕЧЕНИ И КОСТНОГО МОЗГА ПРИ МАЛЯРИИ

3 тома, 244 стр. Защ. в сентябре 1950 г. в Ташкентском мед. ин-те.

Изучение патологии селезенки, печени и костного мозга при малярии в настоящей работе было дополнено данными клинического и функционального обследования этих органов, результатами их прижизненного морфологического исследования (методом прижизненной пункции внутренних органов).

В результате клинико-морфолого-функциональных исследований высказаны следующие положения.

Клинико-морфологическое изучение печени и селезенки указывает на нередкое существование при малярии воспалительных процессов в этих органах, позволяющих говорить о существовании малярийных спленитов и гепатитов. На известных этапах своего развития воспалительные процессы в указанных органах являются обратимыми. При недостаточно систематической (специфической и неспецифической) терапии дело может дойти до необратимых изменений этих органов. С наибольшим постоянством малярия, особенно тропическая, сопровождается изменениями селезенки, среди которых следует различать активную гиперемию (симптом малярийного пароксизма), острые и хронические спленит и склероз органа.

Острые и хронические спленит чаще встречаются при тропической малярии у лиц преимущественно молодого возраста. Как правило, они возникают при частых и недостаточно леченных малярийных рецидивах и реинфекциях, и наиболее тяжело протекают у больных с расстройством кровообращения.

Хронические спленит в период обострения, а равно и острые спленит сопровождаются повышением фагоцитарно-гемолитической функции селезенки и нередко приводят к

желтухе, преимущественно гемолитического типа и к гипохромной анемии. Для хронических спленитов характерным является волнообразное течение с обострениями под влиянием рецидивов или реинфекции малярии, и затуханием воспалительного процесса при систематическом специфическом и неспецифическом лечении. В поздних стадиях хронических спленитов нередко наблюдается развитие хронических гепатитов (спленогенных). Спленэктомия в этом периоде является лучшим терапевтическим мероприятием. Иногда в селезенке при хронических спленитах можно обнаружить очаги миелоидного кровотворения. Склерозы селезенки представляют собою заключительный этап течения хронических спленитов и характеридзуются необратимыми изменениями органа .

Среди многочисленных изменений печени при малярии можно выделить острую гиперемию органа (симптом малярийного пароксизма), острые и хронические гепатиты. Клиника острых малярийных гепатитов весьма многообразна. Чаще встречаются острые гепатиты с нередко выраженными функциональными расстройствами печени (безжелтушные гепатиты). Реже встречаются более тяжелые поражения печени (гепатиты с желтухой) и значительно реже наблюдаются острые дистрофии печени. Для всех острых гепатитов характерной чертой является возникновение их с первых же дней приступов малярии.

По клиническому течению среди хронических малярийных гепатитов следует различать два типа: 1. Хронические гепатиты, являющиеся следствием острых гепатитов и 2. Спленогенные хронические гепатиты.

Хронические гепатиты первого типа встречаются значительно реже, характеризуются незначительными изменениями селезенки, сравнительно ранним появлением признаков функциональной недостаточности печени. Для спленогенных гепатитов характерно относительно-доброкачественное, волнообразное течение под влиянием рецидивов и реинфекций малярии, отсутствие выраженных функциональных расстройств печени в течение длительного срока. В клинической картине болезни при этом типе обычно хорошо выражены признаки хронического спленита. Даже в далеко зашедших случаях не наблюдается признаков портальной гипертонии.

Преходящая анемия является наиболее частым признаком активной малярийной инфекции. Стойкие анемические синдромы встречаются только при затяжной малярии у больных с выраженными изменениями печени и селезенки. Характерное волнообразное течение анемии может быть поставлено в связь с волнообразным течением хронических спленитов и гепатитов. В происхождении анемий при малярии большую

роль следует придавать повышенному фагоцитозу измененных и неизмененных эритроцитов гипертрофированными клетками ретикулоэндотелиальной системы организма.

Характерным признаком затяжной малярии является стойкая лейкопения, в патогенезе которой следует придавать большое значение фагоцитозу лейкоцитов клетками ретикулоэндотелиальной ткани, главным образом, в селезенке и костном мозгу. Острые проявления малярии всегда сопровождаются выраженной тромбоцитопенией, которая обычно сохраняется в течение нескольких недель после купирования острых приступов и исчезновения плазмодиев из крови.

Распространенные в клинике термины — спленомегалия, гепатомегалия, гепатолиенальный синдром, селезеночная анемия и др. следует признать недостаточными, т. к. они не соответствуют сущности болезненного процесса и должны быть заменены терминами острой или хронический спленит или гепатит.

---

31. ИКРАМОВ З. Х.

окончил Самаркандский мединститут в 1936 г., дисс. докторская

МОЧЕКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ НА ЮГЕ СРЕДЕЙ АЗИИ

1 том, 377 стр., в лить указат. 476 источн. (381 отеч., 95 иностр.).
Защ. в ноябре 1950 г. в Ташкентском мединституте.

Наибольшая распространенность эндемической мочекаменной болезни на юге Средней Азии была выявлена автором в обширной и наиболее густо населенных окрестностей г. Душанбе (71,5% случаев), затем идет Сурхан-Дарьинская область Узб. ССР (12%), и наконец, остальные области и районы юга (16,4%). Характерно, что около 90% больных относилось к жителям низменностей, т. е. Вахшской и Гиссарской долин и свыше 70% больных имело возраст ниже 20 лет.

Изучение конкретных условий возникновения эндемической мочекаменной болезни в раннем детском возрасте показало, что подавляющее большинство больных происходило из того незначительного контингента населения этих долин, который ведет старый образ жизни, с применением деревянных люлек. Свивание и воспитание детей в этих люльках (гавора) ведет к задержке общего физического развития организма, особенно опорно-двигательного аппарата. Кроме того, длительная летняя жара в этих долинах сильнее сказывается на

водно-солевом обмене детей, что усиливает внепочечную потерю воды, способствует сгущению крови и мочи.

Изменение реакции мочи с преобладанием щелочности наблюдалось в 11% случаев, а нейтральная реакция обнаружена всего лишь в 2,6% случаев, что следует рассматривать как проявление изменения кислотно-щелочного баланса.

Изучение мочевых камней путем распила и рентгеноанализа показало, что принцип строения ядер камней мочевого пузыря идентичен с принципом строения ядер почечных камней. Это дает основание допускать единство происхождения всех ядер мочевых камней, о чем свидетельствует также общность данных биохимического исследования крови и ликвора.

Уровень кальция в сыворотке крови больных колебался в пределах 10,4—18,0 мг%. Гиперкальцемия наблюдалась в 8% исследований при камнях почки, в 20% — при камнях мочевого пузыря, в 10,6%—при камнях мочеиспускательного канала и в 2,69% при оксалурии и уратурии. Нарушение обмена хлоридов в крови шло в 16% исследований в направлении повышения, в 10% — понижения и в остальных 74% исследования колебалось в пределах нормы.

По данным изучения динамики сахара в спинномозговой жидкости содержание сахара в 55 раз из 57 случаев исследований находилось в пределах нормы.

Сопоставляя эти данные, можно признать наличие дифференцированного перераспределения воды, минеральных веществ и отчасти сахара между органами и системами при клинически выраженных формах этого заболевания. Это подтверждается исследованиями больных, у которых констатировался гиповитаминоз С с минимальным количеством аскорбиновой кислоты в ликворе (при камне почек — 0,48 мг%, при камнях мочевого пузыря — 0,18 мг% и при камнях мочеиспускательного канала — 0,13 мг%).

По мнению автора эндемическая мочекаменная болезнь есть результат расстройства нервно-трофических регуляций водно-солевого и углеводно-витаминного обмена в организме, сопровождающееся очаговым изменением процессов мочеобразования в нефронах.

---

32. ПАРАДОКСОВ Л. Ф.,
оконч. мед. фак. Казанского университета в 1917 г.,
дисс. докторская

МЕТОД РЕНТГЕНОЛОКАЛИЗАЦИИ ИНОРОДНЫХ ТЕЛ В ГЛАЗУ

2 тома, 355 стр., в лит указ. 211 источн. (95 отечеств. 116 иностр).
Защ. в 1950 г. в Москве.

Из повреждений глаз наиболее тяжелыми являются проникающие ранения; в большинстве случаев они наносятся инородными телами. Для успешного удаления инородного тела из глаза и благоприятного исхода повреждения, необходимо не только установить наличие в глазу инородного тела, но определить его местоположение и удалить в ближайшие часы после травмы.

Существующие рентгенологические методы определения локализации инородных тел в глазу страдают существенными недостатками. Нет еще метода, с помощью которого можно было бы во всех случаях с исчерпывающей точностью, без сложных приспособлений, дать ответ, в глазу или вне глаза находится инородное тело. Если установлено, что инородное тело в глазу, то нелегкой задачей является определить отстояние его от лимба, глубину залегания и участок поверхности склеры, ближайший к тени инородного тела.

Предлагаемый автором метод удовлетворяет всем указанным требованиям. Он основан на принципе физиологических методов. Производится два снимка: первый в битемпоральной проекции, второй в окципитоментальной. Снимок в битемпоральной проекции делается на одной пленке, но глаз снимается в двух положениях, экспозиция делится на две неравные части.

Для более точного определения местоположения инородного тела на область лимба поврежденного глаза накладывается металлический локализатор. Локализатор имеет вид кольца и представляет из себя отрезок тонкостенного шара радиусом 12, 15 мм. Ширина кольца равна 1 мм, отверстие его 12,0 мм. Локализатор имеет четыре выступа, расположенные на равном один от другого расстоянии. Три выступа раздвоены, заострены и слегка загнуты по направлению к глазному яблоку; они предназначены для укрепления локализатора на глазу. Четвертый выступ не раздвоен и всегда устанавливается с височной стороны глазного яблока. Благодаря этому, при неправильной установке глаза во время рентгенограммы можно определить, в какую сторону произошло смещение оси

глаза. Для снимков битемпоральной проекции с изменением направления взора, фиксация осуществляется при помощи специальной линейки.

Установка глаза во время окципитоментального снимка производится при помощи фиксационного прибора с зеркалом. Означенный прибор дает возможность исключить конвергенцию зрительных осей исследуемого и могущее произойти вследствие этого смещение теней инородного тела.

Местоположение инородного тела определяется путем специальных расчётов по накладным локализационным схемам, начерченным на отмытой от эмульсии рентгеновской пленке. Схемы построены с учётом увеличений, получающихся при рентгенографии в данных условиях. Расстояние от лимба вычисляется с учётом сферичности склеры; можно определить также участок склеры ближайший к тени инородного тела.

Предлагаемый метод рентгенолокализации инородных тел в глазу может быть использован для определения длины наружной оси глазного яблока. Измерения длины наружной оси глазного яблока представлены по рентгенограммам 61 больного.

Выводы: 1. Предлагаемый метод рентгенолокализации инородных тел является точным; 2. Точность расчетов при определении местоположения инородных тел в глазу обеспечивается конструкцией локализатора, благодаря которой можно вносить исправления при неправильной установке глаз во время рентгенографии; 3. Точность расчета обеспечивается также приборами для фиксации взора; 4. Накладные локализационные схемы дают возможность без перерасчетов определить расстояние от лимба с учётом сферичности склеры; 5. С помощью предлагаемого метода можно определить размер наружной оси глазного яблока с точностью до 1,0 мм; Установление размеров оси глазного яблока помогает избежать ошибок, связанных с расчетами по среднему схематическому глазу.

---

33. МАНСУРОВ Х. Х.

оконч. Самаркандский мед. ин-т в 1947 г., дисс. канд.

ВЛИЯНИЕ СЕКСУАЛЬНЫХ ГОРМОНОВ НА ХОЛЕСТЕРИНЕМИЮ ПРИ АТЕРОСКЛЕРОЗЕ И НА РАЗВИТИЕ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ХОЛЕСТЕРИНОВОГО АТЕРОСКЛЕРОЗА

1 том. 183 стр., в лит. указ. 91 источн., (148 отечеств. и 43 иностр.).

Защ. в июне 1951 г. в АМН СССР (Москва).

Среди различных факторов, принимающих участие в регуляции липо-холестеринового обмена, роль половых желез отмечалась неоднократно. Литературные указания по этому вопросу носят противоречивый характер.

Нечеткость результатов исследований влияния сексуальных гормонов на холестериновый обмен, а также на развитие экспериментального атеросклероза связано с тем, что многие относящиеся сюда опыты проведены на курах и петушках, у которых количественная оценка изменений артерий более затруднительна и менее точна, чем у кроликов.

В настоящей работе проводились исследования влияния андрогенных и эстрогенных веществ на холестеринемию при атеросклерозе и на развитие экспериментального холестеринового атеросклероза.

Клинический материал охватывает 79 больных, страдавших в значительном большинстве случаев выраженным атеросклерозом. Объектом для экспериментальных исследований послужили 50 половозрелых кроликов весом около 2,5 кг. Экспериментальное воспроизведение холестеринового атеросклероза проводилось по методу Н. Н. Аничкова. По истечении 4 месяцев все кролики убивались, при вскрытии их бралось целиком сердце с аортой для микроскопического и макроскопического исследования.

Исследования показали, что однократное введение мужского полового гормона не изменяло уровня холестерина крови у больных мужского пола, страдающих атеросклерозом. При длительном введении (ежедневно в течение 2—3 недель) из 29 больных у 15 отмечалось снижение холестеринемии в среднем на 24,2% (с колебаниями от 12,4 до 44%).

Снижающее гиперхолестеринемию влияние мужского полового гормона наиболее выражено у лиц с атеросклерозом, у которых имеет место та или иная степень сексуальной недостаточности (установленной клинически и путем лабораторного определения гормонального профиля). Полученное снижение холестеринемии ясно выражено при высоких исходных цифрах холестерина в крови.

мона изучалось как у некастрированных, так и у предварительно кастрированных кроликов с экспериментальным холестериновым атеросклерозом. Мужской половой гормон снижал степень увеличения алиментарной холистеринемии и тормозил развитие липоидоза аорты, причем это действие гормона проявлялось особенно резко у предварительно кастрированных животных.

У женщин, страдающих атеросклерозом, у которых лабораторно была установлена повышенная продукция эстрогенов, в процессе лечения длительное введение женского полового гормона повышало холестеринемию. Этого повышения не наблюдалось при пониженной продукции эстрогенов.

В экспериментальных с воспроизведением холестеринового атеросклероза умеренные дозы эстрогенного гормона резко ускоряли и отягощали развитие липоидоза аорты у некастрированных самок и не давали подобных изменений при введении тех же доз предварительно кастрированным животным. Кормление холестерином кастрированных самцов и самок кроликов приводило к более тяжелому липоидозу и более высокой холистеринемии, чем в контрольной некастрированной группе

Исследованиями функционального состояния щитовидной железы у всех подопытных животных получены данные, показывающие некоторые механизмы влияния сексуальных гормонов на регуляцию холестеринемии.

---

34. ПАВЛЕНКО Т. К.

оконч. Таджикской мед. институт в 1944 г., дисс. канд.

МЕХАНИЗМЫ РЕГУЛЯЦИИ ПРОЦЕССА СВЕРТЫВАНИЯ КРОВИ

1 том, 251, стр., в лит. указат. 166 источн. (138 отеч., 28 иностр.).
Защ. в июле 1951 г. в Львовском мед. ин-те.

Автор изучил влияние ряда органов на свертываемость крови. Для решения этой задачи было проведено 4 серии опытов на 96 собаках (свыше 850 исследований).

В опытах I серии сравнивалась скорость свертывания крови, оттекающей от конечностей, покровов головы, мозга, печени, кишечника, почек и селезенки со скоростью свертывания крови бедренной артерии. Кровь бедренной артерии использовалась вместо притекающей к каждому из перечисленных органов.

Исследования показали, что при покойном (исходном) состоянии животного все органы оказывают различное влияние на свертываемость крови. Одни (печень, мозг, кишечник, почки и селезенка) ускоряют свертывание протекающей через них крови; другие (ткани конечностей и наружных покровов головы) замедляют его. Степень влияния на исследуемую способность крови также различна. Мозг и печень сильнее повышают свертываемость крови, чем кишечник и почки; еще меньше повышает свертываемость селезенка.

Во II серии опытов была сделана попытка выяснить как изменяется влияние органов на свертываемость крови при нервном возбуждении. С этой целью группе собак наносилось болевое раздражение (удары деревянным молотком по различным участкам тела), не доводившее животного до шокового состояния. Исследовалась кровь, оттекающая от мозга, покровов головы и тканей конечностей до и после болевого раздражения. Результаты опытов этой серии позволили сделать вывод, что при возбуждении нервной системы усиливается как функция органов, повышающих свертываемость, так и органов, понижающих ее. Преобладает же, по-видимому, функция первой группы органов, так как свертывание и артериальной, и венозной крови заметно ускоряется.

В III серии животные погружались в гексеналовый наркоз (0,25—0,45 мл 10% раствора гексенала на кг веса тела). Перед наркозом и во время него определялась скорость свертывания крови, оттекающей от конечностей покровов головы, мозга, печени, кишечника, почек и селезенки, а также крови бедренной артерии. При гексеналовом наркозе скорость свертывания крови бедренной артерии почти не изменялась. Разница в скорости свертывания артериальной крови и крови, оттекающей от каждого из исследованных органов, уменьшалась. Это уменьшение более четко выражено для тех органов и тканей, которые перед наркозом сильно ускоряли свертывание протекающей через них крови.

В IV серии определялось время свертывания крови, взятой из различных участков сосудистого русла во время искусственно вызванного патологического процесса, который сопровождался либо замедлением (анафилактический шок), либо ускорением (кровопотеря) свертывания крови. Опыты показали, что во время шока кровь печеночных вен свертывалась значительно медленне, чем кровь воротной вены, т. е. печень оказала понижающее свертываемость действие. Кровь бедренной вены свертывалась быстрее, чем кровь бедренной артерии. Следовательно, ткани конечностей ускоряли свертывание оттекающей от них крови. Кровь воротной вены свертывалась быстрее артериальной.

Чтобы установить причину пониженной свертываемости

крови, взятой во время анафилактического шока, определялось содержание в ней протромбина, комплемента, фибриногена и гепарина. Изучалось также влияние кальция и тромбокиназы на жидкую «шоковую» кровь. Результаты исследований позволили сделать вывод, что основной причиной замедленного свертывания крови при анафилактическом шоке является выделение печенью и, возможно, легкими противосвертывающего вещества типа гепарина.

В опытах с кровопусканием отмечалось ускорение свертывания как артериальной так и венозной крови. При этом повысилось ускоряющее свертывание действие печени и мозга и замедляющее свертывание действие тканей конечностей и наружных покровов головы.

Проведенные исследования позволили сделать следующие выводы:

1. Свертываемость крови, взятой из различных участков сосудистого русла нормальных животных, неодинакова, что обусловлено межорганным обменом свертывающих и противосвертывающих веществ.

2. Межорганный обмен веществ, определяющий время свертывания крови, находится под регулирующим влиянием стороны центральной нервной системы. Доказательством этому служит усиление свойственной каждому органу функции при нервном возбуждении и ослабление ее при угнетении нервной системы гексеналовым наркозом.

---

35. КОЛОМИЙЦЕВ Ф. М.

окончил мед. фак. Московского университета в 1925 г., дисс. канд.

МЕДИКО-ГЕОГРАФИЧЕСКОЕ ОПИСАНИЕ ЮГО-ЗАПАДНОГО ТАДЖИКИСТАНА

1 том. 287 стр., в лит. указат. 26 источн. Защ. в 1951 г. в ЦИУ (Москва)

---

36. КОЛОМИЙЦЕВА М. Г.

окончил Харьковский мед. ин-т в 1941 г., дисс. канд.

ЭНДЕМИЧЕСКИЙ ЗОБ И ПЕРСПЕКТИВЫ БОРЬБЫ С НИМ В ТАДЖИКИСТАНЕ

1 том. 144 стр., в лит указат. 174 источн. Защ. в 1951 г. во 2-ом Московском мед. ин-те.

---

37. ТАДЖИЕВ К. Т.

окончил 1 Московский мед. ин-т в 1937 г., дисс. канд.

БЕЛКОВАЯ, УГЛЕВОДНАЯ И АНТИТОКСИЧЕСКАЯ ФУНКЦИИ ПЕЧЕНИ ПРИ ГНОЙНЫХ И ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

1 том, 192 стр., в лит. указ. 189 источн. (180 отечеств. и 9 иностр.).

Защ. в феврале 1952 г. в Таджикском мед. ин-те.

Функциональное состояние печени изучалось как в разгаре течения гнойного процесса, так и в период выздоровления больных. В указанных периодах клинического течения заболевания изучались белковая, углеводная и антитоксическая функции печени.

По результатам работы автор делает следующие выводы: 1. Мочевинообразовательная функция печени при гнойных и гнойно-септических процессах в разгаре заболевания угнетена, а в период клинического выздоровления, до этого значительно подавленная, она нормализуется, хотя у ряда больных нет полного совпадения между клиническим выздоровлением и восстановлением мочевинообразовательной функции печени. 2. В разгаре гнойного и гнойно-септического процессов с тяжелым клиническим течением заболевания наблюдается аминацидемия, что указывает на снижение способности печени поглощать из портальной крови пищевые аминокислоты, а также на подавление синтетической функции печени. 3. В отношении содержания общего белка в плазме крови имела место гипопротеинемия, что для больных с гнойными процессами является патогномоничным; при этом степень гипопротеинемии, в известной степени, отражает тяжесть и длительность клинического течения заболевания.

Клиническое выздоровление характеризуется нормализацией содержания общего белка в плазме крови; однако у ряда больных с длительным течением гнойного процесса к моменту выздоровления содержание общего белка плазмы крови все остается сниженным. 5. Гликогенез при гнойных и гнойно-септических заболеваниях у значительного числа больных подавлен. 6. Гликемическая кривая крови в разгаре гнойных и гнойносептических заболеваний имеет «диабетический» характер. После сахарных нагрузок гипергликемия у них держится значительно дольше, чем у здоровых. 7. Показатели степени восстановления гликогенетической функции печени в значительно мере отстают от показателей клинического выздоровления. 8. Степень и частота гипогликемии находится в прямой зависимости от тяжести клинического течения и длительности гнойного процесса. 9. Антитокси-

ческая функция печени, изученная методом Квика-Пытеля, при гнойных и гнойно-септических заболеваниях угнетена в периоде разгара гнойного процесса и нормализуется в периоде клинического выздоровления. 10. Степень угнетения и восстановления антитоксической функции печени зависит от характера и тяжести нагноительного процесса. 11. Нарушение синтеза гиппуровой кислоты и выведения ее с мочей находится в зависимости от характера и тяжести процесса: взаимосвязи между патогенезом заболевания и состоянием функции печени отметить не удается. 12. Изучение динамики выведения гиппуровой кислоты в разгаре болезни показывает, что основное количество выведенной кислоты падает на вторые два часа, тогда как в периоде выздоровления выведение гиппуровой кислоты происходит больше в первые два часа.

Подводя итоги работы, автор пришел к заключению, что при так называемых местных и общих инфекционных хирургических заболеваниях, в разгаре болезни основные функции печени угнетены; период клинического выздоровления характеризуется нормализацией этих функций. Степень угнетения функциональных отправлений печени находится в прямой зависимости от тяжести и длительности течения патологического процесса и общего состояния макроорганизма. Эти же данные свидетельствуют о том, что между состоянием клинического выздоровления и полным восстановлением нормальных функций печени нет полного соответствия — в период клинического выздоровления, особенно после тяжелых и длительных гнойных и гнойно-септических заболеваний, показатели функциональных изменений печени еще не возвращаются к норме.

---

38. СМОЛИЧЕВ Е. П.

оконч. Таджикский мед. ин-т в 1944 г., дисс. канд.

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ КОЖНОЙ РЕЦЕПЦИИ В УСЛОВИЯХ СНИЖЕННОГО БАРОМЕТРИЧЕСКОГО ДАВЛЕНИЯ

1 том, 102 стр., в лит указат. 82 источн. (64 отеч., 18 иностр.).

Защ. в мае 1952 г., в Таджикском мед. ин-те.

Настоящее исследование было предпринято с целью выяснения динамики изменений в сфере кожной чувствительности человека и животных при перемещении из обычных для них атмосферных условий г. Душанбе (850 м над уровнем моря) в условия более низкого барометрического давления (в барокамере и в горах на высоте 3500 м над уровнем моря).

Автор проследил динамику изменений кожной чувствительности посредством определения порогов первого кожного ощущения у людей (или первой рефлекторно-двигательной реакции у животных) при раздражении кожной поверхности током различных частот. Все исследования кожной чувствительности человека и животных, результаты которых вошли в настоящую работу, были проведены при помощи одного и того же генератора переменного тока звуковых частот и катодного вольтметра.

Первая серия ориентировочных опытов была проведена на лягушках. Частотно-пороговая характеристика первой рефлекторно-двигательной реакции лягушки в каждом опыте определялась как при исходном давлении 680 мм ртутного столба, так и при пониженном до 180 мм барометрическом давлении. Результаты 135 опытов показали, что резкое снижение атмосферного давления вызывало у лягушек заметное нарастание величин частотных порогов для всех частот в диапазоне от 17 до 49 герц со сдвигом частотного оптимума в сторону более низких частот.

Вторая серия опытов была проведена на вполне здоровых собаках-самцах, примерно одинакового веса и размера. Материалы 50 опытов, поставленных при атмосферном давлении в 680 мм и 44 опытов при барометрическом давлении в 510 мм в период высокогорных экспедиций на высоте 3500 м над уровнем моря показали, что пребывание в условиях низкого атмосферного давления влияло на функциональное состояние кожного анализатора собак, вызывая повышение частотных порогов и снижение оптимума частоты по сравнению с исходными данными.

Для выявления механизма наблюдавшихся изменений была проведена специальная серия опытов (около 50) при обычном и пониженном барометрическом давлениях на собаках с искусственно-травмированной вегетативной нервной системой, которая показала наличие определенной взаимозависимости между изменениями кожной рецепции у собак при гипоксемии и функциональным состоянием их вегетативной нервной системы.

Основная масса исследований по изучению влияния гипоксемии на кожную рецепцию была проведена на людях при атмосферном давлении в 680 мм ртутного столба. Испытания показали наличие значительной вариабильности величин частотных порогов первого кожного ощущения у людей, которая не могла быть всецело отнесена только за счёт ошибок измерения и индивидуальных различий кожной рецепции у различных испытуемых. Все индивидуальные и средние кривые

частотных порогов первого кожного ощущения у человека имели сложную конфигурацию и как бы составлялись из трех отрезков в диапазонах 17—49, 49—225, 225—100 Гц. Было выяснено, что величины частотно-кожных порогов у каждого человека подвержены постоянным изменениям в ту или иную сторону на протяжении дней, часов и даже минут, что особенно рельефно отмечалось при таких эмоциях, как волнение, гнев. Изменения эти могут быть поставлены в связь только с функциональной деятельностью ЦНС и ее высшего отдела—коры больших полушарий головного мозга.

Исследования функционального состояния кожного анализатора человека в условиях пониженного атмосферного давления показали, что длительное пребывание в горах на высоте 3500 м вызывало стойкий функциональный сдвиг в сфере кожной чувствительности, выражавшийся в снижении величин частотных порогов первого кожного ощущения в области низких (17—49 Гц) и повышения их в области более высоких (100—1000 Гц).

Проведенные в барокамере опыты показали, что не только длительное, но и кратковременное, измеряемое, буквально, минутами пребывание в условиях пониженного барометрического давления, способно вызывать у человека заметные сдвиги в сфере его кожной рецепции.

---

39. ДИНКЕЛИС С. С.

окончил I Московский мед. ин-т в 1946 г., дисс. канд.

2 тома: I том 159 стр., II том — приложение, в лит. указат. 106 источн. (92 отеч., 14 иностр.). Защ. в июне 1952 г. в АМН СССР (г. Москва).

---

40. ЧЕРНЯВСКАЯ Р. М.

окончила Одесский мед. ин-т в 1937 г., дисс. канд.

О ЧИСТЫХ ЛИНИЯХ БРЮШНОТИФОЗНОГО БАКТЕРИОФАГА

I том, 190 стр., в лит указат. 181 источн. (171 отеч., 10 иностр.). Защ. в июне 1952 г. в Ашхабадском мед. Ин-те.

Целью работы было исследовать комплексность брюшнотифозного бактериофага производства Таджикского института эпидемиологии, микробиологии и санитарии и дать характеристику составляющих его чистых линий. Одновременно было проведено фаготипирование выделенных в г. Душанбе штаммов брюшнотифозной палочки для сопоставления соответствия состава выпускаемого институтом фага с типами брюшнотифозных бактерий, циркулирующих в Душанбе. В процессе работы автор столкнулся с явлением лизогенности некоторых брюшнотифозных культур, что побудило включить в исследование фаги, выделенные из них.

Для выявления отдельных чистых линий составляющих комплексный препарат бактериофага были использованы морфологические, серологические и функциональные различия их. Выделение чистых линий было начато с отбора различных по морфологии стерильных пятен, полученных при высеве разных разведений серии № 4 поливалентности брюшнотифозного выпуска 4/V-1947 г. бактериофага на музейных культурах брюшного тифа 0—901, Н—901, Батнагар и местном штамме № 14.

Непосредственным отсевом стерильных пятен удалось выделить три типа или чистых линий брюшнотифозного бактериофага — Vi, II и III. При изучении вторичных культур обнаружилось наличие IV типа и в опыте нейтрализации поливалентного брюшнотифозного бактериофага смесью антифаговых сывороток был выявлен V тип фага.

В дальнейшем изучались свойства выделенных чистых линий брюшнотифозного бактериофага: их титр на жидких и плотных средах, активность в отношении разных фаз диссоциации тифозных палочек, антигенные и функциональные свойства, отношение к инактивирующему действию метиленовой сини, вирулентность, диапазон и специфичность действия.

На основании проведенной работы были сделаны следующие выводы:

1. Поливалентный брюшнотифозный бактериофаг, выпускавшийся ТИЭМС, является комплексным препаратом. В его составе обнаружено пять чистых линий: Vi, II, III, IV, V;

2. Среди выделенных чистых линий брюшнотифозного бактериофага можно выделить две различные группы — специфический бактериофаг и неспецифический, т. н., О-фаги;

3. Местом атаки Vi-фага является Vi-антиген брюшнотифозной палочки; точкой приложения О-фагов — какой-то иной компонент микробной клетки, но не О-(IX) антиген;

4. Выделенные чистые линии брюшнотифозного бактериофага различаются по морфологии негативных колоний, по функциональным и серологическим свойствам, диапазону их действия, вирулентности и по способу выделения их из производственного препарата бактериофага;

5. Штамм Батнагар (VI—I) обладает лизогенностью. Фаг,

выделенный из этого штамма, отличен от изученных типов тифозного фага;

6. В Душанбе выделено 17 фаготипов брюшнотифозных культур, из которых преобладающими являются: F_1—21%, F_2—11,6%, T—9,1% и A—7,6%. Выявленный в Душанбе тип T вообще мало распространен и, по данным советских исследователей, не встречался в СССР;

7. Изучение свойств чистых линий, на которые удалось разделить производственный препарат брюшнотифозного фага, с одной стороны, и фаготипирование выделенных в Душанбе штаммов брюшнотифозной палочки, с другой, позволили наметить рациональный состав поливалентного брюшнотифозного фага для профилактики и лечения брюшного тифа в Душанбе.

---

41. ДАУДОВА Г. М.

оконч. Таджикский мед. ин-т в 1943 г., дисс. канд.

ОБ ИЗМЕНЕНИЯХ НЕКОТОРЫХ СТОРОН ОБМЕНА ВЕЩЕСТВ В ПЕЧЕНИ ПОСЛЕ ЕЕ ДЕНЕРВАЦИИ

1 том, 162 стр., в лит. указат. 143 источн. (58 отеч., 85 иностр.).
Защ. в декабре 1952 г. в ИЭМ (Ленинград)

В работе произведена попытка изучения механизма влияния нервной системы на состояние обменных процессов в печени. С этой целью изучалось влияние денервации печени на некоторые показатели фосфорно-углеводного и жирового обмена в печени. В части опытов изучены те же показатели обмена на фоне повышенного сахарообразования при экспериментальном панкреатическом диабете у животных с предварительно денервированной печенью. Контролем явилось изучение тех же тестов в диабетической печени с интактной нервной системой. Опыты проводились на собаках и кошках.

Опыты показали, что денервация печени не оказывала заметного влияния на характер гликемических кривых после нагрузки глюкозой или после подкожного введения животным инсулина на фоне углеводной нагрузки.

Гликемические кривые после подкожной инъекции животным больших доз адреналина (0,25 мл разведения 1:1000) шли на том же, а в ряде случаев даже на более высоком уровне, чем у тех же животных до денервации печени. Это свидетельствовало о стимуляции адреналином сахарообразования в денервированной печени путем непосредственного воздействия его на клетки печени.

При изучении гликемических кривых после введения адреналина обычно принято учитывать лишь окончательный эффект действия адреналина — величину сахарообразования, без учёта возможного влияния нервной системы на характер изменений гликогенолиза. С целью выяснения этого вопроса исследовалась способность печени (до и после денервации) к образованию редуцирующих фосфорно-органических соединений. Результаты опытов показали, что денервация печени вела к снижению активности терментных систем печени, катализирующих образование гексозомонофосфатов. Иначе говоря, нервная система оказывала стимулирующее влияние на фосфоролитический способ расщепления гликогена.

Автор предполагает, что отсутствие снижения сахарообразования в денервированной печени под влиянием адреналина объясняется стимулирующим действием этого гормона на гликонеогенез. Это предположение нашло свое подтверждение в установлении факта отсутствия или резкого снижения накопления жира, и значительного содержания гликогена (до 1,4%) в денервированной печени после удаления у животных поджелудочной железы.

---

42. КАСИМОВА З. С.

оконч. Ташкентский мед. ин-т в 1941 г., дисс. канд.

ЭНДЕМИЧЕСКИЙ ЗОБ СРЕДНЕГО УРАЛА

3 тома, 193 стр. в лит. указат. 142 источн. (122 отечеств. и 20 иностр.).
Защ. в феврале 1953 г. в Институте терапии АМН СССР (Москва)

Автор поставил перед собой задачу изучить распространенность и особенность клинической картины эндемического зоба в одном из районов Свердловской области. Частью работы являлось ведение массовой противозобной йодной профилактики, охватывающей все население обследованного района. Исследование йодного обмена у части больных проводилось с помощью метода «меченых» атомов» с применением радиоизотопа J^{131}. С целью выяснения особенностей углеводного обмена у больных с различными клиническими формами зоба изучалась гликемическая кривая. Сахар в крови определялся по методу Хагедорна — Иенсена.

На основании данных статистического и клинического материала представилось возможным сделать следующие выводы:

1. Шалинский район Свердловской области является энде-

мическим очагом, где увеличение щитовидной железы у населения составляет 59,6%.

2. Наибольшее количество случаев с I—V степенью увеличения щитовидной железы отмечено в северо-западной зоне (77,8%), истинный зоб — в восточной зоне (13,6%).

3. Пораженность зобом среди женщин значительно выше, чем среди мужчин; половой индекс — 1:6. Истинный зоб у женщин составляет 6,3%, у мужчин — 1,3%.

4. В общем статистическом материале диффузные формы зоба значительно преобладают (88%) над узловыми и смешанными формами — 12%.

5. Количество эйтиреоидных форм в обследованном районе меньше (51,4%), чем в других эндемических очагах, где % эйтиреоидных форм колеблется от 70 до 90.

6. Больные с эйтиреоидной формой зоба были без явных нарушений функций щитовидной железы и клинически характеризовались только увеличением щитовидной железы. Гликемические кривые у больных этой группы ничего патологического не представляли. Процент поглощения щитовидной железой введенного радиоактивного йода колебался от 11,5 до 13.

7. Высок % гипертиреоидных форм эндемического зоба (29). У больных этой группы эндемический зоб протекал с повышением функции щитовидной железы. При гипертиреозе получены двухвершинные гликемические кривые с отсутствием гипергликемической фазы. Процент йода, фиксированного щитовидной железой, колебался от 20 до 23.

8. Процент случаев с гипофункциональными нарушениями щитовидной железы небольшой — 6,7.

9. Дистиреоидные формы эндемического зоба составляли довольно большой % — 12,9. У больных этой группы наблюдалось сочетание субъективных и объективных данных, характерных как для гипо-, так и для гипертиреоза.

10. Для эндемии зоба Шалинского района характерным клиническим проявлением являлось преобладание гипертиреоидного фона.

11. Кретинизм был отмечен в одном случае.

Учитывая наличие зобной эндемии и отсутствие противозобной йодной профилактики в обследуемом районе, автором перед советскими и партийными организациями Шалинского района и Свердловской области был поставлен вопрос о введении массовой противозобной йодной профилактики путем йодирования поваренной соли, поступающей в пищу населения района. Кустарному методу йодирования соли был обучен персонал торговых организаций и медицинский персонал района.

---

43. ЛЕВИНА Г. Е.

окончила ГИМЗ в Ленинграде в 1929 г., дисс. канд.

КОМАТОЗНАЯ МАЛЯРИЯ У ДЕТЕЙ (НЕКОТОРЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ И ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ)

1 том, 238 стр., в лит указ. 227 источн. (201 отечеств. и 26 иностр.).
Защ. в марте 1953 г. в Таджикском мед. ин-те.

Злокачественные формы малярии у детей мало изучены. Автор выделяет три вида церебральной (злокачественной) формы малярии у детей: 1) злокачественная церебральная тропическая малярия или «коматозная малярия», которая и изучалась в настоящей работе; 2) злокачественная молниеносная трехдневная малярия; 3) эклямптическая форма, вызываемая разными видами паразитов малярии.

Коматозная форма малярии была изучена у 113 детей, в возрасте от двух до четырнадцати лет. У всех детей в крови были обнаружены паразиты только тропической малярии. Коматозная форма малярии наблюдалась тем чаще, чем больше было заболеваний тропической малярией среди населения; она встречалась одинаково часто как у местных, так и у приезжих детей. Чаще заболевали дети, живущие на окраинах города, около водоемов. Заболевание выявлялось только в летне-осенние месяцы (с июля по январь) чаще всего — в сентябре. Обычно коматозная малярия развивалась при свежих формах малярии; длительность предшествующей малярии была от нескольких дней до двух месяцев. Мальчики болели чаще, чем девочки (соответственно: 71 и 42 реб.). Преобладало нормальное состояние питания детей. Главнейшим моментом, способствующим возникновению коматозной формы, следует считать отсутствие или недостаточное лечение малярии.

Ведущим клиническим признаком коматозной малярии являлась внезапная потеря сознания степени сомноленции, сопора или комы. Длительность потери сознания колебалось от нескольких часов до 7 суток. У всех выздоровевших детей длительность потери сознания была более короткой, чем у умерших. Прогностически неблагоприятным являлась степень потери сознания в виде комы, а также длительность потери сознания дольше четырех суток. Кроме того наблюдались многочисленные неврологические синдромы: судороги (значительно чаще, чем у взрослых), тризм, адинамия, иногда двигательное возбуждение, каталепсия, нистагм, легкий парез мышц лица, птоз, атаксия, энцефалические и менин-

геальные симптомы (без патологического изменения спинно-мозговой жидкости. По выздоровлении все эти симптомы всегда бесследно исчезали. Кожа всегда бледная с серым оттенком. Температура при наступлении потери сознания не всегда была повышенной, что соответствует циклу развития паразитов тропической малярии (М. В. Войно-Ясенецкий). Патогенез коматозной малярии объясняет все эти симптомы, так как в основе лежит нарушение кровообращения в головном мозгу, вследствие паразитарных стазов в мозговых капиллярах. При тяжелом течении тропической коматозной малярии, в крови наблюдался лейкоцитоз с нейтрофилезом. Прояснение сознания сопровождалось лейкопенией с нейтропенией. Анемия зависела от длительности предшествующей малярии. Селезенка прощупывалась в 83,3% наблюдений. Непрощупываемая при жизни селезенка, на секции всегда оказывалась увеличенной, но мягкой. Выздоровление после коматозной малярии всегда полное.

Профилактическим мероприятием является правильное лечение малярии. Лечение коматозной малярии было экстренным и энергичным: вводилось полуторасуточное и даже двухсуточное количество противомалярийных препаратов в сочетании с внутривенным введением глюкозы, витаминов, физиологического раствора, кальция, уротропина. При анемии — переливание крови.

Летальность от коматозной малярии по материалам автора была 19%. С исчезновением тропической малярии прекращается и коматозная ее форма, которую правильнее следует называть злокачественной церебральной тропической малярией.

---

44. ЛОКШИНА Е. Г.

оконч. Ростовский н/Д мед. ин-т в 1939 г., дисс. канд.

КОМПЛЕКСНЫЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА

1 том, 170 стр., в лит. указ. 284 источн. (222 отечеств. и 62 иностр.).
Защ. в марте 1953 г. в Таджикском мед. ин-те.

Гематогенный остеомиелит по своей частоте, тяжести течения, высокой смертности и большому количеству серьезных и разнообразных осложнений представляет актуальную проблему. Наибольшие трудности и до настоящего времени при остром гематогенном остеомиелите представляет вопрос борьбы с общим инфекционным процессом. При хронической форме трудно достичь полного излечения заболевания без

рецидивов. Спорным является вопрос о способе заполнения костной полости с целью быстрого замещения дефекта.

Автором была поставлена задача выработать наиболее эффективный метод лечения острого и, особенно, хронического гематогенного остеомиелита и проверить этот метод изучением непосредственных и отдаленных результатов. В результате более чем пятилетней работы (1946—1952 гг.) предложен комплексный метод лечения острых и хронических форм гематогенного остеомиелита, который включает наиболее щадящие формы операций, применение пенициллина, использование крови для заполнения костной полости и систему общего воздействия на организм больного. Клинические исследования автора представлены в виде анализа результатов лечения 142 больных острым и хроническим гематогенным остеомиелитом различной локализации.

Установлено, что рано начатое лечение острого гематогенного остеомиелита пенициллином в ряде случаев предотвращает оперативное вмешательство и, в большинстве случаев; предупреждает переход в хронический и рецидивирующий остеомиелит. Периостотомия может считаться операцией выбора в любом возрасте больного. В отдельных случаях можно ограничиться ранней пункцией гнойника с последующим введением пенициллина.

При хронических формах остеомиелита автором предложена секвестрэктомия с тампонадой костной полости кровяным сгустком в смеси с пенициллином и глухим швом раны.

Изучение сравнительных данных результатов лечения гематогенного остеомиелита в клинике госпитальной хирургии за семь лет до применения комплексного метода и за пять последующих лет работы убеждает в явных преимуществах последнего метода. Эти преимущества выразились в следующем: 1) при остром остеомиелите летальность уменьшилась в 3 раза: 2) при хроническом остеомиелите летальность с 3—4% доведена до нуля; 3) первичное заживление раны при операциях с глухим швом достигнуто в 93,1% случаев, в то время как раньше первичное заживление вовсе не отмечалось; 4) среднее количество койко-дней при острых формах уменьшалось с 45 до 25, а при хроническом с 42 до 28; 5) послеоперационные дефекты кости полностью возмещались в течение полутора-двух лет у взрослых больных и через 8—9 месяцев у детей.

Изучение отдаленных результатов лечения гематогенного

остеомиелита комплексным методом показало хорошие исходы лечения. Все лечебные мероприятия, входящие в комплекс, просты и доступны в условиях работы любого хирургического отделения. Достигнув этим способом хороших клинических результатов, автор рекомендует его для широкого применения.

---

45. ПУЛАТОВА, М. Т.

оконч. Таджикский мед. ин-т в 1949 г., дисс. канд.

МАТЕРИАЛЫ К ВОПРОСУ О ЛЕЧЕНИИ ИНФИЦИРОВАННОГО ВЫКИДЫША

1 том, 1959 стр., в лит. указ. 168 источн. (149 отечеств. и 19 иностр.). Защ. в марте 1953 г. в Таджикском мед. ин-те.

Работа представляет собой опыт клинического анализа результатов лечения больных с внебольничными выкидышами, наблюдавшихся в течение ряда лет в акушерско-гинекологической клинике Таджикского госмединститута.

Опубликованные в последние десятилетия работы отечественных авторов показывают, что при выкидышах с распространением инфекции за пределы матки всеми применяется выжидательно-активная, либо консервативная терапия. Дискуссионными остаются методы лечения инфицированных выкидышей с локализацией инфекции в пределах матки. В введении этой наиболее многочисленной группы выкидышей, составляющей около 80—85% всех лихорадочных выкидышей, нет единства. Почти в одинаковом соотношении представлены авторы, придерживающиеся, одни — активного, другие — выжидательно-активного метода.

Для клинико-статистического исследования, посвященного анализу результатов лечения инфицированных выкидышей, были подвергнуты разработке 4975 историй болезни. Присоединяясь к мнению Л. И. Бубличенко, автор считал инфицированной всякую, поступающую извне больную с выкидышем, даже при нормальной температуре. Однако, учитывая, что степень повышения температуры является, как известно, практически одним из наиболее доступных (хотя и непостоянных) показателей инфекции, в группу инфицированных выкидышей автором были включены больные, поступившие с температурой выше 37°. Из общего числа изученных больных, лихорадочных выкидышей оказалось 2133 (42,88%), в том числе с температурой до 38°—58,1%, свыше 38° — 41,9%. 1000 больных отобрано в качестве контрольной группы с нормальной температурой.

В группе лихорадочных выкидышей на однородных больных с (локализацией инфекции в пределах матки) было проведено сопоставление результатов активного (1363 женщины) и выжидательно-активного (520 чел.) методов терапии. Сопоставление результатов, полученных при активной и выжидательно-активной терапии, показало, что процент выздоровевших и умерших в обеих группах был почти одинаков. Следует однако оговориться, что оценка активного метода была сделана на более чем вдвое большем числе больных, чем выжидательного.

Средняя продолжительность пребывания на койке при активном методе была почти в 2 раза меньше, чем при выжидательном. Число осложнений ко всем выкидышам (4975) составляло 5,26%, по отношению к числу лихорадочных выкидышей (2133) — 12,28%. Из общего числа 262 больных с осложнениями у 123 анатомические изменения были установлены еще при поступлении в стационар; у 139 больных осложнения возникали в процессе лечения. При этом у больных, подвергавшихся активной терапии, осложнения наблюдались в 62 случаях, а при выжидательно-активном методе в 44 случаях.

Таким образом, при активном методе сокращается период выздоровления, что имеет важное значение в деле восстановления трудоспособности больных; снижается и число послеабортных осложнений.

Результаты работы привели автора к следующим выводам:

1. Методом выбора при лечении лихорадочного выкидыша (с локализацией инфекции в пределах матки) является активная терапия с учётом общего состояния больных и строгой индивидуализацией каждого случая. Инструментальное опорожнение полости матки производится вне зависимости от степени повышения температуры. Активное вмешательство, как правило, сочетается с общим лечением больных (пенициллинотерапия, сульфонамиды, глюкоза, гемотрансфузии и т. д.). При выкидышах с локализацией инфекции за пределами матки показано консервативное, либо выжидательно-активное лечение.

2. Картина крови при инфицированном выкидыше определяется общим состоянием больной и характером послеабортного заболевания. Значительно выраженные гемоморфологические сдвиги наблюдаются преимущественно при выкидышах с локализацией инфекции за пределами матки и особенно при общесептических заболеваниях. В ряде случаев отмечаются лейкопения, моноцитопения и анэозинофилия, свидетельствующие об угнетении реактивности организма.

3. Фагоцитарно-опсоническая реакция оказывается пониженной при инфицированных выкидышах у 62,1% больных. Более выраженное уменьшение опсоно-фагоцитарного индекса обнаруживается при обширном распространении инфекции (локализованной за пределами матки и общесептических заболеваниях).

4. Коэффициент кожной пробы Кавецкого варинрует в зависимости от общего состояния организма и характера патологического процесса. При тяжело протекающих послеабортных заболеваниях коэффициент кожной пробы снижается до 7,0—5,0.

5. Бактериологическое исследование крови больных с инфицированными выкидышами, а также бактериологические исследования влагалищных выделений большого значения для целей диагноза и прогноза не имеют.

Вопрос о лечении инфицированных выкидышей с локализацией в пределах матки, по мнению автора, подлежит пересмотру. При этих формах лихорадочных выкидышей автор дает препочтение активному методу—осторожному выскабливанию тупой кюреткой.

---

46. РАХМАТОВ Б. Р.

окончил Самаркандский мед. ин-т в 1945 г., дисс. канд.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ТУБЕРКУЛЕЗОМ КОЖИ В ТАДЖИКИСТАНЕ И НЕПОСРЕДСТВЕННАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТКАНЕВОЙ Д-ВИТАМИННОЙ ТЕРАПИИ ТУБЕРКУЛЕЗА КОЖИ

I том, 262 стр., в лит. указ. 352 источн. (325 отечеств. и 27 иностр.)

Защ. в марте 1953 г. в Самаркандском мед. ин-те.

Анализ литературных и собственных данных по вопросу о распространенности кожного туберкулеза среди населения Таджикской ССР позволяет сделать вывод, что истинный туберкулез кожи и, в частности, туберкулезная волчанка, среди коренного населения встречается редко; несколько чаще регистрируются больные со вторичной скрофулодермой. По ходу работы была применена тканевая терапия у 94 больных, причем экстракт алоэ по Филатову у 32 больных, подсадки кожи по Гарину — у 21, подсадки плаценты по Краузе — у 31 и подсадки селезенки по Румянцеву у 10 больных.

При применении любого из перечисленных видов тканевой

терапии благоприятный эффект был отмечен в общем у 79 больных, из них у 9 было отмечено клиническое выздоровление, у 26 — резкое улучшение и у 44 — улучшение; отсутствие терапевтического эффекта — у 15 больных. Лучший терапевтический эффект как в отношении общего состояния больного, так и в отношении очаговых поражений кожи дали инъекции экстракта алоэ, наиболее слабый — при применении подсадки кожи по Гарину. Констатируя благоприятный в той или иной степени эффект тканевой терапии, автор приходит к выводу, что этот метод может найти применение в общем комплексе терапевтических мероприятий при туберкулезе кожи.

Спиртовый раствор витамина $Д_2$ был применен для лечения 115 больных (туберкулезная волчанка — 27, скрофулодерма — 60, другие формы туберкулеза кожи — 8 и туберкулезный лимфаденит — 20 больных). Средняя суточная доза витамина $Д_2$ была 100 тыс. единиц. Общая продолжительность лечения — в среднем 4—6 месяцев.

Подводя итоги лечения больных туберкулезом кожи и желез витамином $Д_2$, автор отмечает гораздо большую эффективность этого вида лечения по сравнению с тканевой терапией. Терапевтический эффект при $Д_2$ — витаминной терапии у большинства больных уже вполне выражен к концу 4-го месяца лечения, причем у 55 (48%) больных — клиническое выздоравление, у 37 (32%) — резкое улучшение, у 19 (17%) — улучшение и у 4 (3%) — отсутствие терапевтического эффекта. У больных туберкулезной волчанкой терапевтический эффект был лучше, чем у больных скрофулодермой.

С целью выяснения, насколько клиническое выздоровление совпадает с анатомическим, автор изучил у 15 больных гистологию кожи пораженных участков, биопсированных в разные сроки после начала лечения витамином $Д_2$. При этом выяснилось, что даже в случаях клинического выздоровления может не наступить полное обратное развитие гистопатологического процесса. Вместе с тем, при изучении всех гистологических препаратов можно было отметить, что при лечении витамином $Д_2$ в очагах поражения наступает активизация соединительной ткани, разрастание кровеносных сосудов. Все это характеризует благоприятную реакцию организма при $Д_2$ — витаминной терапии.

Эксперименты, проведенные над 35 морскими свинками, показали, что благоприятный терапевтический эффект, наблюдаемый при $Д_2$ — витаминной терапии, обусловлен его дей-

ствием не непосредственно на туберкулезную палочку, а на макроорганизм.

Автор приходит к заключению, что $Д_2$ — витаминная терапия является наиболее эффективным методом лечения туберкулезных поражений кожи и желез.

---

47. КАРИМОВА, К. К.

оконч. Таджикский мед. ин-т в 1943 г., дисс. канд.

СРАВНИТЕЛЬНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ПО ГЛИСТНОЙ ЗАРАЖЕННОСТИ НЕКОТОРЫХ КОЛХОЗОВ ТАДЖИКИСТАНА И ВОПРОСЫ ПРОФИЛАКТИКИ В НИХ

I том, 136 стр., в лит. указат. 87 источн. (все отеч.). Защ. в мае 1953 г. в Ленинградском санитарно-гигиеническом институте.

Задачей настоящего исследования было выяснение в эпидемиологическом освещении глистной зараженности населения двух колхозов Кокташского района. Оба эти пункта различаются между собой как в культурно-экономическом отношении, так и по бытовым условиям населения; учет этих различий при эпидемиологическом анализе глистных инвазий имел большое значение.

Сравнительное исследование этих двух колхозов показало насколько улучшение культурных условий влияет на уменьшение глистной зараженности; изучение же бытовых условий как фона, благодаря особенностям которого развиваются глистные инвазии, показало на чем конкретно должна быть построена рациональная профилактика и борьба с гельминтозами населения в таких районах, как Кокташский.

Гельминтологическому обследованию подвергались колхозники, служащие, школьники и дошкольники. Обследование проводилось методом просмотра нативного препарата и обработкой по методу Фюллеборна; кроме того применялся метод соскоба перианальной области и исследование подногтевых пространств и ногтей. Общее число обследованных по обоим колхозам составило 2006 человек; глистоносителями оказались 867 (43,22%). Аскаридоз среди населения распространен больше, чем другие гельминтозы. Обследование показало, что в летние месяцы число глистоносителей больше, чем в весенние и зимние месяцы. Заражение происходит в основном весной.

Для выявления источников заражения населения глистами был произведен ряд специальных исследований (исследование пыли, почвы, воды, овощей и фруктов).

Основным источником распространения паразитических червей, цикл развития которых протекает без промежуточного хозяина, является верхний слой почвы, в котором находятся их яйца, которые развиваются там до инвазионной стадии. Почва огородов и дворов, а также арыка загрязняется из-за отсутствии уборных во многих дворах. На степень загрязнения почвы огородов яйцами глист также влияет способ удобрения почвы фекалиями.

Проведенные исследования овощей и фруктов на яйца глист еще раз доказали, что употребляемые для пищи овощи и фрукты в сыром, немытом виде и часто загрязненные яйцами гельминтов являются источником заражения людей.

Основным источником заражения воды в арыках яйцами глист является также само население. Санитарно-гигиенические условия, бытовые навыки населения и санитарное состояние окружающей среды имеют решающее значение для распространения аскаридоза, гименолепидоза и трихоцефалеза среди населения как обследованных кишлаков, так и в Таджикистане в целом.

Для снижения степени зараженности паразитическими червями в обследованном районе (так же как и в других местах) главную роль играет, с одной стороны, предохранение человека от попадания в него яиц паразитов из различных источников нахождения их во внешней среде; с другой стороны, основной задачей является предохранение внешней среды от заражения яйцами паразитических червей, рассеиваемых зараженными людьми. Для успешного осуществления этого необходимо систематическое и планомерное изучение гельминтологии в республике и проведение мер личной и общественной профилактики.

---

48. СЕИТ-УМЕРОВ С. М.

оконч. Таджикский мед. ин-т в 1944 г., дисс. канд.

ЭКСТРАДУРАЛЬНАЯ (ПЕРИДУРАЛЬНАЯ) АНЕСТЕЗИЯ

I том, 264 стр. Защ. в октябре 1953 г. в Таджикском мед. институте.

Несмотря на 30 с лишним лет своей истории, экстрадуральная анестезия не получила сколько-нибудь значительного распространения.

В интересах более детальной разработки данного метода

обезболивания автором на 35 трупах была изучена анатомия экстрадурального канала, что дало возможность получить следующие данные: 1. Вместимость экстрадурального канала, даже у детей, сравнительно большая (у взрослых в среднем 150 мл). 2. Проникновение жидкости из поясничного отдела экстрадурального пространства в крестцовый канал в достаточном количестве возможно только при введении жидкости между IV—V поясничными позвонками в сидячем положении. 3. Жидкость, введенная в крестцовый канал, сравнительно легко распространяется вверх по экстрадуральному пространству. 4. Жидкость, выходя через межпозвоночные отверстия, распространяется параневрально.

Во второй, клинической части диссертации автор провел экстрадуральную анестезию у 274 больных в возрасте от 14 до 76 лет. У 132 больных в начале работы экстрадуральная анестезия была проведена с применением 0,75 — 1% раствора новокаина в количестве 60—80 мл, при этом в 12,9% были частичные и полные неудачи. У 142 больных был применен раствор дикаина 3 : 1000 в количестве от 18 до 38 мл с прибавлением раствора адреналина 1:1000 из расчета 1 мл на 5 мл анестез. раствора. Полных и частичных неудач было 7,7%. Применение дикаина дало более полную и продолжительную (до 5—6 часов) анестезию, тогда как при применении новокаина анестезия длилась 1,5—2 часа.

Методика экстрадуральной анестезии несколько сложнее, чем спинно-мозговой анестезии. Необходимо провести иглу до желтой связки и дальнейшее продвижение иглы производится под контролем шприца; при этом жидкость начинает вытекать из шприца только после прохождения кончика иглы через желтую связку. После этого надо ввести не все предназначенное количество жидкости, а только ту часть, которая необходима для получения спинно-мозговой анестезии. Спустя 5 минут, при отсутствии признаков наступающей спинно-мозговой анестезии, можно ввести основную часть анестезирующей жидкости. Анестезия в среднем наступает через 20 минут.

Таким образом, экстрадуральная анестезия является ценным физиологическим методом обезболивания, действующим как обширная паравертебральная лечебная блокада и должна найти широкое применение в хирургической практике. Она является сегментарной анестезией, безопасна при соблюдении правил ее техники и дает возможность безболезненно оперировать на органах живота, малого таза, промежности и нижних конечностях.

Когда верхний уровень ее достигает до уровня сосков (V грудной сегмент), как правило экстрадуральная анестезия дает снижение кровяного давления в среднем не более 5—

10 мм рт. столба; распространение анестезии выше этого уровня вызывает падение кровяного давления до 20 мм рт. столба и более. Поэтому блокирование первых 3—4 грудных сегментов нежелательно.

---

49. РАСУЛОВ М. Я.

оконч. Таджикский мед. ин-т в 1943 г., дисс. канд.

НЕРВНЫЙ МЕХАНИЗМ РЕГУЛЯЦИИ ДИУРЕЗА ПАТОЛОГИЧЕСКИ ИЗМЕНЕННЫХ ПОЧЕК

1 том, 198 стр., в лит. указат. 252 источн. (216 отечеств. и 36 иностр.). Защ. в ноябре 1953 г., в АМН СССР (г. Москва).

Диссертация посвящена изучению роли рефлекторных механизмов в изменении и восстановлении диуреза при органическом поражении почек. Работа проводилась на собаках в условиях хронического эксперимента.

У собак с выведенными по способу Павлова-Орбели на брюшную стенку мочеточниками и выведенными под кожу спины почками вызывалось ограниченное повреждение почек введением шприцом в почечную ткань горячего физраствора. Полученный таким путем патологический процесс являлся моделью так называемого асептического очагового нефрита. Изучались динамика диуреза и состав мочи.

Были поставлены 3 группы экспериментов, состоящих из 9 серий опытов.

В первой группе изучалось изменение и восстановление «спонтанного» диуреза при повреждении обеих почек: (1 серия), одной почки (II серия) и единственной почки, оставшейся после нарочито произведенной односторонней нефрэктомии (III серия).

Во второй группе опытов, состоящих из 3 серий, выяснялось изменение и восстановление диуреза на фоне функциональной нагрузки при повреждении обеих почек (1 серия), одной из них (II серия) и единственной почки (III серия).

Третья группа экспериментов была посвящена изучению общих механизмов регуляции диуреза патологически измененных почек. Здесь были поставлены 3 серии опытов, в которых изучалась реакция денервированной почки на ограниченное повреждение (I серия), реакция поврежденных почек на электрокожное болевое раздражение (II серия) и реакция поврежденных почек на условно болевое электрокожное раздражение (III серия).

Исследования показали, что при нанесении ограниченного термического повреждения почек наступали не только

морфо-функциональные изменения в поврежденных почках, но и изменения функционального состояния всего организма, выражавшиеся рядом реакций компенсаторного характера. Так, при повреждении одной почки имела место полиурия как со стороны поврежденной, так и со стороны интактной почки. При этом, в первый день концентрационная способность поврежденной почки резко падала при одновременном усилении ее выделительной функции. Наряду с этим, со стороны интактной почки отмечалась небольшая полиурия при резком усилении ее соле- и мочевиновыделительной функции. В этом факте переплелись два процесса — процесс нарушения функций почек и процесс компенсации организмом нарушенных функций. Здесь отчетливо выявилось значение парного органа в осуществлении компенсаторных реакций. В случае одновременного повреждения обеих почек компенсаторная способность проявилась полиурией, благодаря чему поддерживался необходимый уровень выделения мочевины и солей. Повреждение солитарной почки не вызывало полиурии и приводило к ослаблению соле- и мочевиновыделительной функции.

Полученные в этих опытах данные не укладывались в рамки представления об исключительной зависимости функциональных изменений только от структурных нарушений в почках. Возникло предположение, что в основе изучаемых процессов лежат рефлекторные механизмы. Проведенный модельный опыт подтвердил это предположение. Поднимая давление в одной из почечных лоханок скоплением мочи, нарочито вызванным закупоркой мочеточника введением в него баллончика-обтуратора, можно было отметить компенсаторную полиурию со стороны контрлатеральной почки. Тот же эксперимент в условиях денервации не приводил к указанному эффекту. Этим было выявлено, что в основе взаимосвязанного функционирования почек лежат нервно-рефлекторные механизмы. Отсюда можно было сделать вывод, что функциональные изменения, возникающие в результате повреждения почки, определяются прежде всего функциональным состоянием нервных ее приборов.

Последний вывод нашел свое подтверждение и в опытах, где повреждение почек производилось на фоне изменения функционального состояния регуляторных механизмов дачей водной нагрузки. При повреждении обеих почек, одной из них или единственной почки на фоне водной нагрузки, было отмечено отсутствие компенсаторной полиурии, наблюдавшейся при повреждении почек на фоне «спонтанного» диуреза. При повреждении солитарной почки имело место даже снижение диуреза, восстановление которого наступало в более отдаленные сроки. Эти опыты также показали, что функциональной нагрузкой можно выявить диапазон компенсаторной возможности организма в условиях повреждения почек. Этот факт имеет не только теоретическое значение, но и представляет клинический интерес, ставя вопрос о необходимости индивидуального «дозирования» функциональных нагрузок.

Значение рефлекторных механизмов в регуляции деятельности поврежденных почек выявилось также при изучении феномена условно- и безусловнорефлекторной болевой анурии. Из этих опытов было видно, что при одновременном действии двух противоположных по конечному эффекту раздражителей (повреждение почек—полиурия, болевое раздражение—анурия) подкреплялся эффект от сильного раздражителя. Иными словами, здесь отчетливо выступали явления, подчиняющиеся принципу доминанты, или «второго удара». Опыты с изучением феномена условно-рефлекторной анурии на фоне повреждения почек выявили, что раздражения из патологического очага в почке распространяются и на высшие отделы мозга, изменяя их функциональное состояние. Восстановление как безусловно, так и условно болевой анурии при повреждении почек опережало восстановление морфо-функциональных изменений поврежденных почек. Это, очевидно, свидетельствует об активном участии нервной системы и ее высших отделов в приспособительных реакциях, в процессах компенсации морфо-функциональных нарушений почек, вызванных чрезвычайным раздражителем.

Проведенное исследование, вскрывая нервные механизмы регуляции диуреза патологически измененных почек, и уточняя некоторые стороны генеза расстройств функций почек, дает возможность оценить влияние нервной системы в процессах компенсации, проявляющихся в восстановлении функций почек.

---

50. ХВАН Л. М.

окончил Таджикский мед. ин-т в 1943 г., канд.

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЯПОНСКОГО ЭНЦЕФАЛИТА В ПЕРИОД ВОССТАНОВЛЕНИЯ И ОСТАТОЧНЫХ ЯВЛЕНИЙ

1 печ. лист. 2½ стр., 0 лит. указ. 130 источн. ((113 отечеств., 17 иностр.)).

Защ. в ноябре 1953 г. в АМН СССР (Москва).

Материалом для настоящей работы послужили результаты изучения случаев заболевания японским энцефалитом в эпидемический сезон 1946 и 1947 гг. Всего было обследовано

153 чел., из них 14 чел. в остром периоде, 139 чел. в восстановительном и резидуальном периоде. Клиническая картина острого периода японского энцефалита у наблюдавшихся больных характеризовалась общемозговыми, менингеальными и очаговыми симптомами. Заболевание начиналось остро и внезапно высокой температурой, которая держалась в течение 5—7 дней. Почти у всех больных наблюдалось нарушение сознания от легкой спутанности до коматозного состояния или делириозного состояния с двигательными беспокойствами. Из черепно-мозговых нервов чаще страдали VII, X, IX, XII пары нервов. У всех больных отмечалось повышение мышечного тонуса, которое в единичных случаях достигало степени деференционной ригидности. Сухожильные рефлексы были повышены. Патологические рефлексы были непостоянными. У ряда больных имели место разнообразные вегетативные растройства. Исследование спинно-мозговой жидкости показало цитоз, клеточно-белковую диссоциацию.

Дальнейшие наблюдения за переболевшими японским энцефалитом показали, что в восстановительном и резидуальном периодах имеется большой полиморфизм неврологических симптомов. Продолжительность восстановительного периода зависела от тяжести болезни, локализации процесса и всякого рода осложнений вследствие присоединения вторичной инфекции. Через 2—3 недели от начала болезни больные становились более активными, появлялся интерес к окружающему, исчезало головокружение, появлялся аппетит, уменьшалась адинамия и апатия. Однако у ряда больных держалась повышенная утомляемость, рассеянность, снижение памяти и внимания. В клинической картине психических расстройств в этом периоде доминировали явления неврастении. Психозы и психотические состояния были редки. Нарушения со стороны двигательной сферы, ясно выраженные в остром периоде, с падением температуры восстанавливались и в некоторых случаях исчезали бесследно. У большинства больных были выражены вегетативные изменения. ЭКГ указывала на выраженное изменение миокарда. Со стороны внутренних органов изменения не представляли чего-либо характерного для данного заболевания. Спинномозговая жидкость в период восстановления характеризовалась увеличением белка и выраженным плеоцитозом.

На основании клинического материала были выделены 6 клинических синдромов: а) неврастенический — 60%), б) менингеальный — (18. 4%), в) менинго-энцефалитический синдром — (7,2%), г) бульбарный — (4%), д) амиостатический (5,6%) и е) атактический синдром — (4,8%).

Результаты повторного обследования больных в разные

сроки от 6-ти месяцев до 2-х лет от начала болезни показали, что данное заболевание давало те или иные остаточные явления. Характерным для японского энцефалита являлось отсутствие хронической стадии паркинсонизма.

Проводилась как симптоматическая, так и специфическая терапия (сыворотка реконвалесцентов и гипериммунная лошадиная сыворотка). В восстановительном периоде и периоде остаточных явлений применялась общеукрепляющая терапия, медикаментозное и физиотерапевтическое лечение. Больные после острого периода должны соблюдать постельный режим в течение 2—3 недель и находиться в стационаре от 2 до 3 месяцев .

---

51. ИСЕТОВ, Б. И.

оконч. Ташкентский мед. ин-т в 1934 г., дисс. канд.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ МАЛЯРИИ В ГОРОДЕ ДУШАНБЕ

2 тома, 192 стр., в лит. указат. 333 источн. (330 отеч., 3 иностр.).
Защ. в декабре 1953 г. в Ташкентском мед. ин-те.

В работе были поставлены следующие задачи:

а) обобщить материал по эпидемиологии малярии в Душанбе; б) дать оценку проводимых мероприятий; в) разработать план оздоровительных противомалярийных мероприятий в городе; г) разработать и дать анализ накопленных материалов по определенным вопросам эпидемиологии малярии.

Работа состоит из двух частей. Первая часть содержит восемь глав. В 1-й главе излагается краткая история города Душанбе в санитарно-медицинском отношении в прошлом, до Советской власти. Здесь же дается краткая история развертывания противомалярийной работы в советский период.

Во 2-й главе обобщаются данные, относящиеся к климато-географическим особенностям и гидрографии г. Душанбе в малярийном отношении, по принципу ландшафтной характеристики. Приводятся таблицы и другие метеорологические данные, показывающие малариологический статус Душанбе и его окрестностей.

В 3-ей главе дается характеристика видового состава комаров и сезонная их активность в передаче малярии. Одновременно устанавливается зависимость между физиологическим состоянием переносчика и метеорологическими данными и приводятся данные по фенологии его за 1947, 1948 и 1949 гг.

Установлено, что единственным переносчиком малярии в г. Душанбе в то время был Anopheles superpictus. Экологические и биологические его особенности — тесная связь с жильем, нападение на человека в помещении, высокая зараженность в естественных условиях, рост популяции в период высокой температуры — усугубляли эпидемиологическое значение этого вида.

В 4-й главе излагаются материалы по заболеваемости малярией в г. Душанбе за ряд лет (1947—1951 гг.) Параллельно приводятся для сравнения материалы предыдущих лет, начиная с 1938 года. Малярия в Душанбе составляла значительный процент из общего числа заболеваний этой инфекцией в республике. Удельный вес ее колебался в пределах от 7,3% до 16,8%. Изучалась заболеваемость малярией различных возрастных групп.

В 5-й главе дается описание трехдневной малярией с длительной инкубацией в г. Душанбе за 13 лет. Впервые в Средней Азии освещается вопрос о наличии местных случаев малярии с длительной инкубацией.

В 6-й главе описывается видовой состав малярийных паразитов в прошлом и настоящем. Приводятся материалы, из которых видно, что преобладающей в Душанбе являлась трехдневная малярия.

В 7-й главе освещается детально разработанный автором вопрос о 53 случаях малярийной комы, закончившихся летально. До, примерно, 1945 г. дифференцированной борьбы с трехдневной и тропической малярией в Душанбе не велось. Автор предлагал систему ликвидации тропической малярии в г. Душанбе с учётом конкретной обстановки.

Глава 8-я посвящена вопросу о длительности малярийной инфекции. Автор проводил наблюдения над детскими коллективами, которые охватывали 414 свежих случаев малярии (335 трехдневная и 79 тропическая малярия). Наблюдения начались с июля-октября 1947 года и продолжались по август 1950 г. Оказалось, что трехдневная малярия у детей заканчивалась в течение одного года — в 72,2%, в течение 15 месяцев — в 83%, у 99,1% в течение двух лет со дня заболевания. Тропическая малярия заканчивалась в течение пяти месяцев у 28%, восьми месяцев — у 85,7%, 11 месяцев — у 94,6%.

Во второй части работы на основе приведенных материалов по эпидемиологии малярии, изложена конкретная система противомалярийных мероприятий. Разработана тактика применения ДДТ и установлены наиболее рациональные сроки,

позволяющие органам здравоохранения республики организовать целенаправленную, эффективную и научно-обоснованную систему противомалярийных мероприятий, ведущих, в конечном итоге, к полному оздоровлению в малярийном отношении города Душанбе.

---

52. САВЕНКО, В. А.

оконч. 2-й Московский мед. ин-т в 1941 г., дисс. канд.

О ХОДЕ И ВЫЯВЛЕНИИ БЛУЖДАЮЩИХ НЕРВОВ НА ПИЩЕВОДЕ И ЖЕЛУДКЕ ЧЕЛОВЕКА

1 том, 275 стр., в лит. указ. 149 источн. (134 отечеств., 15 иностр.).
Защ. в декабре 1953 г. в Таджикском мед. ин-те.

Исследование хода и ветвления блуждающих нервов на желудочно-кишечном тракте человека от уровня бифуркации трахеи до двенадцатиперстной кишки проведено на 100 препаратах путем препаровки с последующим фотографированием и зарисовками. Получены следующие данные:

1. На пищеводе стволы и ветви блуждающих нервов располагаются в околопищеводной клетчатке и рыхло соединяются со стенкой пищевода. Нередко отдельные ветви могут проходить в толще мышечного слоя пищевода на протяжении 1—3 см и переходить как с одной поверхности на другую, так и с пищевода на желудок.

2. В формировании переднего и заднего пищеводных сплетений принимают участие оба блуждающих нерва. Пищеводные сплетения начинаются в подавляющем большинстве случаев в 8—12 см выше диафрагмы. Переднее сплетение редко бывает обильно развитым, занимает небольшой отрезок пищевода и заканчивается в 1,0—4,5 см выше диафрагмы. Заднее пищеводное сплетение часто бывает обильно выраженным, занимает большой отрезок пищевода, оканчиваясь в 0,5—2 см выше диафрагмы.

3. Имеются ясно выраженные связи между левым и правым блуждающими нервами на пищеводе. Большое количество ветвей идет с передней поверхности на заднюю его поверхность, и пересекает левую боковую поверхность пищевода на расстоянии более, чем 4—6 см от диафрагмы. На правой боковой поверхности пищевода ветвей мало, но они разбросаны по всему протяжению нижнего отрезка грудного отдела пищевода, вплоть до диафрагмы.

4. По мере приближения пищеводных сплетений к диафрагме, они становятся более собранными и постепенно заканчи-

ваются формированием стволов блуждающих нервов, которые направляются под диафрагму. Однако, одиночные стволы формируются спереди только в 65% и сзади в 84% случаев. В пищеводном отверстии диафрагмы левый (передний) блуждающий нерв был обнаружен в виде одиночного ствола в 48% случаев. Правый (задний) блуждающий нерв оказался одиночным стволом в 64% случаев. В 37% спереди и 26% сзади оказалось по 2 ствола, в остальных случаях обнаружено по 3—4 ствола.

Стволы заднего блуждающего нерва на уровне диафрагмы почти вдвое шире, чем стволы переднего блуждающего нерва. Между тем, на уровне бифуркации трахеи разницы между правым и левым блуждающими нервами не отмечается.

5. В 1—2 см ниже диафрагмы передний блуждающий нерв проходит в виде одиночного ствола в 73% случаев, а задний — в 86% случаев. В остальных случаях здесь имеется по 2—3 стволика и расстояние между ними может достигнуть 0,5—1,5 см.

6. Под диафрагмой деление стволов переднего блуждающего нерва происходит обычно не более, чем в 2-х см ниже диафрагмы. При этом в 62% случаев образуется переднее желудочное сплетение. Деление стволов заднего блуждающего нерва под диафрагмой происходит в 2,5 — 3,5 см ниже диафрагмы. Заднее желудочное сплетение образуется только в 47% случаев. В остальных случаях отмечено непосредственное деление стволов на ветви 1 порядка.

7. От переднего блуждающего нерва отходят ветви к желудку, печени, двенадцатиперстной кишке и привратнику. К печени обычно идет одна ветвь, которая лежит в верхнем отделе малого сальника. Задний блуждающий нерв направляется основной своей массой к солнечному сплетению, отдавая предварительно ветви к желудку.

8. Желудочные ветви переднего и заднего блуждающих нервов не отличаются между собой по размерам, количеству и месту расположения. Имеется обычно по 2—3 кардинальных ветви 1 порядка, образующих в среднем 10—15 конечных точек; по 2 ветви 1 порядка, идущих к телу желудка, с 5—15 конечными веточками; и по одной длинной ветви малого сальника с 5—6 конечными веточками. Средняя длина кардиальных ветвей — 4,5—5 см; ветвей, идущих к телу желудка— 6—8,2 см; пилорических ветвей — 10,4—11 см.

9. Стволы и ветви блуждающих нервов на брюшной части пищевода и на желудке покрыты жировой клетчаткой, сосудистыми ветвями и висцеральным листком брюшины. Желудочные ветви располагаются вдоль малой кривизны и доходят до середины расстояния между малой и большой кривизной.

Чаще всего ветви на желудке располагаются по рассыпному типу.

Полученные данные о ходе и ветвлении блуждающих нервов на пищеводе и желудке человека могут оказаться полезными при операциях на этих органах. В частности, при выделении пищевода для его резекции; при анестезии блуждающих нервов во время операций на пищеводе и на желудке; при тотальной и обычной резекциях желудка, а также при ваготомии.

---

53. ГРАНОВ Л. Г.

оконч. мед. фак. Белорусского Гос. Университета в 1928 г., дисс. докторская.

О ЗАЖИВЛЕНИИ РАН В УСЛОВИЯХ ВЫСОКОГОРЬЯ

1 том, 503 стр., в лит. указ. 241 источн. (225 отечеств. и 16 иностр.). Защ. в феврале 1954 г. в АМН СССР (на Ленинградском объединенном Совете)

В работе изучен вопрос, не получивший достаточного отражения в отечественной и иностранной литературе, об особенностях течения раневого и регенеративного процессов при заживлении ран в условиях высокогорья по сравнению с равниной.

Работа экспериментально-клиническая и выводы по ней основаны на данных опытов, проведенных на собаках, вывезенных в естественные горные условия во время двух высокогорных научных экспедиций, организованных Таджикским мединститутом в 1946 и 1947 гг. (Анзобский перевал — 3560 м над уровнем моря), и наблюдениями над заживлением ран у более 500 больных, лечившихся в лечебных стационарах Хорога (2100 м) и Мургаба (3670 м над уровнем моря).

Сравнения в условиях равнины и высокогорья проводились по группе следующих тестов, характеризующих течение раневого и регенеративного процессов: воспалительная реакция в разные сроки раневого периода, температурная кривая, морфологическая картина крови, отпечатки с грануляций и биопсированных ран, пунктат раны, бактериология раны (посев пунктата, посев крови, мазок раневого секрета, агглютинация), опсонофагоцитарная реакция, формирование и организация рубца, темп эпителизации и гистология биопсированных ран.

Удалось установить следующие особенности в течении ра-

невого и регенеративного процессов в условиях высокогорья по сравнению с равниной:

1. Течение раневого процесса на высоте затягивается, репаративно-регенеративная фаза задерживается и заживление ран заканчивается более грубыми структурными образованиями, чем на равнине.

2. Воспалительная реакция в начале запаздывает, затем постепенно нарастает и крайне медленно проделывает обратное свое развитие. По сравнению с равниной обратное развитие воспалительных явлений задерживается на 7—10 дней.

3. Температурная кривая медленнее возвращается к прежделу своих колебаний, причем колебания кривой после первых дней подъема направлены в сторону резкого снижения температуры, чего не наблюдается у животных на равнине.

4. Морфологический состав крови подвержен на высоте более значительным колебаниям, чем на равнине, в частности: а) лейкоцитоз, нарастая медленнее в первые дни, в последующие дает более высокие цифры, чем на равнине; повышенные цифры лейкоцитоза держатся долго; б) лейкоцитарная формула характеризуется увеличением нейтрофилов и особенно резким падением процентного содержания моноцитов и эозинофилов. Как только оживают репаративно-регенеративные процессы в ране, происходит резкое повышение количества моноцитов и эозинофилов, которое можно использовать как показатель активизации процесса заживления ран; в) РОЭ повышена и держится долго на высоких цифрах; г) более позднее появление в цитограммах — отпечатках моноцитарных клеток (полибластов, макрофагов Мечникова и др.), менее выраженный фагоцитоз, чем на равнине—результат менее активного процесса заживления ран на высоте.

5. Бактериологические показатели свидетельствуют, что организм в условиях высоты справляется с инфекцией в более поздние сроки, чем на равнине.

6. Формирование и организация рубца на высоте требуют больших сроков, а сама масса соединительной, а затем рубцовой ткани оказывается значительно большей, чем на равнине; вследствие этого рубец грубый, плотный, малоподвижный и спаян с подлежащими тканями.

7. Данными гистологических исследований полностью подтверждены клинические наблюдения и лабораторные данные. Однако и при гистологических исследованиях разрывы в сроках между условиями равнины и высокогорья остаются теми же, т. е. заживление ран на высоте наступает позже на 5—7—10 дней с развитием более грубых и массивных структурных образований.

Таким образом, заживление ран в условиях высокогорья

протекает по своеобразному циклу, характеризующемуся резко замедленной регенеративной способностью тканей, особым клиническим течением раневого процесса, его морфологических и лабораторных данных. Заканчивается процесс заживления ран образованием грубого, широкого, ограниченно-подвижного рубца.

---

54. СУТУЛОВ, Л. С.

оконч. Военно-медицинскую академию им. С. М. Кирова в 1932 г. в г. Ленинграде, дисс. докторская.

МАТЕРИАЛЫ К ИЗУЧЕНИЮ НЕКОТОРЫХ ОСНОВНЫХ ЗАКОНОМЕРНОСТЕЙ РАЗВИТИЯ И СТРОЕНИЯ ТКАНЕВЫХ СТРУКТУР

2 тома, 595 стр., в лит. указ. 1262 источ. (1014 отеч., 248 иностр.). Защ. в феврале 1954 г. в Рязанском медицинском ин-те им. И. П. Павлова.

В начале диссертации освещается история отечественной гистологии. На ряде примеров показаны роль и заслуги русских гистологов в развитии мировой науки. Установлен приоритет отечественных морфологов в большом числе научных открытий. Обоснован приоритет И. П. Скворцова в создании им методики тканевых культур. Показаны отличительные особенности отечественной гистологии, ее самобытность, материалистические традиции научного творчества, постоянная непримиримая борьба с реакционными идеалистическими идеями, действенность, изучение морфологии в динамике, в развитии, в теснейшей взаимосвязи с функцией, патологией, практикой, патриотизм и демократизм передовых научных деятелей. Особое внимание в диссертации уделено критике некоторых ошибочных положений, имевших место среди некоторых советских гистологов.

Рассмотрен вопрос о единстве развития строения и функции тела и его частей во взаимосвязи, взаимозависимости, взаимообусловленности со средой их жизни и проблема единства, целостности и расчлененности организма.

В связи с проблемой целостности и расчлененности организма автором проанализированы собственные наблюдения по изучению так называемых «темных» клеток в нервной и эпителиальной тканях и рассмотрен вопрос о единстве главных и вспомогательных элементов нервной системы. Методикой трансплантации получены данные, показывающие взаимо-

связь и взаимозависимость нейронов и нейроглиальных клеток. При нарушении этого единства входящие в состав нервной системы элементы приобретают новые свойства. Подтверждено одно из основных положений эволюционной гистологии — единство клеточности и системности ткани.

В разделе, посвященном вопросу о единстве ткани и условий ее жизни, приведены в качестве примера результаты собственных исследований, полученных при культивировании спинальных ганглиев, когда вынужденно появлялись в искусственной среде особые тканевые структуры. Подвергнуто критике существующее мнение о том, что при эксплантации обнаруживаются только гистобластические потенции. Доказано, что при длительном культивировании в чуждых для органа условиях создается «новая» ткань. Примером единства сканевой структуры и условий ее существования могут служить также описанные автором и его сотрудниками наблюдения за заживлением раны на равнине и в горах. Перемещение животного на значительную высоту вызывает реактивные изменения в нервной системе, а через нее — в организме в целом и в его составных частях. Установлены особенности восстановления эпителиального пласта кожи на высоте. Темп регенерации кожного эпителия значительно замедлен. Весь процесс заживления раны на высоте затягивался, протекал вяло. Вызванные гипосемией изменения в нервной системе сопровождались более медленным развитием клеток при заживлении раны на высоте.

В качестве примера тканевой структуры, которая в процессе эволюции приобрела много функциональных и морфологических особенностей, дается поперечно-полосатая мышца лимфатического сердца. Это особым образом специализированная сократимая ткань, образовавшаяся в результате взаимодействия тканевой структуры и условий ее существования. В процессе эволюции создалась ее особая природа, существенно отличающаяся от природы остальных сократимых элементов. Поперечно-полосатая мышца лимфатического сердца находится в особых отношениях с нервной системой и отличается рядом морфологических признаков. Описаны особенности строения ее волокон и поведение при репаративной регенерации. Изучена первая реакция организма на повреждение органа, выражающаяся в саморазрушении тканей в поврежденном участке тела, прослежены стадии восстановления мышц (новообразование миобластов, развитие миосимпластов).

При изучении тонкого строения нервной клетки выяснено, что последовательно сменяющиеся друг за другом стадии развития ретроградных изменений при повреждении нервного отростка и постепенное исчезновение признаков «первичного

раздражения» стоят в непосредственной связи с теми субстанциональными нарушениями в нейроплазме, которые возникают при травме периферического нерва. Зерна и глыбки тигроида (тельца Ниссля) не являются ни клеточными включениями, ни запасом питательного материала. Появление при специальной обработке особого вида телец Ниссля, окрашивающихся рядом основных красок, есть реакция нейроплазмы на внешнее воздействие, выражающаяся в отмешивании зерен и глыбок. «Тигролиза», как явления, сопровождающего некоторые патологические процессы,—нет. «Тигролиз» предполагает растворение бывших раньше в клетке включений, тогда как при определенном состоянии нервной клетки «нисслевская реакция» в ней подавляется. Тигроид не может растворяться, потому что его нет в виде зерен и глыбок в живой неповрежденной клетке; он при определенных условиях нейроплазмы в ней просто не образуется. Характер «нисслевской реакции» отображает функциональное состояние нервной клетки. То или иное (в зависимости от состояния нейроплазмы) отмешивание зерен и глыбок тигроида при определенной постановке опыта может служить морфологической и функциональной пробой нервной такани.

В свете общих положений тканевой эволюции рассмотрен вопрос о развитии и строении органа зрения. Установлена способность хрусталика глаза реагировать на непосредственное внешнее воздействие изменением своих свойств. Изучено развитие стекловидного тела. В сетчатой оболочке описаны концевые нервные приборы, контактирующие не с нейронами, а с нейроглиальными клетками, сосудами и с межклеточным веществом.

---

55. КИЯМОВ К. К.

оконч. Таджикский мед. ин-т в 1950 г., дисс. канд.

ЗАГРЯЗНЕНИЕ АТМОСФЕРНОГО ВОЗДУХА СЯСЬСКИМ ЦЕЛЛЛЮЛОЗНО-БУМАЖНЫМ КОМБИНАТОМ И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ

2 тома, 385 стр., в лит. указат. 285 источн. (265 отеч., 20 иностр.).

Защ. в июне 1954 г. в ЛСГМИ (Ленинград).

Цель исследования состояла в определении загрязнения воздуха пос. Сясьстрой выбросами одноименного крупного целлюлозно-бумажного комбината, население которого на протяжении многих лет жаловалось на порчу воздуха и ухудшение

здоровья, а также выявление влияния загрязнения воздуха на здоровье населения и его санитарно-бытовые условия. На основании результатов исследования предполагалось разработать конкретные санационные мероприятия по устранению загрязненности атмосферы вокруг комбината.

Для осуществления указанной цели была разработана методика комплексного изучения загрязнения воздуха и его влияния на здоровье населения и на окружающую среду.

Результаты 180 определений количества осевших аэрозолей, 94 определений концентрации не осевших аэрозолей, 692 определений содержания сернистого ангидрида в воздухе поселка и цехов комбината, произведенные в течение года, позволили установить резкую загрязненность воздуха дымовыми и газообразными выбросами производства в окружении до 3 км от комбината.

Результаты анкетного опроса 175 семейств, выборочного врачебного обследования 200 человек, изучения заболеваемости населения за 2 года по 7.000 амбулаторным картам, а также показания 7 испытуемых лиц о воздействии на их самочувствие сернистого ангидрида при выемке 558 проб воздуха, позволили установить: ухудшение состояния здоровья и санитарных условий быта населения; характерные симптомы хронической интоксикации сернистым ангидридом у лиц близко проживающих от комбината; увеличение заболеваемости населения болезнями органов дыхания и носоглотки; порог ощущения сернистого ангидрида в открытой атмосфере оказался значительно ниже, чем это установлено в экспериментально-камеральных условиях другими исследованиями.

Результаты проведенных исследований и санитарное обследование комбината и его цехов, а также изучение заболеваемости рабочих за 7 лет, позволили предложить комбинату радикальные мероприятия по устранению загрязнения воздуха рабочего поселка и по улучшению условий труда на комбинате, часть которых при участии автора была проведена в жизнь.

Предложена шкала ориентировочной оценки степени загрязнения воздуха вокруг сульфитцеллюлозно-бумажного производства.

---

56. УКРАИНСКИЙ В. Г.

оконч. Казанский мед . ин-т в 1923 г., дисс. докторская.

О ПРИСПОСОБИТЕЛЬНОЙ ИЗМЕНЧИВОСТИ СИНОВИАЛЬНЫХ ВЛАГАЛИЩ РУКИ ЧЕЛОВЕКА И ПЕРЕДНЕЙ КОНЕЧНОСТИ У ПОЗВОНОЧНЫХ ЖИВОТНЫХ.

3 тома, 1 основной — 405 стр., II — содержит 167 рис. и фотосн., III — сост. из протоколов, Защ. в апреле 1954 г. во 2-м Московском мед. ин-те.

В настоящей работе изучались синовиальные влагалища конечности в процессе их становления, возникновения и развития на сравнительноанатомическом материале, а у человека — в процессе эмбриогенеза и онтогенеза.

Благодаря своей пластичности, синовиальные влагалища сохраняют на всех стадиях онтогенеза закономерную показательность воздействия среды, а у человека также и трудового фактора.

У низших животных (рыб) в процессе эволюции, синовиальные влагалища на данном этапе развития позвоночных животных отсутствуют. У земноводных (хвостатых) синовиальные влагалища представлены в виде разреженной рыхлой ткани вокруг сухожилий длинных сгибателей пальцев (аксолотля, тритона); у большинства же безхвостых земноводных синовиальные влагалища представлены в виде узких продольных щелей, которые не охватывают сухожилий. Эти полости автор назвал собственными , «первичными» синовиальными влагалищами пальцев.

У исследованных пресмыкающихся (серый варан, агама, у водной и дальневосточной черепах), конечности которых приспособлены к новым функциям (бегань, лазанию, разрыванию почвы, плаванию) синовиальные влагалища пальцев представлены «полными вторичными» полостями, охватывающими сухожилия сгибателей пальцев со всех сторон. У ящериц, переходящих к ползанию, резко изменяются синовиальные влагалища в сторону их недоразвития или полного отсутствия. У птиц, впервые в эволюционном процессе позвоночных животных, в области локтевого, лучезапястного и пястнофалангового суставов обнаруживаются синовиальные влагалища, а также встречаются отверстия, сообщающие синовиальные влагалища с полостями суставов, а иногда и в перегородках между смежными синовиальными каналами. Количество синовиальных влага-

лищ в области крыла колеблется от 9 до 2, что связано с функцией крыла и полетом птиц. У птиц, переходящих к перешедших к водному образу жизни (чистик, поганка) количество синовиальных влагалищ крыла уменьшается, а у пингвинов доходит до 2.

У исследованных млекопитающих (сумчатая крыса, крот, летучая собака, летучая мышь, слепец, тушканчик, собака, волк, шакал, барс, хорек, выдра, тюлень, дельфин, лошадь, корова, баран, дикий кабан, свинья домашняя, лемура, макак, гамадрил, павиан, оранг-утан), передние конечности которых в связи с жизненными условиями приспособлены к разнообразным функциям — передвижению, рытью нор, лазанию, цеплянию, хватанию, плаванию, летанию — наблюдается резкая изменчивость синовиальных влагалищ конечности .

Рука человека приобретает новые качества, которые резко отличают ее от передней конечности позвоночных животных. Исследования синовиальных влагалищ кисти человека произведены на 125 трупах, кистях эмбрионов и плодов человека — 100, кистях детей и взрослых — 50. Методика исследования — рентгенография, анатомическая препаровка, гистологическая методика и др.

Собственные синовиальные влагалища впервые возникают у зародыша в возрасте от 1 до 1,5 мес. и представлены в виде разреженной соединительной ткани. Закладки лучевого и локтевого мешков еще нет, также отсутствует закладка синовиальных влагалищ тыльной стороны кисти. От 1,5 до 2 мес. развития зародыша уже наблюдается закладка синовиальных влагалищ как на ладонной, так и на тыльной стороне кисти. Во второй половине второго месяца у зародыша возникают синовиальные влагалища в виде «первичных» полостей.

«Неполные» вторичные полости собственных синовиальных влагалищ пальцев возникают в конце второго месяца. «Вторичные» полости формируются, начиная с третьего месяца. Сообщение собственных синовиальных влагалищ I-го и V-го пальцев, с соответствующими им мешками наблюдается с 3 и 4 мес. утробной жизни. Развитие синовиальных каналов тыла кисти появляется с III-го канала, затем развиваются V, I, VI, IV и II каналы.

Синовиальные каналы тыла кисти ребенка в период его рождения до года сохраняют в основном характерные черты строения таковых у плодов, однако внутривагинальный связочный аппарат достигает боле рельефного развития. У детей от года до семи лет, в период развития костных элементов, есть возможность проследить скелетотопию синовиальных каналов. В связи с дальнейшим развитием и ростом организма и значительно повышающейся функции руки развивается и сложная система условных и безусловных рефлексов, что ведет и к более резкому формированию синовиальных влагалищ и внутривагинального связочного аппарата.

Исследования имеют, кроме общего познавательного теоретического интереса, также и практическое значение, и в первую очередь в клинике тендовагинитов, где они помогут врачу-хирургу в более правильном и удачном лечении.

---

57. ГЕФТ В. Б.

оконч. Одесский мед. ин-т в 1938 г., дисс. канд.

ТРАХОМА В ТАДЖИКИСТАНЕ

1 том, 150 стр., в лит. указ. 277 источн. (269 отечеств., 8 иностр.).

Защ. в июне 1954 г. в Таджикском мед. ин-те.

В работе представлены данные о развитии глазной помощи в Таджикистане, распространении трахомы, об особенностях клинического течения, подведены итоги применения при лечении трахомы белого стрептоцида, эмульсии синтомицина и разработаны наиболее эффективные методы лечения больного трахомой в условиях Таджикистана.

Результаты обследования населения (180 тыс. чел.) показали, что трахома в Таджикистане имеет очаговое распространение, причем наиболее неблагоприятными являются южные районы республики, расположенные в долинах рек Вахша, Пянджа, Кафирнигана и некоторые районы ГБАО. Течение трахомы усугублялось наслаивающимися на нее инфекциями коньюнктивы, которые отмечены у 41,8% больных, обращавшихся в амбулаторию Республиканского трахоматозного диспансера на протяжении года (417 больных), причем наслоившиеся инфекции наблюдались чаще в летние и осенние месяцы, что зависит от развивающихся в эти месяцы острых конъюнктивитов. В большинстве случаев, наслаивающиеся на трахому инфекции коньюнктивы, вызываются палочкой Кох-Уикса (23% из указанных 41,8%, реже диплобациллами Моракс-Аксенфельда (9,4%) и пневмококками (4,9%). Данные повторных обследований населения позволили отметить снижение распространения трахомы среди жителей районов и учащихся средних школ г. Душанбе, а также уменьшение запущенных форм трахомы.

В работе подведены итоги лечения белым стрептоцидом

1500 больных трахомой, из них внутрь и местно 1200 больных, только местно — 300 больных. Внутрь белый стрептоцид назначался в виде курсов по 0,3 три раза в день в течение 7 дней, с последующими семидневными перерывами (семидневные курсы); таких курсов больные получали от 1 до 10. Этот метод применения препарата внутрь дал лучшие результаты по сравнению с другими. Одновременно с назначением белого стрептоцида внутрь применялось с целью непосредственного контакта с пораженной тканью припудривание конъюнктивы мелко растертым порошком препарата. Исследования показали, что следы стрептоцида обнаруживаются в конъюнктивальном мешке через 12—48 часов после припудривания; поэтому оно производилось два раза в сутки стационарным больным и один раз в сутки — амбулаторным.

До назначения стрептоцида части больных проводилось лечение трахомы препаратами меди, азотнокислого серебра и т. д., делались экспрессии, массаж. Длительно, в течение нескольких лет до назначения стрептоцида, лечился 171 больной. Однако лечебный эффект был недостаточен, что и заставляло перейти к применению стрептоцида. Лучшие результаты были получены при лечении белым стрептоцидом, применением внутрь в виде семидневых курсов, в сочетании с массажем или экспрессиями, которые следует производить в начале курса приема стрептоцида внутрь. Это дает возможность предупредить обострение паннуса, которое иногда наблюдается после экспрессии. Весьма благоприятно действует стрептоцид, примененный внутрь, на поражения роговой оболочки (паннус, язвы), что дает возможность совершенно отказаться от хирургических вмешательств по поводу паннуса.

Наблюдения над эффективностью однопроцентной эмульсии синтомицина были проведены у 320 больных; лечение проводилось согласно инструкции Минздрава СССР (1951 г.) Проведены сравнительные данные излечения в течение 5 месяцев при применении синтомицина с механотерапией и стрептоцида с механотерапией. Преимущества лечения стрептоцидом выступают особенно отчетливо (86,6% против 45,6). Паннус под влиянием эмульсии синтомицина у части больных подвергся обратному развитию, однако действие эмульсии синтомицина на трахоматозное поражение роговой оболочки менее эффективно, чем сульфамдных препаратов; некоторые больные не переносят эмульсии синтомицина.

В работе подведены итоги хирургического лечения заворота края век и неправильного роста ресниц у 2873 больных.

58. КАЛИНИН В. И.

окончил Ленинградский ветинститут в 1940 г. и Ленинградский сельхозинститут в 1952 г., дисс. канд.

СЕКРЕЦИЯ СЛЮННЫХ И ЖЕЛУДОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ У ЖИВОТНЫХ В ГОРАХ

1 том, 378 стр., в лит. указат. 157 источн. (125 отеч., 32 иностр.).
Защ. в июне 1954 г. в Воронежском Гос. Университете.

Автор изучал в горах секрецию слюнных и желудочных желез и особенности влияния фармакологических веществ на деятельность этих желез в условиях высокогорья.

Исследования проводились на 8 собаках и на 16 птицах. Все 8 подопытных собак имели выведенные протоки слюнных околоушных желез по Павлову, 7 собак имели желудочные фистулы по Басову. Птицам были наложены фистулы на железистый желудок.

Секреция изучалась в Воронеже (146 м над уровнем моря), в Душанбе (850 м над уровнем моря), в Захматабаде (2200 м над уровнем моря), в горах на Анзобском перевале, на южном склоне Гиссарского хребта, на высоте 3564 м над уровнем моря и в барокамере при разрежении, соответствующем высоте 4500 м над уровнем моря.

Вегетотропные вещества (пилокарпин, адреналин, атропин) впрыскивались животным под кожу в дозе 0,5 мг на 1 кг веса и эрготамин в дозе 0,025 мг.

Работа позволила сделать следующие выводы:

1. Нервные регуляторные аппараты слюнных желез собак более чувствительны к воздействию высотных факторов, чем регуляторные аппараты желудочных желез собак и особенно птиц.

2. При более или менее длительном пребывании собак на высоте слюноотделение у них постепенно восстанавливалось, а удлиненный (в первые дни после подъема) латентный период укорачивался. Восстановление желудочной секреции у собак и птиц при той же длительности пребывания в горах не наступало. Следовательно, в горных условиях, хотя секреция слюнных желез собак сильнее тормозится, но адаптация наступает быстрее, чем в регуляторных приборах желудочных желез собак и птиц.

3. На умеренных высотах порядка 1—2 км над уровнем моря (в Душанбе, Захматабаде) секреция железистого желудка птиц была обильнее, чем в Воронеже. На большой высоте (Анзоб — 3,6 км над уровнем моря) отделение желудочного сока угнеталось. В барокамере при разрежении,

соответствующем 4500 м над уровнем моря, желудочная секреция резко снижалась (на 47%).

Различная степень угнетения пилокарпинового и рефлекторного слюноотделения показывает, что в горах особенно страдают нервнорефлекторные механизмы, а не рабочие органы.

5. Изменения секреции под влиянием адреналина или при воздействии высотных факторов происходили в одном направлении. Малые дозы адреналина, как и не большие высоты (1—2 км над уровнем моря), возбуждали секрецию, а большие дозы адреналина и высоты порядка 3,5 км и выше над уровнем моря ее угнетали.

6. В равнинных условиях атропин почти выключал слюноотделение и в меньшей степени секрецию желудочных желез собак и птиц. В горах на высоте 3564 м над уровнем моря чувствительность к атропину уменьшалась, хотя для разных желез и не в одинаковой мере.

7. В горах на высоте 3564 м над уровнем моря эрготамин в большей мере снимал вызванное высотными факторами торможение слюнных желез (секреция увеличивалась на 70%), чем желудочных желез собак (на 52%) и птиц (на 39%). Эти данные еще раз подтверждают роль симпатической нервной системы в изменениях организма в горах.

---

59. ЮСУПОВ А. Х.

оконч. УзГУ в 1941 г., дисс. канд.

ВЛИЯНИЕ ФИЗИЧЕСКИХ И ХИМИЧЕСКИХ РАЗДРАЖИТЕЛЕЙ НА СЛЮНООТДЕЛЕНИЕ У СОБАК ПРИ ПОНИЖЕННОМ БАРОМЕТРИЧЕСКОМ ДАВЛЕНИИ

1 том, 295 стр., в лит. указ. 261 источн. (251 отечеств. и 10 иностр.).

Защ. в июне 1954 г. в Воронежском Гос. Университете.

Опыты были поставлены на собаках с хроническими фистулами (по Павлову—Глинскому) околоушной и подчелюстной слюнных желез в Душанбе и Воронеже. Всего было проведено 330 опытов, в которых было сделано 9903 измерений количества слюны из обеих желез, 795 проб-анализов вязкости из подчелюстной железы и 47 измерений вязкости из околоушной железы.

В Воронеже примененные автором три концентрации растворов хлористого натрия, соляной кислоты, хинина и

глюкозы не переходили за оптимум силы и при изменении концентрации закон силы сохранялся. В Душанбе (850 метров над уровнем моря) сохранялись нормальные силовые соотношения только для растворов соляной кислоты. При увеличении концентрации растворов глюкозы и поваренной соли обнаруживалась парадоксальная фаза, а на раздражение растворами хинина — уравнительная фаза.

В горах, на высоте 3564 метра над уровнем моря, на околоушной железе, в первый, и еще более во второй день после подъема наблюдались повышение порога и парадоксальная фаза на раздражение растворами соляной кислоты. На растворы хинина в первый и второй дни наблюдалась парадоксальная фаза, а реакция на раздражение растворами глюкозы и хлористого натрия полностью угнеталась. На подчелюстной железе в первый день отмечались торможение реакции слюноотделения при воздействии растворами хлористого натрия, парадоксальная фаза на хинин и резкое повышение порога на раздражение растворами глюкозы. На второй день торможение на хлористый натрий уменьшалось, парадоксальная фаза на соляную кислоту переходила в уравнительную. Вязкость слюны подчелюстной железы повышалось, начиная с первого дня и до конца пребывания в горах.

В барокамере при пониженном барометрическом давлении, соответствующем высоте 4 км над уровнем моря, при прочих равных условиях, слюноотделение из околоушных и подчелюстных желез менялось различно. Парабиотические фазы отмечались только очень короткий период времени — между 5 и 15 минутами после начала понижения барометрического давления. Вязкость слюны из околоушных желез при краткровременном разрежении воздуха в барокамере не изменялась, а из подчелюстных желез, через 5 минут после начала разрежения, снижалась и оставалась сниженной до конца трехчасового опыта.

В Душанбе атропин более значительно снижает секрецию околоушной железы, нежели подчелюстной. В горах на подчелюстную железу атропинизация действовала слабее, чем в Душанбе и полностью не выключала секрецию на примененные раздражители. В горах наступало повышение чувствительности к пилокарпину и снижение восприимчивости к адреналину, что, по-видимому, связано с повышением возбуждения симпатической нервной системы в горах.

При обычном для Душанбе барометрическом давлении под влиянием УФ-облучения повышалась возбудимость слюнных желез. Вязкость слюны подчелюстной железы в течение прослеженного часа после УФ-облучения прогрессивно

увеличилась. При воздействии двух факторов — пониженного барометрического давления и УФ-облучения — парабиотические изменения удавалось отмечать только на подчелюстной железе.

В условиях обычного барометрического давления (в Душанбе), при воздействии различной длины волн (3—4, 5—6 и 7, 8 метра), наибольшее увеличение секреции происходило, как правило, под влиянием облучения длиной волны 4,6 метра. Наиболее значительное изменение вязкости слюны производила более длинная волна — 7,8 метра. Чем короче была длина электромагнитной волны, тем меньше увеличивалась вязкость слюны.

При пониженном барометрическом давлении под влиянием облучения различными длинами волн возбудимость слюнных желез изменялась неодинаково. Наряду с изменениями возбудимости изменялась и лабильность слюнных желез. Более значительное изменение секреции слюны отмечалось на околоушной железе. Заметные изменения вязкости слюны наступали только в подчелюстных, а не в околоушных железах.

---

60. АЛИДЖАНОВ Г. П.

оконч. Таджикский мед. ин-т в 1951 г., дисс. канд.

ГЕМОРРАГИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ПРИ БОЛЕЗНИ БОТКИНА И ЦИРРОЗАХ ПЕЧЕНИ

1 том, 267 стр., в лит. указ. 223 источн. (201 отечеств. и 22 иностр.).
Защ. в окт. 1954 г. во 2-ом Московском мед. ин-те.

Учитывая недостаточную освещенность вопроса, была поставлена задача динамического изучения изменения геморрагического синдрома в различных стадиях болезни Боткина и циррозах печени.

Для изучения скрытого нарушения геморрагического синдрома проводилось определение времени свертывания крови по методу Бюркера, уровня протромбина по методу Квика, количества тромбоцитов по Фонио, в части случаев определение ретракции кровяного сгустка, определение времени кровотечения, проницаемости кровеносных капилляров. Наблюдение проводено на 82 больных, из них 62 — болезнью Боткина, 14 — циррозами печени, 6 — обтурационной желтухой, обусловленной злокачественными новообразованиями.

Результаты исследований показали, что при болезни

Боткина степень нарушения геморрагического синдрома зависит от тяжести клинического течения болезни: чем тяжелее протекает заболевание, тем резче нарушен геморрагический синдром; при улучшении состояния больных постепенно улучшаются показатели геморрагического синдрома, т. е. изменение геморрагического синдрома при болезни Боткина следует рассматривать как один из дополнительных признаков для суждения о тяжести клинического течения болезни наравне с другими клиническими симптомами.

При циррозах печени изменение геморрагического синдрома выявляется более отчетливо. С прогрессированием болезни показатели геморрагического синдрома постепенно ухудшаются, особенно в более поздних стадиях болезни. В разних стадиях болезни с некоторым улучшением состояния больных слегка улучшаются и показатели геморрагического синдрома, но в отличие от болезни Боткина, где с улучшением состояния больных показатели геморрагического синдрома имеют тенденцию к нормализации, при циррозах печени этого не отмечается.

Следует отметить, что появление геморрагического синдрома при указанных заволеваниях связано не только со снижением уровня протромбина, количества тромбоцитов, удлинением времени свертывания крови, но и с нарушением проницаемости кровеносных капилляров. Сосудистый фактор, которому уделялось при болезни Боткина недостаточное внимание, имеет большую роль в патогенезе геморрагического синдрома, особенно в случаях тяжелых и средней тяжести. Аналогичные данные получены у больных циррозами печени, где сосудистому фактору также следует уделить больше внимания при учёте изменений геморрагического синдрома. При раке поджелудочной железы, желчного пузыря, фатерова соска и метастатическом раке печени геморрагический синдром имеет несколько иной характер. У этой группы больных, наряду с прогрессирующей гипопротромбинемией, наблюдался резкий тромбоцитоз; несмотря на это, время свертывания крови в большинстве случаев было удлинено. Следовательно, указание некоторых авторов, в частности Н. И. Николаевой на соответствие уровня протромбина и количества тромбоцитов времени свертывания крови у этой группы больных не подтверждается. В отличие от больных не подтверждается. В отличие от больных болезнью Боткина и циррозами печени, проницаемость кровеносных капилляров у этой группы больных остается нормальной. Различие геморрагического синдрома при названных выше заболеваниях представляет большой практический интерес для клиники, т. к. дает возможность исполь-

зовать геморрагический синдром в качестве дополнительного дифференциально-диагностического симптома в затруднительных случаях распознавания болезни Боткина, циррозов печени и обтурационной желтухи, обусловленной злокачественными новообразованиями (особенно у пожилых лиц).

---

61. ПУЛАТОВ А. М.

оконч. Таджикский мед. ин-т в 1950 г., дисс. канд.

ПОСЛЕГРИППОЗНЫЕ ЦЕРЕБРАЛЬНЫЕ АРАХНОИДИТЫ И АРАХНОЭНЦЕФАЛИТЫ

2 тома, 562 стр., в лит. указ. 236 источн. (210 отечеств. и 26 иностр.).

Защ. в октябре 1954 г. в 1-м Московском мед. ин-те.

Целью настоящей работы являлось выяснение специфичности клинической картины послегриппозных церебральных арахноидитов и арахноэнцифатилов, а также определение рационального лечения и профилактики этих заболеваний.

Наблюдения над 53 больными с послегриппозными арахноидитами и арахноэнцефалитами позволили придти к следующим выводам:

1. Подробно собранный эпидемиологический анализ, типичная клиническая картина перенесенного гриппа и наличие вирусологически подтвержденной вспышки гриппа часто бывает достаточным для установления диагноза арахноидита и арахноэнцефалита гриппозной этиологии.

2. Не вся, так называемая органическая симптоматика со стороны вещества головного мозга, обнаруживаемая в клинике послегриппозных церебральных арахноидитов и арахноэнцефалитов, обусловлена структурным поражением вещества головного мозга. В большинстве случаев она является следствием нарушения ликвородинамических процессов и понижения тонуса корковых процессов с последующим растормаживанием нижележащих рефлекторных механизмов.

3. Диагноз послегриппозного арахноэцефалита можно ставить только в тех случаях, когда отмечается более выраженная и устойчивая органическая симптоматика со стороны вещества головного мозга.

В отличие от церебральных арахноидитов и арахноэнцефалитов другой этиологии, в частности от церебральных арахноидитов и арахноэнцефалитов травматического происхождения, где процесс протекает, в большинстве случаев, по типу кистозного арахноидита, послегриппозные церебральные арахноидиты и арахноэнцефалиты поражают оболочки и вещество мозга диффузно.

5. В зависимости от преимущественного поражения гриппозными токсинами и вирусом того или иного участка оболочек или же вещества мозга среди послегриппозных церебральных арахноидитов и арахноэнцефалитов могут быть выделены — базально-конвекситальный арахноидит и арахноэнцефалит; арахноидиты и арахноэнцефалиты с преимущественным поражением: а) оболочек и образований основания мозга; б) оболочек и вещества выпуклой поверхности головного мозга; в) оптикохиазмальной области; различают и базальный; г) оболочек задней черепной ямки с нарушением функции стволовой части мозга и мозжечково-вестибулярной системы.

6. Послегриппозные церебральные арахноидиты и арахноэнцефалиты, несмотря на тяжесть и продолжительность течения заканчиваются или полным выздоровлением или выздоровлением с наличием остаточных явлений.

7. При этих заболеваниях отмечаются, наряду с явлениями раздражительной слабости, понижением функции высшего анализа и синтеза и понижением тонуса корковых процессов с растормаживанием функции нижележащих систем, и более грубые нарушения функции того или иного анализатора, в области которого или близ которого разыгрывается основной патологический процесс.

8. При послегриппозных церебральных арахноидитах и арахноэнцефалитах очень быстро развиваются, независимо от возраста, явления внутричерепной гипертензии, которые выявляются на рентгеноснимках черепа в виде пальцевых вдавлений.

9. При длительном течении патологического процесса могут развиваться очаговые обызвествления паутинной оболочки, которые выявляются в виде очаговых петрификатов на рентгеноснимках черепа, произведенных спустя 6—10 месяцев после начала заболевания.

10. Наиболее целесообразно в остром и подостром периоде заболевания применение массивного комбинированного курса противовоспалительной терапии с применением антибиотиков. В этом периоде заболевания физиотерапевтическое лечение не дает желаемого результата, но иногда даже углубляет процесс: во второй стадии заболевания (при остаточных явлениях) главным лечебным средством являются физиотерапевтические мероприятия.

11. Профилактика послегриппозных церебральных арах-

ноидитов и арахноэнцефалитов состоит в своевременном и правильном лечении гриппа в остром периоде; своевременное же применение комбинированного курса противовоспалительной терапии при уже развившихся послегриппозных церебральных арахноидитах и арахноэнцефалитах предотвращает развитие остаточных и, в большинстве случаев, уже необратимых явлений. Особенно важно раннее распознавание послегриппозных арахноидитов и арахноэнцефалитов, которые часто неправильно диагностируются как заболевание придаточных полостей носа. Между тем применение физиотерапевтического лечения при синуситах, как правило, ухудшает и углубляет оболочечный процесс в остром и подостром периоде заболевания.

---

62. БОБОХОДЖАЕВ М. Х.

окончил Таджикский мед. ин-т в 1951 г., дисс. канд.

КЛИНИЧЕСКИЕ И ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

1 том, 459 стр., в лит. указ. 167 источн. (137 отечеств. и 30 иностр.).

Защ. в ноябре 1954 г. во 2-м Московском мед. ин-те.

На основании клинических и электрокардиографических наблюдений у 216 больных гипертонической болезнью, в сопоставлении последних с рентгеноскопическими, рентгенокимографическими, лабораторными, а также с патологоанатомическими данными автор пришел к следующим выводам:

1. В невротической стадии гипертонической болезни, несмотря на наличие ряда субъективных ощущений со стороны сердца, в некоторых случаях, даже при гипертрофии левого желудочка электрокардиограмма бывает нормальной.

2. Весьма ранним электрокардиографическим признаком для больных с гипертонической болезнью является низкий вольтаж зубца R_3, увеличивающийся на высоте вдоха, но в большинстве случаев не достигающий высоты зубца R_1. Аксонометрия в этой стадии еще не дает отклонения электрической оси сердца влево, т. е. $< \alpha$ во всех наблюдениях был положительным. $< \alpha$ на высоте вдоха (в III классическом отведении) увеличивается в сторону вертикального расположения сердца.

3. К следующему, более стойкому раннему признаку «гипертонического сердца», относится низкий вольтаж зубца R_3, не увеличивающийся на высоте вдоха. К раннему признаку относится также высокий вольтаж зубца R_1 (зуб. $R_1 = R_2$ или $R < R_2$). Аксонометрия и тут еще не указывает на отклонение электрической оси сердца влево, но во многих наблюдениях приближается к горизонтальному. Поэтому необходимо принять во внимание малую положительную величину $< \alpha$, не увеличивающуюся на высоте вдоха, как ранний признак отклонения электрической оси сердца влево.

4. Отмечается у части больных глубокий S_3, не исчезающий на высоте вдоха, при высоком вольтаже зубца R_1. В этой группе немалое количество больных с отклонением электрической оси сердца влево (даже с отрицательным углом $< \alpha$).

5. Пятый вариант отличается от 4-го тем, что вольтаж зубца R_3 очень низкий почти отсутствует при наличии глубокого зубца S_3. Угол α во многих случаях отрицательный.

6. Электрокардиограмма, названная «несогласованной» (дискордантной) по отношению расположения к комплексу QRS сегментов ST и характера зубцов T в I и III отведениях является типичной для гипертонической болезни. «Гипертоническая электрокардиограмма» в этой стадии развития имеет следующую картину: интервал ST располагается ниже изолинии с переходом в отрицательный или двухфазный с первой отрицательной фазой зубца T_1; наоборот, интервал ST в III отведении располагается выше изолинии с переходом в положительный, или двухфазный, с первой положительной фазой зубца T_3. Аксонометрия в этой стадии в большинстве случаев дает отклонение электрической оси сердца влево.

7. В ряде случаев наблюдается отклонение электрической оси сердца влево, которое характеризуется не только глубоким зубцом S_3, но S_2 при относительно высоком вольтаже зубца R_1. Аксонометрия в этой стадии заболевания чаще дает резкое отклонение электрической оси сердца влево (отрицательный угол α).

8. Во всех предыдущих вариантах электрокардиографических изменений при гипертонической болезни (особенно исследований указанных в пп.4—7), параллельно ухудшению или улучшению общего состояния, отмечается изменение степени «преобладания» левого желудочка, соответственно чему изменяется и угол α при улучшении общего состояния больных электрическая ось изменяется в

сторону «преобладания» левого желудочка; б) при ухудшении общего состояния больных картина «преобладания» левого желудочка сердца становится менее выраженной.

9. Последним вариантом является отклонение электрической оси сердца влево, характеризующееся глубокими зубцами S_3 и S_2, комплекс QRS уширен (от 0,10 до 0,16) иногда по типу блокады левой ножки пучка Богданова-Гиса; вольтаж зубца R_1 выше R_3. Аксонометрия почти во всех наблюдениях данного варианта указывает на отклонение электрической оси сердца влево, т. е. угол α, почти во всех случаях отрицателен. Угол α, в противоположность предыдущим группам исследований, при ухудшении общего состояния больного (чаще во время приступа сердечной астмы) увеличивается в сторону «преобладания» левого желудочка, и, наоборот, с улучшением общего состояния (с купированием приступа сердечной астмы) он уменьшается, даже становится положительным. Вышеприведенные изменения электрокардиограммы у больных гипертонической болезнью могут наблюдаться и в невротической стадии заболевания при внезапном возникновении приступов сердечной астмы.

10. При развитии нарушений коронарного кровообращения у больных гипертонической болезнью отмечается изменение вольтажа комплекса QRS зубца T, смещение интервала ST от изоэлектрической линии, изменения различного характера зубцов T в классических и грудных отведениях при динамических наблюдениях.

---

63. МАЕВСКАЯ Н. В.

оконч. Таджикский мединститут в 1946 г., дисс. канд.

ОБ ОТДЕЛИТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ТОНКОГО КИШЕЧНИКА В УСЛОВИЯХ ИЗМЕНЕННОГО ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ОРГАНИЗМА

1 том, 178 стр., в лит. указат. 197 источн. (154 отеч., 43 иностр.).
Защ. в декабре 1954 г. в Таджикском мединституте.

Изучалась реактивность кишечных желез для выяснения особенностей количественных и качественных изменений кишечного сокоотделения при развитии гнойно-воспалительного процесса в организме.

Опыты проводились в трех направлениях: 1) изучение секреции нормального отрезка кишечника; 2) изучение секреции трансплантированного отрезка, лишенного нормальных нервных связей; 3) изучение секреции при измененном функциональном состоянии высших отделов центральной нервной системы.

На 7 собаках с изолированными по Тири или Тири-Велла отрезками тонкого кишечника было поставлено 517 опытов. Выделение сока получалось на механическое раздражение (дренаж). В опытах с дачей солей брома (0,25—0,4 г на кг веса) применялся каломелевый тест по В. В. Савичу. Воспаление вызывалось введением чистого скипидара под кожу бедра. Развитие гнойно-воспалительного процесса вызывало изменение количественной и качественной стороны кишечной секции как в нормальном, так и в трансплантированном отрезке кишки. В первые дни развития гнойника количество сока обычно снижалось, а в период заживления и прекращения гноеотделения наблюдалась гиперсекреция. Липолитическая активность сока повышалась и это повышение совпадало с периодом отделения гноя после прорыва гнойника. В первые дни развития гнойника количество выведенного азота с кишечным соком в большей части опытов снижалось, а в период отделения гноя повышалась. При развитии гнойного процесса деятельность трансплантированного отрезка кишки не отличалась от деятельности одновременно наблюдаемого интактного отрезка у одного и того же животного как в отношении количества сока, так и в отношении его азотистого состава. Липолитическая активность сока трансплантированного отрезка увеличивалась при гнойниках в большей степени, чем интактного.

Введение в организм различных доз бромистого натрия приводило к длительному изменению количества отделяющегося кишечного сока: в первые 1—2 дня в некоторых опытах наблюдалось снижение, на 4—16 день происходило увеличение. Изменение секреции длилось в разных опытах до 6—30 дня после дачи бромистого натрия. В зависимости от примененной дозировки, увеличение количества сока наступает в разные сроки после введения брома. Под влиянием относительно меньшей дозы увеличение наступало раньше без предшествующего снижения количества сока. В дни, когда наблюдалось увеличение количества сока после введения солей брома, обычно увеличивалось и выведение липолитического фермента. В день приема брома и на следующий день наблюдалось уменьшение отделения не только жидкой части кишечного сока, но и выведения азотистых веществ. В период увеличения количества сока повышалось количество выведенного за опыт азота и плотных веществ кишечного сока. Изменения отделительной деятель

ности кишечных желез при введении брома зависели не только от дозы вещества, но и от индивидуальных особенностей подопытного животного.

Данные, полученные при введении брома, являются новым подтверждением влияния измененного состояния высших отделов центральной нервной системы на деятельность внутренних органов, в частности кишечника, и могут быть приняты во внимание при лечебном применении бромидов.

---

64. ПОПОВА Н. Л.

оконч. 2-й Московский мед. ин-т в 1946 г., дисс. канд.

СЫВОРОТОЧНОЕ ЖЕЛЕЗО КРОВИ ПРИ КРАЕВЫХ АНЕМИЯХ ТАДЖИКИСТАНА

1 том, 268 стр., в лит. указ. 285 источн. (240 отеч., 45 иностр.).
Защ. в декабре 1954 г. в Таджикском мед. ин-те.

В условиях Таджикистана проблема анемий должна считаться одной из актуальных в краевой патологии. Исследования сотрудников факультетской терапевтической клиники, частью которых является настоящая работа, показали, что значительная группа анемий в Таджикистане носит своеобразный характер и не укладывается в рамки обычных классификаций.

Диссертация посвящена изучению, не освещенного до того вопроса о роли нарушения обмена железа в патогенезе указанных анемий. Изучалось сывороточное железо крови, по уровню которого можно судить о состоянии обмена железа вообще. Сывороточное железо определялось одномоментно и в пробе с нагрузкой железом. Последняя, как показала настоящая работа, является более тонким критерием состояния обмена железа в организме. Изучались ретикулоциты в динамике, средний диаметр эритроцитов, эритроцитометрическая кривая.

Обследована контрольная группа здоровых лиц, родившихся и выросших в Таджикистане. Уровень сывороточного железа в этой группе был у мужчин в большинстве случаев 112 гамма-процентов, у женщин — 56 гамма-процентов. При пробе с нагрузкой уровень железа значительно повышался через час и через три часа, а через сутки уровень его падал до нормальных или ниже нормальных величин; этот тип нагрузочной кривой считался нормальным.

Для правильной трактовки получаемых изменений в обмене железа в группе краевых анемий Таджикистана, были обследованы в качестве своеобразного контроля больные с другими видами анемий (постгеморрагическая, хлороз и др.). Уровень сывороточного железа у этих больных не отличался от приводимого в литературе. Более показательной для определения тяжести анемии и прогноза оказалась нагрузочная кривая. Было выделено три типа патологических кривых: плоская, извращенная, торпидная.

В качестве контрольной группы, взятой с целью выяснения значения печени и селезенки в развитии краевых анемий, была обследована группа больных с острыми и хроническими поражениями печени, а также больные до, во время и после операции спленэктомии.

В группе краевых анемий Таджикистана, разбитой на три подгруппы (с учётом ведущего патогенетического фактора) было найдено, что эти анемии в основном гипохромные, гипорегенераторные, макроцитарные. Эритроцитометрическая кривая при них изменена — вершина ее смещена вправо, основание уширено за счет увеличения диапазона вариаций диаметров эритроцитов.

Энтероколитической группе краевых анемий свойственны низкие цифры сывороточного железа (более половины случаев). Типична для этой группы нагрузочная кривая, приближающаяся к плоской. Нормальная кривая обычно совпадает с удовлетворительной регенерацией крови.

В гепатоспленомегалической группе краевых анемий нет закономерности в сдвиге сывороточного железа при однократном определении последнего. Однако нагрузочные кривые изменены — они в половине случаев приближаются к плоским. Нормальные кривые здесь также отмечены в случаях с более удовлетворительной регенерацией. Беременность усугубляет отмеченные в указанных группах изменения.

Наблюдения в клинике показали, что лечение больных краевыми анемиями только препаратами железа в большинстве случаев не давало эффекта. Камполон, фолиевая кислота, витамин B_{12} сами также не давали часто полного эффекта. Наилучший и наиболее полный эффект был получен при назначении железа после лечения указанными выше препаратами.

Таким образом, изучение клинических данных, динамики колебаний уровня сывороточного железа и результатов пробы с нагрузкой железом в группах краевых анемий Таджикистана, имеющих сложный генез, позволяет считать, что в их происхождении играет роль нарушение обмена железа, зависящее от ряда причин.

---

65. ТАДЖИЕВ Я. Т.

оконч. Ташкентский мед. ин-т в 1944 г., дисс. канд.

ОСУЩЕСТВЛЕНИЕ ЛЕНИНСКОЙ НАЦИОНАЛЬНОЙ ПОЛИТИКИ В РАЗВИТИИ СОВЕТСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

1 том, 425 стр., в лит. указат. 411 отеч. источн. Защ. в декабре 1954 г. во 2-м Московском мед. ин-те.

В результате осуществления ленинской национальной политики ранее отсталые национальные окраины царской России превратились в передовые советские республики с развитой промышленностью и сельским хозяйством, достигли невиданного политического, экономического и культурного расцвета. Одной из замечательных иллюстраций осуществления этой национальной политики является развитие советского здравоохранения.

Работа состоит из четырех глав. В первой (вводной) главе дано освещение основных принципов и достижений ленинской национальной политики. Во второй главе дана характеристика: а) строительства советского здравоохранения в целом (рост кадров и бюджета здравоохранения, развитие сети лечебно-профилактических учреждений); б) организации охраны материнства и детства и в) развития санитарно-противоэпидемической организации. В третьей главе освещены успехи борьбы в основном с так называемыми социально-бытовыми болезнями которые в силу исторических условий имели большое распространение среди населения национальных окраин при царизме. В четвертой главе дана краткая характеристика современного состояния медицинского дела в странах зарубежного Востока, находящихся, примерно, на том, же уровне, с которого фактически начали свое развитие в советскую эпоху социалистические республики Востока.

В национальных республиках здравоохранение пришлось строить на пустом месте, так как в прошлом не было даже той ничтожной сети медицинских учреждений, которая имелась в центральных областях царской России. Процветала шаманская, знахарская и табибская «медицина».

В республиках советского Востока развитие здравоохранения началось с первых дней победы Великой Октябрьской социалистической революции. Оно усиленными темпами начало развиваться после национально-территориального размеживания народов Средней Азии (с 1924 г.) и достигло зна-

чительных успехов в годы предвоенных пятилеток, Великой Отечественной войны и особенно в послевоенный период.

Поразительные успехи советского здравоохранения в национальных республиках, как результат осуществления ленинской национальной политики, особенно отчетливо выступают при сравнении с жалким положением медицинского дела в колониальных и зависимых странах зарубежного Востока, где проводимые меры по здравоохранению направлены только на то, чтобы обезопасить колонизаторов, их войска и местную буржуазию, главным образом, от особо-опасных инфекций. Усиление национально-колониального гнета, отвратительные жилищно-бытовые условия и отсутствие элементарных санитарно-противоэпидемических мероприятий способствуют неуклонному развитию особо-опасных инфекций (оспы, чумы, холеры), социальных (туберкулеза, венерических, болезней, трахомы малярии) и других инфекционных заболеваний и ведут народы этих стран к вырождению и вымиранию.

Практика строительства советского здравоохранения и его успехи имеют международное значение. При бескорыстной помощи Советского Союза, учитывая его огромный опыт, страны народной демократии идут по пути социалистического строительства. В этих странах произведены коренные преобразования и в области здравоохранения, которое развивается по славному пути, проложенному советским здравоохранением.

Величественные перспективы нового роста материального и культурного уровня жизни народа, намеченные в решениях Партии и Правительства, открывают широкую возможность для дальнейшего развития советского здравоохранения, расцвета физических и духовных сил советского народа.

---

66. АХМЕДОВ К. Ю.

оконч. Ташкентский мед. ин-т в 1941 г., дисс. канд.

К ХАРАКТЕРИСТИКЕ ИЗМЕНЕНИЙ ВЫСШЕЙ НЕРВНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПРИ КИСЛОРОДНОМ ГОЛОДАНИИ

1 том, 190 стр., в лит. указат. 158 источн. (137 отеч., 21 иностр.). Защ. в январе 1955 г. в АМН СССР (Москва).

В данной работе была изучена возможность образования новых условных рефлексов и выработки отдельных видов внутреннего торможения на разных уровнях барометрическо-

го давления. Опыты ставились на семи собаках, принадлежащих разным типам высшей нервной деятельности, в барокамере, которая была приспособлена как камера условных рефлексов. Всего поставлено 1035 опытов, из них 422 на высотах 2, 3, 4, 6, 7, 8 тыс. метров над уровнем моря.

Результаты исследований показали, что новые положительные условные рефлексы образовались с некоторой разницей в скорости у всех животных на всех уровнях пониженного барометрического давления. Однако ход образования, прочность и дальнейшая их судьба существенно отличались у разных животных. Дифференцировки образовались не у всех собак.

У трех собак на высотах 3, 4, 6 тыс. м было обнаружено ослабление процесса возбуждения, что привело к возникновению гипнотических фаз с последующим исчезновением ранее выработанных условных рефлексов. Применяя разные способы усиления корковых процессов, удалось восстановить условные рефлексы и на этом фоне выработать дифференцировку. Однако незначительное увеличение подъема приводило к новому окончательному срыву высшей нервной деятельности. Наблюдавшиеся изменения в условно-рефлекторной деятельности и в поведении животного при подъемах, связывались с обстановкой эксперимента и воспроизводились в порядке условного рефлекса при имитации подъема. Эти животные, как впоследствии показали специальные опыты, оказались представителями слабого типа высшей нервной деятельности.

У животных сильного типа на высотах 6—7 тыс. м образовались новые условные рефлексы (положительные и дифференцировки). Они были прочными даже при многократном воздействии больших высот. Такая высотоустойчивость, по-видимому, обусловлена высоким пределом работоспособности клеток коры головного мозга у животных сильного типа и включением ряда мощных защитных механизмов, способных оберегать сами корковые клетки от пагубных влияний резкого недостатка кислорода.

У животных сильного типа удалось выработать тонкую дифференцировку на высоте 6000 м., а также приспособление и устойчивость организма на большие высоты в результате систематических повторных подъемов. Как правило, все животные значительно увеличивали свой «потолок» после тренировочных подъемов.

В ходе работы получены данные о динамике активных корковых торможений, указывающие на то, что угасательное торможение наступает тем быстрее, чем больше высота, а

дифференцировочное торможение несколько углубляется на больших высотах.

Таким образом, в зависимости от типологических особенностей, часть животных выбывала из строя по мере усложнения задач по образованию новых условных рефлексов и нарастанию степени кислородного голодания, тогда как другая часть животных показывала большую приспособляемость и высотоустойчивость высшей нервной деятельности, несмотря на сложные и трудные нервные задачи в условиях резкого недостатка кислорода.

---

67. ПИЛОСОВ А. М.

оконч. Ташкентский мед. ин-т в 1942 г., дисс. канд.

О НЕКОТОРЫХ ИЗМЕНЕНИЯХ КИШЕЧНОЙ МИКРОФЛОРЫ БОЛЬНЫХ ДИЗЕНТЕРИЕЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ИХ АНТИБИОТИКАМИ

1 том, 192 стр., в лит. указат. 220 источн. (170 отеч., 50 иностр). Защ. в январе 1955 г. в АМН СССР (Москва).

В последние годы для лечения бактериальной дизентерии широко стали применяться антибиотики. Однако в литературе почти не встречается работ, освещающих влияние антибиотиков на кишечную микрофлору больных дизентерией.

Автор в эксперименте и при лечении людей изучал: влияние отдельных антибиотиков и их сочетаний на кишечную палочку; изменения чувствительности кишечной палочки при применении отдельных антибиотиков; возможности задержки образования лекарственно-устойчивых форм бактерий путем применения сочетаний антибиотиков. Изучалось также влияние иммунохимиотерапии на высеваемость из фекалий дизентерийных бактерий у больных дизентерией.

Исследования показали, что под влиянием синтомицина, гриземина, стрептомицина в фекалиях белых мышей в той или иной степени уменьшалось количество кишечных палочек. Степень уменьшения содержания кишечных палочек в фекалиях зависела от дозы антибиотика, кратности и продолжительности применения его. Опыты показали, что синтомицин, гриземин, стрептомицин, вызывали угнетение размножения кишечных палочек в организме белых мышей только в период применения антибиотиков. Указанные антибиотики не могли вызывать полного очищения кишечника от кишечных палочек.

Вместе с тем под их влиянием значительно снижалась чувствительность бактерий к ним.

Были изучены также некоторые изменения кишечных палочек у больных дизентерией как при лечении их одними антибиотиками, так и при лечении антибиотиками в сочетании с активной иммунизацией (иммуно-химиотерапия).

При одновременном введении в организм больных хорошо всасывающегося антибиотика (синтомицина, левомицетина) с плохо всасывающимся (стрептомицином, гриземинном) можно достигнуть высокой концентрации антибиотиков в крови и в кишечнике, что весьма важно при лечении дизентерии.

Наиболее сильное угнетение размножения кишечных палочек в организме больного наступает под влиянием стрептомицина, затем следует синтомицин и гриземин. Относительно слабое угнетение размножения кишечных палочек, наблюдаемое при лечении гриземинном, следует объяснить недостаточностью примененной суточной дозы препарата. Применение для лечения больных дизентерией двух антибиотиков вызывает очень резкое угнетение размножения кишечных палочек (например, сочетание синтомицина с гриземинном или стрептомицином).

После прекращения лечения в первые же два-три дня количество кишечных палочек в фекалиях восстанавливается. Комбинации антибиотиков для лечения дизентерии имеют свое преимущество еще и в том, что понижение чувствительности бактерий к сочетанию антибиотиков происходит медленнее, чем при лечении каким-либо одним антибиотиком.

Исследования на обезьянах, проведенные под руководством В. Л. Троицкого, свидетельствуют, что одни антибиотики не обеспечивают стойкое очищение организма животных от дизентерийных бактерий. Нельзя обеспечить очищения организма больного от них и при использовании других средств (сульфамиды, вакцина Черноховостова, сонная терапия и др.). Однако при лечении комбинированным методом (вакцина+антибиотики) дизентерийные микробы не выделяются спустя 1—1,5 месяцев после окончания лечения у обследованных лиц. Это дает основание считать, что химио-иммунотерапия способствует очищению организма больных от дизентерийных бактерий.

68. АБДУЛЛОХОДЖАЕВ З. Я.

оконч. Таджикский мед. ин-т в 1950 г., дисс. канд.

МАТЕРИАЛЫ О ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ БРУЦЕЛЛЕЗОМ

1 том, 311 стр., в лит. указ. 232 источн. (196 отечеств. и 36 иностр.).
Защ. в феврале 1955 г. в ЦИУ (Москва)

Полиморфизм клинической симптоматологии бруцеллеза, а также способность возбудителя на неограниченно долгое время сохраняться в организме человека и давать многочисленные обострения и рецидивы, затрудняет разработку наиболее эффективной терапии больных бруцеллезом. С другой стороны, в патогенезе этого заболевания недооценивалась ведущая роль макроорганизма, что также немало препятствовало разрешению вопроса.

Автором была поставлена задача выяснить клиническую эффективность наиболее распространенных в настоящее время методов лечения больных бруцеллезом (вакцинотерапия, гемотрансфузия, а также применяемые новые советские антибиотики—левомицитин, биомицин и синтомицин) и дать сравнительную их оценку. Кроме того, при изучении вышеуказанных вопросов автор стремился найти более эффективный метод лечения, особенно при хронических, вяло и длительно протекающих формах бруцеллеза, при которых существующие методы лечения не являются в полной мере эффективными и полноценными. С этой целью была применена лихорадка, вызываемая методом электропирексии.

После проведенного лечения 127 бруцеллезных больных, автор пришел к заключению, что ведущее место остается за вакцинотерапией, в частности за двухэтапным ее введением, хотя и этот метод не во всех случаях давал должный терапевтический эффект, а в ряде случаев после проведенной вакцинотерапии наступали рецидивы. Применяемые в последнее время при лечении бруцеллеза, особенно острых форм, мощные терапевтические препараты—антибиотики, не всегда предотвращали рецидивы заболевания.

Относительно новым щадящим методом, не вызывающим шоковых явлений, оказался метод искусственного вызывания лихорадки (электропирексия). Преимущество этого метода заключается в возможности вызвать у всех больных, безотказно «лихорадочную реакцию», и, самое главное, в возможности довольно точного регулирования силы этой «лихорадочной реакции». Проведенная электропирексия у 26 больных, страдающих хронической формой бруцеллеза с преимущественным поражением локомоторного аппарата, дала по-

ложительный терапевтический эффект у 25 больных. Все реконвалесценты были выписаны в стадии полной компенсации.

Назначение вакцинотерапии, антибиотико-терапии и электропирексии должно быть строго дифференцированным, с учётом течения и фаз инфекционного процесса при сохранении принципа комплексной терапии. Электропирексия пополняет собой существующие методы лечения больных бруцеллезом, особенно при хронических формах с преимущественным поражением локомоторного аппарата, а также при вакцинонегативных формах бруцеллеза. Однако этот метод требует дальнейшего изучения.

Дальнейшая разработка вопросов лечения больных бруцеллезом должна итти по пути изыскания новых, более мощных и надежных методов лечения, предупреждающих возможные рецидивы болезни.

---

69. ПУЛАТОВ А. Т.

окончил 1-й Московский мед. ин-т в 1949 г., дисс. канд.

МАТЕРИАЛЫ К ИЗУЧЕНИЮ НОМЫ И ЕЕ ПОСЛЕДСТВИЙ

2 тома, 270 стр., в лит. указ. 170 источн. (145 отечеств. и 25 иностр.). Защ. в февр. 1955 г. в Таджикском мед. ин-те.

В результате критического разбора ранее предложенных теорий патогенеза номы, автор, приходит к выводу, что теория нервной дистрофии А. Д. Сперанского является наиболее обоснованной. Материал работы охватывает 119 больных номой (с 1940 по 1950). Наибольшее количество больных поступило в первые годы исследуемого периода. В условиях Душанбе и окружающих его районов в заболевании номой основную роль сыграли малярия (у 48% больных) и кишечные заболевания, чаще всего хронические энтероколиты и дизентерия (у 25% больных). Благодаря широким профилактическим мероприятиям, резкому снижению заболеваемости малярией и дизентерией, и неуклонному повышению материального благосостояния трудящихся, за последние годы исследуемого периода заболевание номой резко снизилось. Изучение литературы и клинические данные Душанбинской инфекционной больницы показали, что в возникновении номы ведущее место принадлежало неблагоприятному социально-бытовому фону, в результате чего, по-видимому, постепенно развивалась «стандартная форма нервной дистрофии» (по А. Д. Сперанскому). Что же касается непосредственно предшествующих

номе инфекционных заболеваний, то они являются «последним ударом», провоцирующим заболеванием номой.

В результате изучения 30 больных с последствиями номы, на основании клинических и рентгенологических данных автор пришел к мнению, что, по-видимому, у больных имели место дегенеративные изменения ствола тройничного нерва на стороне дефекта лица. За это предположение, по мнению автора, говорят следующие факты: 1) асимметрия лица за счет атрофии мягких тканей и альвеолярных отростков челюстей пораженной половины щеки и челюстей; 2) выраженный во всех случаях четкий остеопороз пораженной половины челюстей; при наличии дефекта средней части лица (обширные дефекты всей верхней и нижней губы) остеопороз челюстей оказывался диффузным и выраженным на всем протяжении; 3) нарушение трофики тканей—чрезвычайно плохое приживление лоскутов, особенно на лице.

Менее резко выраженные трофические расстройства у больных, поступивших через продолжительное время (через 10 и более лет) после номы, указывают на наступающие регенеративные изменения нервных окончаний по краям дефекта. При исследовании тканей, взятых с краев дефекта при пластике у больных с последствиями номы, обнаруживался резко выраженный распад нервных окончаний.

В заключительной главе, посвященной устранению дефектов лица после номы, обсуждая сроки и показания к устранению дефектов, автор рекомендует устранять дефекты лица после номы как можно раньше после заживления язвы у больных с хорошим питанием; при этом необходима полноценная предоперационная подготовка. В результате пластики дефектов лица после номы, автор приходит к выводу, что: а) дефекты после номы, занимающие одну треть или половины губы, подлежат устранению местной пластикой; б) дефекты, занимающие две трети или всю губу, дефекты угла рта и щеки лучше всего устранять лоскутами на ножках (височно-теменным или пращевидным с головы у мужчин и плечегрудным лоскутом по Рауэру у женщин).

---

70. БУШУЕВА Г. И.

оконч. Самаркандский мед. институт в 1939 г., дисс. канд.

ГЕМОЛИТИЧЕСКИЙ СТРЕПТОКОКК У БОЛЬНЫХ СКАРЛАТИНОЙ, АНГИНАМИ И У ЗДОРОВЫХ НОСИТЕЛЕЙ В ГОРОДЕ ДУШАНБЕ

1 том, 172 стр., в лит. указат. 192 источн. (150 отеч. и 42 иностр.). Защ. в марте 1955 г. в Самаркандском мед. ин-те.

На фоне относительно низкой заболеваемости скарлатиной среди детей Таджикистана, автором была изучена инфицированность зева и носа гемолитическим стрептококком у больных скарлатиной.

Высеваемость гемолитического стрептококка у больных скарлатиной в начале болезни была равна 90,2%, у реконвалесцентов—55,3%. Обсемененность зева у больных скарлатиной в Душанбе в 10—14 раз меньше по сравнению с аналогичными данными в Москве и Ленинграде. У больных ангинами гемолитический стрептококк был обнаружен в зеве в 53,8%; у детей стрептококки при ангинах высевались в полтора раза чаще, чем у взрослых.

Частота носительства гемолитического стрептококка у здоровых детей, в городе Душанбе составляла 11%. Среди детей, находившихся в контакте с больными скарлатиной, носительство гемолитического стрептококка было обнаружено в 19,1%. В детских коллективах, где заболеваний скарлатиной не было в течение 5—6 месяцев, частота носительства составляла 4,5%. При обследовании на носительство гемолитического стрептококка 253 детей и взрослых в городе Хороге, где в течение многих лет не было заболеваний скарлатиной, гемолитический стрептококк не был обнаружен ни разу.

Путем типирования штаммов гемолитического стрептококка, выделенных от больных скарлатиной, были найдены стрептококки 12 серологических типов. Чаще всего обнаруживались стрептококки I типа (35,6%) и IV типа (32,3%). У больных ангинами чаще всего обнаруживались стрептококки I и IV типов, причем в 60,3% выделенные штаммы не агглютинировались имевшимися у автора сыворотками. У здоровых носителей были обнаружены стрептококки тех же типов, что и у больных скарлатиной. Вместе с тем, у 32,2% из них штаммы не агглютинировались набором сывороток автора.

При изучении смены типов гемолитических стрептококков у больных скарлатиной, было установлено, что в группе больных, осложненной скарлатиной, смена типов гемолитических

стрептококков была равна 62,6%, в то время как в группе больных не осложненной скарлатиной смена типов наблюдалась в 39,1%. Эти данные свидетельствуют о значительной частоте реинфекций новыми типами гемолитического стрептококка, связанной с условиями госпитализации обследованных больных.

Низкие количественные показатели обсемененности зева у больных скарлатиной, ангиной и здоровых носителей и незначительное распространение носительства гемолитического стрептококка даже в окружении больных скарлатиной следует, по-видимому, объяснить быстрым очищением зева от стрептококков, что, возможно, обусловлено благоприятным действием климатических факторов на макроорганизм.

---

71. КАЛЬШТЕЙН Л. И.

оконч. 1-й Московский мед. ин-т в 1947 г., дисс. канд.

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГАЙМОРИТА У ДЕТЕЙ

1 том, 150 стр., в лит. указ. 167 источн. (113 отеч. и 54 иностр.). Защ. в марте 1955 г. в Таджикском мед. инс-те.

Вопрос о поражении верхнечелюстных пазух у детей в литературе освещен слабо. Объясняется это укоренившимся мнением о том, что гаймориты в детском возрасте встречаются исключительно редко. В то же время нельзя согласиться с зарубежными авторами, которые, руководствуясь, в основном, данными рентгенологического исследования, указывают на исключительно частое поражение верхнечелюстных пазух у детей.

Отсутствие ясности в этом возрасте побудило исследовать состояние гайморовых пазух у детей, страдающих хроническим насморком. При этом, наряду с обычными методами исследования, была использована контрастная рентгенография, цитологический анализ слизи носа, пробная пункция и бактериологическое исследование содержимого пазух.

Всего было обследовано 308 детей с хроническим ринитом (из них 207 аденоидными разращениями) и 161 ребенок с различными заболеваниями, но без жалоб на нарушения со стороны носа. Для сравнения было обследовано 102 здоровых ребенка. Всего—571 ребенок в возрасте от 3-х до 14 лет.

При рентгенологическом обследовании нарушение воздушности гайморовых пазух обнаружено у 237 детей с хрониче-

ским ринитом (77%). У детей с хроническим ринитом и аденоидными разращениями пониженная воздушность придаточных пазух носа на рентгенограмме определялась несколько чаще (80%), нежели у детей с хроническим ринитом без аденоидных разращений (70%). Пункция верхнечелюстной пазухи с диагностической целью была произведена в 112 случаях. В 17 пазухах была обнаружена слизь, в 30—гной и в 8—янтарного цвета жидкость. Данные контрастной рентгенографии показали, что при отсутствии секрета в верхнечелюстной пазухе затемнение последней обусловлено резким набуханием слизистой оболочки. В большинстве случаев это набухание являлось вторичным и происходило параллельно с набуханием слизистой полости носа.

При рентгенологическом исследовании 161 ребенка с различными заболеваниями внутренних органов пониженная воздушность верхнечелюстной пазухи обнаружена у 103 больных (64%). Пробная пункция, произведенная в 14 случаях, ни разу не дала положительных результатов.

При сравнении данных пробной пункции гайморовых пазух с результатами цитологического анализа слизистого отделяемого носа, оказалось, что при серозных и гнойных гайморитах количество лейкоцитов в слизи носа колебалось от 150 до 200 в поле зрения. Если же затемнение в верхнечелюстной пазухе на рентгенограмме обусловлено набуханием слизистой оболочки, то количество лейкоцитов в слизи носа не превышала 100 в поле зрения.

Результаты бактериологического исследования 78 пазух служили подтверждением высказанного ранее положения, что у детей с хроническим ринитом затемнение верхнечелюстной пазухи на рентгенограмме далеко не всегда (только в 18%) свидетельствует о наличии гайморита.

Из консервативных методов лечения гайморита наилучшее действие оказало сочетание анемизации слизистой среднего носового хода 0,1% адреналином с УВЧ-терапией. Прекрасный эффект получался от применения пункции с промыванием и последующим введением в полость 20 тыс. ед. пенициллина. Пункции повторялись до 5 раз с промежутками в 2—3 дня.

Из 167 детей с аденоидными разращениями, у которых на рентгенограмме было обнаружено нарушение воздушности придаточных пазух, повторное обследование было произведено у 89 через 14—15 дней после аденоидотомии. У 88 детей было отмечено полное восстановление носового дыхания, исчезновение головных болей и воспалительных явлений в полости носа, а также восстановление нормальной воздушности придаточных пазух. В это число вошло также 18 детей из

19, где затемнение верхнечелюстных пазух на рентгенограмме было обусловлено гайморитом.

Таким образом, гаймориты у детей с хроническим ринитом и аденоидными разращениями в большинстве случаев после аденоидотомии проходят.

---

72. БАКАНСКАЯ В. В.

оконч. Таджикский мед. ин-т в 1950 г., дисс. канд.

МАТЕРИАЛЫ ПО ПАТОЛОГИИ ПРОНИЦАЕМОСТИ СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

1 том, 175 стр., в лит. указ. 88 источн. (59 отеч., 29 иностр.). Защ. в апреле 1955 г. в Таджикском мед. ин-те.

Нарушения проницаемости капилляров являются ведущими звеньями в патогенезе разнообразнейших патологических процессов. Особенно большое значение имеют эти нарушения при шоковых состояниях и при развитии воспалительных процессов.

Автором проведено исследование о влиянии воспалительного процесса на состояние проницаемости сосудистой системы вне воспалительного очага. Для изучения этого вопроса применялось внутривенное введение белков, меченных J^{131}. Внутривенно введенные меченые белки за 3—5 минут распределяются по всей сосудистой системе, затем начинают покидать сосудистое русло с относительно небольшой скоростью. Этот процесс обусловлен перемещением белка в тканевую внеклеточную жидкость и протекает до достижения равновесного состояния. Скорость этого процесса зависит от состояния проницаемости сосудистой системы и от характера примененного белка.

Была исследована сосудистая проницаемость у кроликов и собак при пептоновом шоке, при развитии острого асептического воспаления и при ожогах.

Состояние проницаемости капилляров вне воспалительного очага определялось: 1) по скорости удаления из сосудистого русла в ткани внутривенно введенного меченого белка; 2) по скорости появления его в лимфе грудного протока и 3) по увеличению содержания его в тканях.

Внутривенно введенный меченый белок удалялся из сосудистого русла здоровых собак медленнее, чем у собак при развитии пептонового шока. До шока и после введения пептона концентрация сывороточного белка оставалась одинако-

вой. Снижение активности крови зависело не от разведения сывороточных белков жидкостью, поступившей из тканей, а обусловлено нарушенной проницаемостью сосудистой системы, способствующей более быстрому выходу меченых белков из сосудистого русла в ткани.

Через 48 часов после подкожного введения скипидара при развитии асептического воспаления, внутривенно введенный кроликам и собакам альбумин, меченный J^{131}, быстрее удалялся из крови, чем у контрольных здоровых животных. При развитии пептонового шока, скипидарного абсцесса и ожогах кожи меченый белок появлялся быстрее в лимфе грудного протока, чем у контрольных здоровых животных.

Скорость появления меченого белка в лимфе грудного протока здоровых собак равнялась в среднем 11 минутам, при шоке—3 минутам, при развитии скипидарного абсцесса—6 минутам, а при ограниченном ожоге кожи I—II степени—4 минутам.

Содержание меченого белка в тканях и органах через 2 часа после его внутривенного введения было выше у собак с ожогами, чем у контрольных животных.

Нарушение проницаемости сосудистой системы организма при развитии острого асептического воспаления и ожогах выражены менее, чем при развитии пептонового шока. Однако, и при воспалении (скипидарный абсцесс, ожоги) отмечалось отчетливое нарушение проницаемости капилляров вне очага воспаления.

---

73. ДАТХАЕВ Ю. И.

оконч. Таджикский мед. ин-т в 1946 г., дисс. канд.

СРАВНИТЕЛЬНЫЕ ДАННЫЕ О ЗАЖИВЛЕНИИ ПЕРЕЛОМОВ В УСЛОВИЯХ ВЫСОКОГОРЬЯ И ДОЛИНЫ

(экспериментальное исследование)

1 том, 158 стр., в лит. указ. 145 источн. (133 отечеств. и 12 иностр.).

Защ. в апр. в 1955 г. в Таджикском мед. ин-те.

Изучение заживления закрытых переломов в условиях высокогорья и долины проводилось на 108 кроликах, из них 54 кролика находились в течение 35 дней в высокогорной местности—на Анзобском перевале Гиссарского хребта (3379 метров над уровнем моря). Контрольные опыты на 54 кроликах проводились в Душанбе. Срок наблюдения исчислялся 30 днями после перелома.

Изучение заживления переломов производилось путем осмотра, ощупывания, рентгенографии и морфологического исследования мозоли на 5, 10, 15, 20, 25, 30 сутки после перелома. Кроме того в эти же сроки у экспериментальных животных производились морфологические исследования крови.

По полученным данным в периферической крови здоровых (без перелома) кроликов в условиях высокогорья наблюдались адаптационные сдвиги в красной крови. Увеличивалось количество эритроцитов до 6,5 млн. в 1 $мм^3$ и нарастал процент гемоглобина. Лимфоцитоз, наблюдаемый у кроликов в обычных условиях долины, стал еще более выражен на высоте.

У кроликов с переломами (на Анзобском перевале и в Душанбе) изменения в морфологическом составе периферической крови не одинаковы. В условиях высокогорья у кроликов после перелома изменялся характер адаптационных сдвигов в красной крови (замедленный); кроме того, у них наблюдался затяжной лейкоцитоз с преобладанием лимфоцитов, РОЭ не изменялась. В контрольной группе кроликов (в Душанбе) после перелома на короткий срок отмечались уменьшение количества эритроцитов, значительный и кратковременный лейкоцитоз нейтрофилезом, ускорение РОЭ.

При осмотре и ощупывании области перелома, подвижность отломков у кроликов в условиях высокогорья наблюдалась в более поздние сроки, чем в долине. Рентгенологически установлено, что окостенение мозоли в области перелома у кроликов в условиях высокогорья запаздывало по сравнению с контрольной группой животных в Душанбе. Морфологическое исследование развития мозоли показало более затяжной характер фазы острого воспаления и удлинение срока замены хряща костной тканью у кроликов на Анзобском перевале, чем у кроликов в Душанбе.

Таким образом, полученные данные показали замедленное заживление закрытых, неосложненных переломов большеберцовой кости у кроликов в период их адаптации к высокогорным условиям. Кроме того травма (перелом) удлиняла срок адаптации кроликов к высокогорной местности.

Отмеченные в работе отклонения в формировании костной мозоли при заживлении экспериментальных, закрытых переломов у кроликов, перемещенных из долины в высокогорную местность, разумеется, могут быть связаны с нарушением относительного физиологического равновесия, изменениями ре-

активности организма у животных в условиях высокогорья в результате аноксемии, морфологических и биохимических сдвигов в крови, изменениями обмена веществ, витамина С и минеральных солей.

---

74. ИСЛАМОВ И. И.

оконч. Таджикский мед. ин-т в 1951 г., дисс. канд.

ИЗУЧЕНИЕ ПРОЦЕССОВ РЕЗОРБЦИИ ИЗ НОРМАЛЬНОЙ И ВОСПАЛЕННОЙ КОЖИ С ПОМОЩЬЮ МЕЧЕНЫХ АТОМОВ

1 том, 147 стр., в лит. указат. 91 источн. (64 отеч., 27 иностр.). Защ. в апр. 1955 г. в Таджикском мед. ин-те.

Основной целью работы было изучение состояния проницаемости кровеносных капилляров и процессов резорбции в очаге воспаления в динамике его развития и выявление роли функционального состояния нервной системы в возникновении этих нарушений. Для разрешения этих вопросов была разработана новая, более точная и объективная методика—методика изучения состояния проницаемости кровеносных, лимфатических капилляров, капиллярного лимфо- и кровообращения и резорбционных процессов в коже с помощью меченых атомов. Для этого, в качестве индикатора, были использованы искусственные радиоактивные изотопы J^{131} в виде NaJ^{131}, P^{32} в виде $Na_2HP^{32}O^4$ и сывороточные белки, меченные радиоактивным йодом—131.

Сущность разработанной методики сводилась к следующему: в выбритый заранее участок кожи живота кролика внутрикожно с помощью туберкулинового или одногранмового шприца с иглой для внутрикожных инъекций вводилось по 0,1 мл раствора (физраствор NaCl или меченая сыворотка крови), содержащего индикаторное количество одного из вышеуказанных изотопов. Затем кожа в месте инъекции тщательно отмывалась 5—6 раз отдельными ватными тампонами, смоченными дистиллированной водой, для устранения влияния капли раствора изотопа выступающей после извлечения иглы, на результат исследования. Регистрация излучения (количество импульсов) проводилась аппаратом типа «Б» в части опытов торцовым счётчиком, а в части—счетчиком «Б-2», устанавливаемым на расстоянии в 1 см над местом введения раствора изотопа. Состояние проницаемости кровеносных, лимфатических капилляров, крово-и лимфообращения в них определялось по времени полуудаления изотопов из места

их введения. Для этого, на основании полученных данных, строились кривые в полулогарифмической системе координат (на абсциссе-время в минутах, на ординате—логарифмы чисел импульсов за минуту). Затем из графика находилось время, за которое логарифм чисел импульсов уменьшается на логарифм 2, т. е. на 0,3. При разрабатывании этой методики был установлен ряд методических предосторожностей, соблюдение которых необходимо для точного суждения о результатах исследования (постоянство расстояния между счётчиком и местом введения изотопа, начальная активность раствора изотопа, начало регистрации после введения в кожу изотопов и ее продолжительность, влияния температурного фактора, фиксации изотопов на результаты исследования и т. д.).

Изучение влияния воспаления на динамику процесса резорбции из кожи и выявление роли нервной системы в возникновении капиллярных нарушений проводилось в 5 сериях исследований (70 кроликов). Результаты исследования показали следующее:

1. Измерение проницаемости, резорбционной способности капилляров кожи и состояние кровообращения в них с помощью меченых атомов значительно точнее и объективнее, чем существующие способы (относительная величина квадратической ошибки измерения равна ±3—4%). Показателем является время полуудаления внутрикожно введенного изотопа, определяемого из полулогарифмического изображения результатов опытов. Для этого по графику находится время, за которое логарифм числа импульсов уменьшается на логарифм 2, т. е. на 0,3.

2. При одновременном применении NaJ^{131} и сывороточного белка, меченного J^{131}, видимо, можно раздельно судить о функциональном состоянии кровеносных и лимфатических капилляров кожи.

3. Применение меченых атомов позволяет изучать нарушение проницаемости капилляров и кровообращения в них, в отличие от волдырной и флюоресцеиновой проб не в статике, а в динамике.

4. В самом начале развития воспалительного процесса (в течение первых 10 минут от момента нанесения на кожу ксилола) скорость удаления низкомолекулярных веществ (NaJ^{131} и $Na_2HP^{32}O_4$) из очага воспаления ускоряется. Это может быть объяснено развитием артериальной гиперемии (увеличение резорбирующей поверхности и числа функционирующих капилляров, ускорение кровотока в них) под влиянием воспалительного агента. В поздних стадиях развития воспаления скорость удаления тех же веществ из очага воспаления замедляется. Это является следствием перехода артериальной

гиперемии в венозную (замедление кровотока, развитие стаза в очаге воспаления и сдавление капилляров воспалительным выпотом).

5. При глубоком эфирном наркозе скорость удаления низкомолекулярных веществ из нормальной кожи замедляется. Развитие воспалительного процесса и нарушение проницаемости капилляров от действия воспалительного агента при глубоком эфирном наркозе резко тормозятся.

6. Развитие воспаления и воспалительного отека является защитной реакцией организма, так как приводит к затруднению всасывания токсических веществ из очага воспаления, т. е. к относительному отграничению очага воспаления от организма.

---

75. МИТЕЛЬМАН Г. М.

оконч. Таджикский мед. ин-т в 1944 г., дисс. канд.

РЕАКЦИЯ АРИСТОВСКОГО У БОЛЬНЫХ СКАРЛАТИНОЙ

1 том, 183 стр., в лит. указ. 307 источн. Защ. в апр. 1955 г. в Таджикском мед. ин-те.

Кожные реакции на стрептококковую вакцину у больных скарлатиной впервые были отмечены в 1906 г. Г. Н. Габричевским. Впоследствии в Советском Союзе реакция получила название феномена Аристовского.

Феномен Аристовского исследовался у 827 здоровых и больных скарлатиной. Всего было поставлено 1583 внутрикожных пробы, из них у 200 больных скарлатиной 756 проб. Из 200 больных скарлатиной, обследованных в 1947—1954 гг., у 81% скарлатина протекала легко, в 2% тяжело. Преобладали дети в возрасте от 3 до 7 лет (110 больных). В первую неделю заболевания скарлатиной у 94,6% детей феномен Аристовского был отрицательным. По миновании острого периода болезни, главным образом со второй недели заболевания, реакция становилась положительной и ее интенсивность нарастала на фоне улучшения общего состояния больного. Количество выраженных кожных реакций на стрептококковый корпускулярный антиген на 4—6 неделе болезни достигало 85,5%. Чем тяжелее протекало заболевание скарлатиной у детей, тем позже у них появлялись реакции на введение стрептококкового корпускулярного антигена. У 18 больных удалось наблюдать появление кожных реакций не через сутки с момента введения антигена, а значительно позже. У 15 из 18 детей так называемые «запоздалые» реакции возникали на второй неделе заболевания скарлатиной, в период выраженной специфической реактивности организма.

Феномен Аристовского в известной степени подвержен влиянию неспецифической реактивности организма: а) количество и интенсивность положительных реакций нарастали с возрастом детей; до трех месяцев не только больные, но и здоровые дети на введенный внутрикожно антиген не реагировали, у детей 1—2 лет наблюдались слабо-положительные реакции, у детей старше 2 лет—положительные и резко-положительные реакции; б) количество и интенсивность положительных реакций уменьшались пропорционально понижению питания обследованных;незначительное понижение питания, по-видимому, на показания реакции не влияет, тогда как прогрессирующее понижение питания сопровождается слабо положительной или же отрицательной реакцией; реакция кожи на стрептококковый корпускулярный антиген в значительной степени отражает состояние специфической и в меньшей степени неспецифической реактивности скарлатинозного больного.

Реакция Аристовского является показателем наступившей специфической реактивности организма к стрептококку и может быть использована для изучения патогенеза скарлатины, а также в качестве дополнительного метода диагностики стертых ее форм.

---

76. РАССОЛОВА Л. Н.

оконч. 3-й Московский мед. ин-т в 1941 г., дисс. канд.

РОЛЬ ВНУТРИКОСТНОЙ ФИКСАЦИИ МЕТАЛЛИЧЕСКИМ СТЕРЖНЕМ ПРИ ОТКРЫТЫХ ИНФИЦИРОВАННЫХ ПЕРЕЛОМАХ

(экспериментальное исследование)

1 том, 237 стр.+2 альбома, в лит. указ. 84 источн. (51 отечеств., 33 иностр.). Защ. в мае 1955 г. в Таджикском мед. ин-те.

Задачей работы являлось изучение внутрикостной фиксации металлическим стержнем при открытых инфицированных переломах в условиях эксперимента. Критериями для выводов служили рентгенологические, бактериологические, гисто-

логические исследования и клинические наблюдения над течением открытого перелома.

Все опыты проводились на взрослых собаках в возрасте от 1,5 до 7 лет с весом 5—20 кг. Перелом наносился долотом и молотком на различных уровнях, рана засыпалась грязью, пылью с примесью шерсти; получались различные переломы: косые, поперечные, оскольчатые. Операции производились в основном под местным обезболиванием через 8, 16, 24, 48 часов. Наблюдению были подвергнуты 44 собаки со сроками наблюдения 1, 3, 7, 14, 21 день, 1—2—3—4—5—9 месяцев. Весь материал распределен на 3 серии: первая серия—контрольная, после операции костные отломки иммобилизовались гипсовой повязкой; во второй и третьей сериях иммобилизация костных отломков достигалась внутрикостной фиксацией металлическим желобчатым стержнем. В третьей серии подопытным животным обязательно вводились антибиотики. Во всех трех сериях после обработки раны накладывались глухие швы. В первой и второй сериях оперировалось по 11 собак, в третьей—22.

Эксперименты показали, что:

1) Иммобилизация открытого инфицированного перелома гипсовой повязкой в условиях отсроченной хирургической обработки, т. е. спустя 8 ,16, 24, 48 часов, в подавляющем числе случаев не давало возможности не только сопоставить костные отломки, но и удержать их в правильном положении. Из 11 собак контрольной серии у 5, вследствие длительного нагноения, образовались ложные суставы, у двух деформация бедра; с укорочением конечности.

2) При иммобилизации открытого инфицированного перелома методом внутрикостной фиксации металлическим стержнем с последующим глухим швом без введения антибиотиков нагноение раны наблюдалось только в двух случаях. В аналогичных условиях с введением антибиотиков (22 животным) нагноение ран не наблюдалось.

3) Консолидация открытого инфицированного перелома в условиях внутрикостной фиксации металлическим стержнем и имеющейся полной неподвижности отломков при гистологическом и рентгенологическом исследовании наступала в обычные (2 ½—3 месяца) сроки. При наличии подвижности отломков на стержне консолидация перелома, как гистологически, так рентгенологически наступала в более поздние сроки.

4) Пребывание металлического стержня в костномозговом пространстве не вело к каким-либо особенным изменениям в кортикальном слое кости.

---

77. АБДУРАХМАНОВ Ф. А.

оконч. Таджикский мед. ин-т в 1952 г., дисс. канд.

АРТЕРИАЛЬНОЕ КРОВОСНАБЖЕНИЕ КРАСНОГО ЯДРА МОЗГА ЧЕЛОВЕКА

1 том, 214 стр., в лит. указат. 145 источн. (103 отеч., 42 иностр.). Защ. в июне 1955 г. во 2-м Московском мед. ин-те.

Несмотря на большое количество работ по кровоснабжению головного мозга, сравнительно мало внимания уделялось изучению внутриорганного кровоснабжения ядер центральной нервной системы.

Ввиду имеющихся противоречий по вопросу о кровоснабжении красного ядра, автор поставил задачу изучить: 1) источники артериального кровоснабжения красного ядра и 2) зоны их распределения внутри последнего. Для решения первой задачи был применен метод тонкой анатомической препаровки (метод расщипывания) на предварительно инъицированных латексом препаратах. Для решения второй задачи—метод одномоментной полихромной инъекции сосудов с последующим изучением их на серийных срезах. Для изучения кровоснабжения красного ядра как метод расщипывания, так и метод полихромной одномоментной наливки сосудов его, до настоящей работы не применялись.

Материалом для исследований служили свежие изолированные препараты мозга людей различного возраста, пола, умерших от различных причин. Работа проводилась на 135 инъицированных препаратах мозга человека.

Исследование полученного препарата проводилось при помощи: 1) тонкой анатомической препаровки, 2) макроскопического изучения серийных срезов, произведенных в двух плоскостях (фронтальной и горизонтальной), 3) просветления, 4) рентгенографии.

На основании проведенных исследований автор приходит к заключению, что источники артериального кровоснабжения красного ядра делятся на главные и дополнительные. К главным артериальным источникам питания красного ядра относятся: центральные артерии проксимального отдела задней мозговой артерии и центральные ветви четверохолмной артерии. К дополнительным источникам—задняя артерия сосудистого сплетения (первая ветвь дистального отдела задней мозговой артерии) и центральные ветви дистального отдела задней мозговой артерии.

В соответствии с данными о клеточной структуре и функции красного ядра, по внутриорганному распределению цент-

ральных артерий в нем, можно различать три отдела, причем к переднему его отделу подходит большее количество артерий. Передний отдел красного ядра кровоснабжается, главным образом, от центральных артерий проксимального отдела задней мозговой артерии и от центральных ветвей четверохолмной артерии, при непостоянном и частичном участии центральных ветвей дистального отдела задней мозговой артерии. Средний отдел снабжается кровью, в основном, за счет центральных ветвей проксимального отдела задней мозговой артерии и за счет четверохолмной артерии. В незначительном количестве случаев снабжается частично от центральных ветвей дистального отдела задней мозговой артерии. Задний отдел красного ядра снабжается кровью от центральных ветвей проксимального отдела задней мозговой артерии, от центральных ветвей четверохолмной артерии.

Таким образом, инъекция сосудов мозга латексом в сочетании с тонкой анатомической препаровкой, после предварительной специальной обработки его, делает возможным легко выявить ход артерий от начала их возникновения до морфологических образований, которые они питают.

Основным источником артериального кровоснабжения красного ядра мозга человека служит задняя мозговая артерия.

При отсутствии, или же при небольшом количестве центральных ветвей проксимального отдела задней мозговой артерии на одной стороне, кровоснабжение красного ядра осуществляется ветвями задней мозговой артерии противоположной стороны.

---

78. ЗАБОЗЛАЕВА Г. А.

оконч. Таджикский мед. ин-т в 1948 г. дис. канд.

ФАРМАКОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА АЛКАЛОИДОНОСНОГО РАСТЕНИЯ ИНКАРВИЛЛЕИ ОЛЬГИ

(Incarvillea Olgae)

1 том, 170 стр., в лит. указат. 168 источн. (150 отеч., 18 иностр.). Защ. в июне 1955 г. в ИЭМ (Ленинград)

Автором было изучено эндемичное для Таджикистана алкалоидоносное растение «инкарвиллея Ольга», издавна употребляемое местным населением в качестве лекарственного средства.

При проведении исследований был использован очищен-

ный препарат, экстрагированный по методике извлечения алкалоидов (инкарвилленом) и жидкий спиртовый экстракт, приготовленный из листьев и стеблей растения. В опытах инкарвиллен и экстракт оказывали сходное влияние, отличаясь друг от друга лишь по степени действия: инкарвиллен превосходил экстракт в среднем в 10 раз.

Проведено свыше 450 опытов на теплокровных и холоднокровных животных и использовано при этом около 20 методов фармакологического анализа. Установлена малая токсичность препаратов. В картине общего действия отчетливо проявился возбуждающий эффект на организм животного. В опытах исследовалось действие на различные отделы центральной нервной системы. У 107 белых мышей под барбамиловым наркозом при введении инкарвиллена 20 мг/кг полное восстановление функций движения наступало через 2 часа 35 минут, тогда как у контрольных оно отмечалось через 5 часов 20 минут.

Критерием функциональных изменений, происходящих в ЦНС при введении препаратов, служили—изменение каломельной гиперсекреции у собак (метод В. В. Савича) и укорочение скрытого периода сгибательного рефлекса у кроликов (методика В. В. Закусова). Возбуждающий эффект особенно заметным был на фоне угнетения ЦНС.

В ходе экспериментов были проведены сравнительные опыты с эфедрином, как растительным алкалоидом стимулирующего действия. Оказалось, что некоторые фармакологические свойства веществ сходны. Подобно эфедрину инкарвиллеи возбуждал дыхательный центр, при внутривенном введении в дозах 5 мг/кг повышал у собак кровяное давление, влияя при этом непосредственно на сосудо-двигательный центр (опыты на спинальных животных и по методике Николаева на сосудах уха кролика с сохраненной центральной иннервацией). По установлению благоприятного влияния препаратов инкарвиллеи на сердце, исследовалось действие их на сердечно-сосудистую систему собак с экспериментальной хронической сердечно-сосудистой недостаточностью. Экстракт инкарвиллеи у собак с этой патологией вызывал некоторое улучшение состояния, но излечивающего эффекта не наступало.

Симпатомиметическая направленность препаратов инкарвиллеи проявилась в опытах с раздражением чревного нерва и введением адреналина, на изолированной кишке и матке морской свинки. Симпатомиметическое действие алкалоидов инкварилеи заключалось в повышении ими чувствительности тканей к симпатическим импульсам и адреналину.

Полученные данные позволили отнести исследованные препараты из инкарвеллеи Ольги к веществам, фармакологически близким к эфедрину и сделать следующие выводы:

а) в растении инкарвиллеи Ольги содержатся физиологически активные алкалоиды;

б) инкарвиллеи в дозах 2—5 мг/кг и экстракт инкарвиллеи 30—40 мг/кг оказывают возбуждающее влияние на функции всех отделов центральной первной системы, Стимулирующее действие особенно заметно на фоне угнетения центральной первной системы наркотиками;

в) инкарвиллеи и экстракт инкарвиллеи повышают чувствительность сосудов к адреналину и симпатическим импульсам;

г) распространение инкарвиллеи Ольги в Таджикистане и возможность успешного культивирования обеспечивают заготовку растения в качестве лекарственного сырья.

---

79. РОСТОВЩИКОВ С. А.

оконч. Воронежский университет (биофак) в 1940 г., дисс. канд.

МАТЕРИАЛЫ К ПОЗНАНИЮ ФАСЦИОЛЕЗА И ДИКРОЦЕЛИОЗА В ТАДЖИКИСТАНЕ

1 том, 250 стр., в лит. указат. 147 источн. (129 отеч., 18 иностр.). Защ. в июне 1955 г. в САГУ (Ташкент).

Целью работы было выяснение зараженности скота фасциолой и дикроцелиумом, установление сезонности заражения и выявление промежуточных хозяев этих паразитов.

При обследовании 3047 голов убойных животных на Душанбинском мясоконсервном комбинате был установлен высокий процент заражения их двуустками: печеночной—15,9%—34,0%, ланцетовидной—62,1%—74,7% с интенсивностью инвазии печеночной двуусткой до 348 экз. и ланцетовидной до 3489 экз. на одну печень.

Вскрытием 2846 экз. пресноводных моллюсков (7 видов) и опытами экспериментального их заражения выявлено, что промежуточным хозяином печеночной двуустки в Центральном Таджикистане является малый прудовик—Galba truncatula. Среди этих моллюсков оказались зараженными личинками фасциолы весной—1,2%, летом—2,0%, осенью—4,8%. Отмечено перезимовывание личинок фасциолы в малом прудовике. Установлены сроки развития фасциолы в моллюсках и лабораторных животных и завершения этим паразитом двух циклов своего развития в течение одного года. Дано описание личиночных стадий фасциолы.

Заражение скота фасциолезом в долинной части Центрального Таджикистана происходит, главным образом, летом (май—июль) и осенью (сентябрь—ноябрь), в меньшей мере весной (март—апрель). На основании сроков развития фасциолы в промежуточных и главных хозяевах рекомендуется проведение в течение года двух дегельминтизаций скота—в декабре и феврале.

Обследованием 2702 экз. наземных моллюсков (14 видов) и экспериментальным их заражением установлено, что промежуточными хозяевами ланцетовидной двуустки в Центральном Таджикистане являются: в долинной зоне—Hellicella candaharica (заражены 14,5%) в предгорной и горной—Subzebrinus sogdianus (заражены 12,3%) и Eulota retteri (заражены 0,78—1,3), а высокогорной—Pseudonapaeus miser (заражены 5,2%). Дано описание развития личинок дикроцелиума. Сезонами заражения скота дикроцелиозом является весна, начало лета и осень.

В работе дается описание биологии и экологии моллюсков—промежуточных хозяев фасциолы и дикроцелиума в условиях Таджикистана.

---

80. ХОДЖАЕВ З. П.

оконч. Ташкентский мед. ин-т в 1939 г., дисс. канд.

ДИНАМИКА КЛЕТОЧНОГО СОСТАВА СПИННОМОЗГОВОЙ ЖИДКОСТИ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПРИ НЕКОТОРЫХ НЕЙРОЭКТОДЕРМАЛЬНЫХ ОПУХОЛЯХ ЗАДНЕЙ ЧЕРЕПНОЙ ЯМКИ

2 тома, 380 стр., в лит. указ. 229 источн. (192 отеч. и 37 иностр.). Защ. в июне 1955 г. в АМН СССР (Москва).

Методика лечения послеоперационных больных и тактика хирурга в послеоперационном периоде являются весьма актуальными проблемами нейрохирургии, от правильного решения которых во многом зависят ее успехи.

Регенеративно-репарационные процессы в ране соответственным образом отражаются на составе спинно-мозговой жидкости. Поэтому исследование ликвора у нейрохирургических больных после операции до некоторой степени раскрывает пути к пониманию течения послеоперационного периода и позволяет, в сочетании с клиническими данными, обосновать правильную тактику лечения больных после оперативного вмешательства. Однако, этот вопрос изучен еще недостаточно.

Задачей работы являлось обобщение результатов исследования динамики изменений клеточного состава спинно-мозговой жидкости у 60 больных, оперированных по поводу нейроэктодермальных опухолей мозжечка или области боковой цистерны моста (после удаления невриномы VIII нерва, астроцитомы мозжечка и медуллобластомы мозжечка—по 20 больных в каждой группе).

Исследование спинномозговой жидкости производилось на 2—3-й, 5—10-й, 15—20-й и 25—30-й день после операции. Эти сроки в некоторой степени соответствуют этапам клинического течения заболевания в послеоперационном периоде и определенным фазам регенеративно-репаративного процесса. Одновременно производилось исследование состояния периферической крови, температуры тела, а также тщательное клиническое наблюдение за больными. Все это давало возможность оценивать данные исследования состава спинномозговой жикости с учётом степени проявления других реакций организма, возникающих в ответ на операционную травму.

Комплексное изучение больных после оперативного удаления опухолей из области задней черепной ямки показало, что с первых же дней после операции в спинномозговой жидкости отмечается: а) большая или меньшая примесь крови—неизмененных эритроцитов или дезинтегрировавших и дающих ксантохромию; б) изменение содержания общего белка и интенсивности глобулиновых реакций; в) количественное и качественное изменение клеточного состава спинномозговой жидкости; г) увеличение содержания белка в спинномозговой жидкости, чаще от 1,5 до 3%, нередко достигающего 10 и более миллипроцентов. Однако, нормализация его происходит и неодинаково быстро, и зависит как от вида оперативного вмешательства, его осложнений, так и от особенностей течения послеоперационного периода.

Клеточный состав ликвора в большей части наблюдений обычно увеличивается, иногда довольно значительно. Уменьшение его происходит неодинаково и зависит от характера течения регенеративно-репаративного процесса в ране мозга и его оболочек.

Изучение клеточного состава спинномозговой жидкости позволило выявить значительный его полиморфизм, отличающийся некоторыми особенностями. Так, в первом исследовании спинномозговой жидкости плеоцитоз состоит главным образом из элементов вазогенного происхождения (эритроциты, лейкоциты). В дальнейшем в составе цитоза превалируют клеточные формы мезенхимального происхождения.

Из клеток опухолей в послеоперационном периоде в спинномозговой жидкости чаще всего встречаются клетки медуллобластомы и астроцитомы. В зависимости от клинического течения послеоперационного периода и от его стадии, в составе цитоза превалирует та или иная форма клеток.

---

81. ЯКУБОВА У. Я.

оконч. Ташкентский мединститут в 1941 г., дисс. канд.

МАТЕРИАЛЫ К ГИГИЕНИЧЕСКОЙ ХАРАКТЕРИСТИКЕ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПЫЛИ ГРАФИТА

1 том, 250 стр., в лит. указат. 201 источн. (151 отеч., 50 иностр.). Защ. в июне 1955 г. в 1-м Московском медицинском институте.

Работа посвящена гигиенической характеристике производственной графитовой пыли.

Проводилось изучение видов и свойств графита и его применения в народном хозяйстве; изучение санитарных условий труда при работах, связанных с получением и применением графита в промышленности; исследование состояния здоровья рабочих, подвергающихся воздействию производственной пыли графита; экспериментальное исследование патогенного действия пыли графита.

Исследованиями условий труда на предприятиях различных отраслей промышленности, применяющих графит, было установлено, что существует ряд трудовых процессов, при которых в зоне органов дыхания рабочих создается значительная концентрация графитовой пыли в воздухе.

На основании собственных наблюдений и литературных данных автор делает предположение, что все применяемые в промышленности виды графита могут привести к коннозам.

При многих производственных процессах имеет место выделение пыли (образование аэрозоля). Содержание частиц графита в воздухе зависит от особенностей производственного процесса и оборудования, а также правильности и достаточности противопылевых устройств.

Среди рабочих, подвергавшихся воздействию производственной пыли графита с помощью рентгенографии выявлены отдельные случаи пневмокониоза с менее тяжелыми изменениями и течением.

Экспериментальные исследования действия графитовой пыли показали, что после введения в легкие крыс некоторых видов тонко измельченного графита происходит развитие фиброзного процесса в легких.

Пыль графита способна вызвать склеротические изменения в легочной ткани с развитием узелковых образований вокруг отложений пыли.

При обработке и применении графита на производстве необходимо провести мероприятия по обеспыливанию производства (рационализация методов применения графита, укрытие пылящей аппаратуры, устройство отсасывающей вентиляции и др.).

---

82. КАЛИНИЧЕВА И. Г.

оконч. 1 Ленинградский мед. ин-т в 1933 г., дисс. докторская.

ХИРУРГИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ АМЕБИАЗА

2 тома, 536 стр., в лит. указ. 249 источн. (227 отечеств. 22 иностр.). Защ. в июле 1955 г. в Алма-Атинском мед. ин-те.

Амебиаз дает осложнения со стороны печени, пищеварительного тракта и брюшины, кожи, подкожной и забрюшинной клетчатки, органов дыхания и плевры, мозга, слезенки, костей, суставов и других органов и тканей. Некоторые из этих осложнений требуют хирургического лечения, другие—дифференциальной диагностики с заболеваниями, подлежащими ведению хирургов.

Наиболее частыми хирургическими осложнениями амебиаза являются поражения печени. Они характеризуются возникновением в ней очагов некроза (амебный очаговый некротический гепатит), которые, распадаясь, ведут к образованию полостей (амебных абсцессов печени). Большие амебные абсцессы печени требуют комбинированного лечения—хирургического и специфического.

Из осложнений со стороны пищеварительного тракта и брюшины при амебиазе наблюдаются: отторжения слизистой оболочки толстого кишечника, кишечные кровотечения, псевдоаппендицит, периколиты, осумкованные гнойные периколиты, разлитые перфоративные и неперфоративные периколиты, спаечная относительная непроходимость кишечника, рубцовые сужения прямой и нижнего отрезка сигмовидной кишок, воспалительные опухоли (амебомы) толстых кишок, стенозирующий склероз стенок толстого кишечника, псевдополипоз толстого кишечника, язвенные илеиты, гастриты, эзофагиты, фарингиты, стоматиты, глосситы.

Хирургического лечения требуют осумкованные гнойные периколиты, разлитые периколиты, относительная спаечная непроходимость кишечника, высокие степени рубцового сужения прямой и нижнего отрезка сигмовидной кишок, стенозирующий склероз толстого кишечника.

Амебные поражения забрюшинной и подкожной клетчатки возникают вследствие прорыва в них амебных абсцессов печени и язв толстого кишечника, или вследствие лимфогенного или гематогенного заноса амеб. При отсутствии вторичной инфекции эти страдания не требуют хирургического лечения.

Амебиаз кожи возникает при пониженной сопротивляемости организма и заносе паразитов на мацерированную, опрелую, расчесанную или пораженную пиодермией кожу. Амебиаз кожи не требует хирургического лечения.

Гистолитические амебы заносятся в легкие током крови. Амебиаз легких развивается по тому же типу, что и амебиаз печени. Амебные абсцессы легких без вторичной инфекции не требуют хирургического лечения.

Из редких локализаций амебиаза следует отметить абсцессы мозга, селезенки, амебные артриты и остеомиелиты. Они подлежат специфической терапии и, в случае неудачи ее, хирургическому лечению.

---

83. СУРОВИКИНА М. С.

оконч. Таджикский мед. ин-т в 1951 г., дисс. канд.

МАТЕРИАЛЫ О ВЛИЯНИИ ОСТРОГО ГНОЙНОГО ВОСПАЛЕНИЯ НА БЕЛКОВЫЙ СОСТАВ СЫВОРОТКИ КРОВИ

1 том, 140 стр., в лит. указат. 109 источн. (75 отеч., 34 иностр.). Защ. в сентябре 1955 г. в Таджикском мед. ин-те.

Изучение влияния воспалительного процесса на белковый состав крови и вскрытие механизмов, вызывающих изменение белков, направленность их синтеза и распада представляет не только теоретический, но и практический интерес.

Работа проведена в экспериментальных условиях на двух сериях кроликов. В первую серию было взято 6 групп, во вторую—2 группы (10—11 кроликов в каждой группе). У подопытных животных первой серии вызывалось воспаление путем введения 1 мл скипидара в подкожную клетчатку передней брюшной стенки. Животным второй серии за 10 минут до введения скипидара в подкожную клетчатку брюшка вводилось 10 мл 1% раствора новоканна.

Для характеристики интенсивности развития воспалительной реакции у подопытных кроликов проводились параллель-

ные исследования числа и формулы лейкоцитов в периферической крови.

Изменения белковой картины сыворотки крови при развитии острого воспаления изучались методом макроэлектрофореза. Параллельно определялась концентрация белка в сыворотке с помощью погружного рефрактометра.

Белковая картина крови в процессе развития воспаления изучалась на 6 группах кроликов через 1, 3, 6, 10 и 15—17 суток после введения скипидара и развития воспалительной реакции. Оказалось, что процесс воспаления вызывал изменение белкового состава крови во все периоды его развития. Через сутки и во все последующие стадии развития воспаления констатировалось снижение количества альбумина и величины альбумин-глобулинового коэффициента. Нарастание количества глобулинов в ранних стадиях развития воспаления (1—6-ые сутки) обусловлено было, в основном, увеличением содержания β -глобулиновой фракции. При воспалении 1—3-х суточной давности в сыворотке крови обнаруживались дополнительные одна или две фракции, отнесенные к β-глобулинам и обозначенные как β_1 и β_2 -глобулины. На поздних фазах развития воспалительной реакции увеличение содержания глобулинов в крови происходило за счёт нарастания количества γ -глобулиновой фракции.

Несмотря на существенные изменения количеств отдельных белковых фракций, общее содержание белка в сыворотке крови во все периоды развития воспаления практически не менялось. Лишь при воспалении 6-ти суточной давности отмечалась тенденция к снижению концентрации белка в сыворотке крови.

Изучение лейкоцитарной реакции при воспалении позволило выявить три фазы изменений количества лейкоцитов в периферической крови: 1) лейкоцитоз—в первые 3—6 часов; 2) лейкопения—через 18—24 часа; 3) лейкоцитоз—на 4—6 сутки развития воспаления.

Исследование механизма изменений белков сыворотки крови и лейкоцитарной реакции при воспалении было проведено на 2-х группах второй серии кроликов, у которых проводилась предварительная новокаинизация очага воспаления. Изучались природа дополнительных β-глобулиновых фракций, влияние новокаина на процессы резорбции веществ из подкожной клетчатки здоровых кроликов (с помощью изотопа J^{131}) и содержание гемоглобина в крови в течение первых 6-ти суток развития воспаления. Было установлено, что предварительная новокаинизация области воспаления несмотря на менее выраженное клиническое проявление воспалительного процесса (воспалительный инфильтрат был в 4—5 раз

меньших размеров), различно влияла на белковую и лейкоцитарную картину крови: устраняла фазу раннего лейкоцитоза, удлиняла фазу лейкопении и не влияла на характер изменений белковой картины крови. Следовательно, возникновение раннего лейкоцитоза обусловлено рефлекторным раздражением из воспалительного очага. Об этом также свидетельствуют опыты, показавшие, что сам новокаин не влияет на характер и скорость йодистого натрия с J^{131} из подкожной клетчатки, а выключает проведение нервных импульсов из очага воспаления. Механизм изменения белков крови более сложен. Исследования показали, что добавочные β_1 и β_2-глобулины являются веществами белковой природы. Изменения белкового состава сыворотки крови при развитии воспаления также не могут быть объяснены избирательным переходом белковых фракций из сосудов в ткани благодаря повышению проницаемости их стенок как в очаге воспаления, так и за его пределами, а возникают, по-видимому, в результате изменения процесса синтеза и распада сывороточных белков. За это говорят длительность и прогрессирование белковых сдвигов в крови, нарастание β и γ -глобулинов, появление добавочных β_1 и β_2 -фракций белковой природы, отсутствие сгущения крови.

---

84. ЯРУЛИН Х. Х.

оконч. Таджикский мед. ин-т в 1952 г., дисс. канд.

ЗНАЧЕНИЕ ИЗМЕНЕННОГО ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ КОРЫ ГОЛОВНОГО МОЗГА В ЭПИЛЕПТИФОРНОМ ПРОЦЕССЕ

1 том, 325 стр., в лит. указ. 314 источн. (237 отеч. 77 иностр.). Защ. в октябре 1955 г. в Институте высшей нервной деятельности АН СССР (г. Москва).

Основными задачами работы были:

1. Изучение значения экспериментально-измененного функционального состояния коры головного мозга животных в развитии эпилептиформного припадка, вызванного камфорой.

2. Выяснение роли типа высшей нервной деятельности животных в возникновении и характере проявления припадка.

3. Изучение влияния предварительно вызванного невротического состояния у животных на характер проявления и течения эпилептиформного припадка.

В качестве эпилептогенного агента был использован 20%

раствор камфоры в персиковом масле. Подопытными служили белые крысы. Масляный раствор камфоры вводился подкожно в подпороговых дозах—0,3—0,5, в судорожной дозе—0,6 и в сверхсудорожной дозе—0,7 чистой камфоры на 1 кг веса. Изменение функционального состояния коры больших полушарий у животных достигалось с помощью фармакологических веществ (фенамин и аминал—натрий), а также воспроизведением невротических состояний.

Критерием функционального состояния коры мозга служили результаты исследований условно-рефлекторной деятельности. Условные рефлексы изучались по двигательно-пищевой методике Л. И. Котляровского. Исследования проводились на контрольных и основных группах животных. На 33-х крысах основной группы было проведено 4400 опытов, в которых исследовалась условнорефлекторная деятельность.

В результате полученных экспериментальных данных установлены следующие наиболее существенные положения:

1. Возникновение, развитие и характер проявления патологического процесса зависит от исходного функционального состояния центральной нервной системы, от различной степени выраженности свойств ее защиты и самозащиты. Экспериментально изменяя функциональное состояние головного мозга животного, можно направленно влиять на развитие эпилептиформного припадка: а) повышение возбудимости коры больших полушарий малой дозой фенамина, как и срыв высшей нервной деятельности в сторону резкого преобладания возбуждения, способствует развитию и усилению эпилептиформного припадка от подпороговых доз камфоры, обычно не вызывающих судорожного припадка; б) состояние умеренного коркового тонуса, которое характеризуется устойчивым уравновешиванием процессов возбуждения и торможения, является самым благоприятным фоном для проявления защитных механизмов нервной системы и тем самым повышает резистентность организма к эпилептогенным агентам; в) поверхностное торможение коры больших полушарий головного мозга, развивающееся под влиянием малой дозы амитал-натрия или средней дозы фенамина, а также невротического состояния, способствует проявлению эпилептиформного припадка подпороговых доз, обычно не вызывающих судорожного припадка; г) глубокое торможение коры головного мозга, вызываемое большой (снотворной) дозой амитал-натрия, как экспериментальный невроз в сторону значительного преобладания торможения, задерживает или вовсе предотвращает развитие эпилептиформного припадка при введении камфоры в судорожной и даже сверхсудорожной дозах. Торможение в этих случаях охватывает кору головного мозга и широко ирадирует на подкорковые области, чем и обусловлено купирование судорожного эффекта камфоры.

2. Возникновение и характер течения экспериментально вызываемого эпилептиформного припадка находится в зависимости от типологических особенностей нервной системы подопытных животных.

3. Опыты с камфорной, а также с аудиогенной эпилепсией выявили двоякую роль торможения в развитии и течении патологического процесса. В зависимости от интенсивности и экстенсивности торможения оно выступает, то как защитно-охранительное торможение, способное задерживать и подавлять полностью болезнетворное действие судорожных агентов, то как торможение, способствующее при его недостаточной напряженности, развитию и усилению эпилептиформного припадка. Такое поверхностное торможение коры мозга, благодаря чрезвычайной лабильности и неустойчивости, характерной для болезненного состояния тормозного процесса, создает судорожную «готовность».

4. Полученные данные дают основание считать, что и в клинике можно найти пути для направленного изменения характера проявления и течения эпилептиформного процесса с помощью фармакологических средств, способных регулировать функциональное состояние центральной нервной системы.

---

85. АХМЕДОВА М. Я.

оконч. Таджикский мед. ин-т в 1948 г., дисс. канд.

НЕКОТОРЫЕ ДАННЫЕ О РЕЦЕПТОРНОЙ ФУНКЦИИ ВЛАГАЛИЩА ЖЕНЩИНЫ

1 том, 215 стр., в лит. указат. 181 источн. (140 отеч. и 41 иностр.). Защ. в ноябре 1955 г. во 2-ом Московском мед. ин-те.

Иннервация влагалища с морфологической точки зрения изучена достаточно хорошо. Экспериментальными и отчасти клиническими исследованиями ряда советских физиологов и акушеров-гинекологов доказано наличие различного вида рецепторов во внутренних половых органах. Эти работы касаются преимущественно матки, в отношении влагалища имеются только лишь единичные сообщения, основанные на изучении субъективных ощущений при применении тех или иных раздражений. Объективных физиологических исследований в этой области не применялось.

Основными объективными методами настоящих исследований являлись плетизмографические и пневмографические данные, отражающие реакции организма на различные формы раздражений стенок влагалища. Наряду с этими объективными тестами, учитывались и субъективные ощущения исследуемых женщин.

Применялось шесть видов раздражителей: тактильный; холод; тепло; укол; механическое сдавливание; растяжение стенок влагалищи посредством кольпейринтера, наполняемого воздухом.

Исследования были проведены у 28 здоровых женщин в течение одного или двух менструальных циклов, а также у 12 женщин в менопаузе. При этом установлены следующие закономерности:

1. Различные виды чувствительности влагалища женщины выражены не одинаково. Слабее всего выражена тактильная чувствительность, а в верхних отделах влагалища она почти отсутствует. Болевая чувствительность выявляется преимущественно при растяжении стенок влагалища.

2. Состояние чувствительности влагалища в известной мере зависит от функционального состояния организма, в частности от фазы менструального цикла.

3. Все виды чувствительности во входе влагалища и в нижних его отделах больше выражены, чем в верхних отделах.

4. Рефлекторные реакции влагалища у женщин в менопаузе менее подвижны, чем у женщин в периоде овариальной функции.

5. Нет постоянного параллелизма между объективными реакциями и субъективными ощущениями. Часто можно наблюдать сосудистые реакции при отсутствии субъективных ощущений.

6. Приведенные данные дают основание считать, что чувствительность влагалища относится к интрацептивной форме, и, что от входа во влагалище, и до верхних его отделов имеется переход от экстрацептивной к интрацептивной форме чувствительности.

---

86. ХАСАНОВА К. А.

оконч. Ташкентский мединститут в 1951 г., дисс. канд.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ДЕЙСТВИЯ ПРЕПАРАТОВ ЛАНДЫША И СТРОФАНТИНА ПРИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ КРОВООБРАЩЕНИЯ С ОСОБЫМ УЧЕТОМ ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ И ДЫХАНИЯ

2 тома, 378 стр. в лит. указ. 149 источн. (115 отечеств. и 34 иностр.).
Защ. в дек. 1955 г. в ЦИУ. (Москва)

Отечественная фармакотерапия за последние годы обогатилась рядом препаратов, полученных из наперстянки и горицвета. Однако до сих пор остается не решенной задача выбора препарата, который мог бы заменить импортный строфантин. В этом отношении заслуживает особого внимания конваллятоксин, который дает наилучший результат при заболеваниях сердечно-сосудистой системы.

Для проверки действия конваллятоксина, конвалозида по сравнению со строфантином произведены наблюдения у 111 больных с нарушением кровообращения различной степени. Для облегчения суждения о сравнительной оценке полученных результатов от терапии указанными препаратами больные были распределены на следующие подгруппы: 1-я—32 больных, которые подвергались сравнительному лечению конваллятоксином и строфантином: 2-я—27 больных, которые принимали сравнительную терапию конваллятоксином, конвалозидом и строфантином; 3-я—20 больных, подвергавшихся лечению конвалозидом и строфантином.

В результате сравнительной терапии больных с недостаточностью сердца конваллятоксином, конвалозидом и строфантином было выявлено, что конваллятоксин является сильным глюкозидным препаратом, по терапевтической эффективности нисколько не уступающим строфантину, в ряде случаев даже превосходящим его. Конвалозид же оказался более слабым средством.

Для проверки этого вывода и установления возможности замены импортного строфантина одним из этих препаратов майского ландыша в клинике сердечной патологии, было проведено лечение только внутривенным вливанием конваллятоксина (19 больных) и конвалозида (13 человек). У всех больных, леченных конваллятоксином, был получен положительный эффект. Среди больных, леченных конвалозидом, у 2-х больных оказалось необходимым прекратить лече-

ние конвалозидом и приступить к лечению конваллятоксином.

В результате сравнительной терапии больных с недостаточностью сердца конваллятоксином, конвалозидом, строфантином положительный эффект был отмечен в 99 случаях и неэффективный в 12 случаях. Что касается кумулятивного и токсического влияния конваллятоксина и конвалозида по сравнению с таковыми строфантина, то выявилось, что они менее выражены, чем у строфантина.

Для уточнения терапевтической эффективности, дозировок, кумулятивных и токсических влияний, продолжительности действия и прочих свойств конваллятоксина и конвалозида по сравнению со строфантином, были проведены наблюдения у 74 больных над влиянием препаратов на сосудистый тонус (сосудистое действие), степень седативного действия на нервную систему и, наконец, продолжительность действия препаратов на сердце.

Для решения этих задач были использованы плетизмография и пневмографическое исследование по методу Вотчала, исследовались периферическое кровообращение и дыхание под влиянием одного из указанных препаратов кратковременно (в течение одного-двух часов) и длительно (в течение 9—20 часов). В результате анализа 371 плетизмограммы установлено, что препараты майского ландыша обладали действием на стенки периферических сосудов (как артериальных, так и венозных).

На основании своих исследований автор делает следующие выводы:

1. Конвалятоксин является весьма активным глюкозидным препаратом. Минимальная доза—0,00015 (10 ЛЕД), оптимально-разовая доза—0,0003 (20 ЛЕД), максимально-суммарная 0,00045 (30 ЛЕД). Продолжительность действия начинается через 5—30 минут и длится до 20—22 часов.

1. Конваллятоксин является весьма активным глюкозидным препаратом. Минимальная доза—0,0004 (24 ЛЕД), оптимальная доза—0,0008; максимальная доза—0,001 (72 ЛЕД). В тяжелых случаях конвалозид не эффективен. Продолжительность действия длится от 6 до 15 часов.

3. Конваллятоксин и конвалозид обладают более выраженным седативным действием на центральную нервную систему, чем строфантин. Сосудистое действие их наступает очень быстро, еще до начала сердечного действия.

---

87. ПИСАРЕНКО В. И.

оконч. Омский. мед. ин-т в 1937 г., дисс. канд.

АГГЛЮТИНИНЫ ПРИ ДИЗЕНТЕРИИ У ДЕТЕЙ ПО МАТЕРИАЛАМ ГОРОДА ДУШАНБЕ.

1 том, 135 стр., в лит. указат. 203 источн. (178 отеч., 25 иностр.).
Защ. в январе 1956 г. в Самаркандском мед. ин-те

В диссертации представлены материалы по изучению диагностической ценности реакции агглютинации при дизентерии у детей и выявлению при этом некоторых закономерностей иммунологической реактивности ребенка.

Было проведено 1481 серологическое исследование и 1080 бактериологических анализов у 489 детей больных острой и хронической дизентерией, диспепсией и энтеритом. Помимо этого исследовались сыворотки 125 здоровых детей, не имевших в анамнезе дизентерии, и 100 сывороток здоровых взрослых для установления наличия нормальных агглютининов.

В контрольных группах детей положительная реакция агглютинации была зарегистрирована в 3% и 8% случаев. В контрольной группе взрослых было зарегистрировано у доноров 10% и у пищевиков 28% положительных исследований. У детей с клиническим диагнозом «диспепсия» и «энтерит» положительная реакция была получена в 13% случаев. Такой процент положительных реакций агглютинации является в данном случае вполне оправданным, т. к. дизентерия у маленьких детей довольно часто протекает атипично и диагностируется как диспепсия и энтерит.

При острой и хронической дизентерии у детей суммарно процент положительных реакций достигал 70. Частота положительных реакций зависела от возраста ребенка.

Интенсивность реакции агглютинации также увеличилась с возрастом ребенка. Тяжесть течения, наличие сопутствующих заболеваний, расстройства питания указывали на иммунологическую реактивность ребенка, как при острой так и хронической дизентерии.

Изучение динамики накопления агглютининов показало, что агглютинины появляются в диагностических титрах ко второй и третьей декаде заболевания. Следовательно, реакция агглютинации не может быть использована в качестве метода ранней диагностики дизентерии. Реакция агглютинации при дизентерии бывает часто групповой. При хронической дизентерии групповые реакции встречаются в 3, 4 раза чаще, и несмотря на это она не теряет своего диагностического значения. При острой дизентерии, подтвержденной бактериоло-

гически, титр реакции с возбудителем дизентерии во всех случаях превышал титр сопутствующей реакции. При хронической дизентерии положительные реакции с гомологичным антигеном составляли 91,6%.

Реакция агглютинации является ценным вспомогательным методом диагностики дизентерии у детей.

Для выяснения природы нормальных агглютининов были изучены возможные пути передачи агглютининов от матери к ребенку и судьба этих агглютининов в организме последнего. Полученные данные указывают на отсутствие трансплацентарной передачи агглютининов от матери к ребенку. Агглютинины, полученные ребенком, с молозивом и молоком матери, в кровь ребенка не переходят, а обнаруживаются в испражнениях детей.

Эти данные заставляют предполагать, что так называемые нормальные дизентерийные агглютинины появляются в результате встречи организма ребенка с возбудителями дизентерии.

---

88. ШЕРШАВКИН С. В.

оконч. 2-й Ленинградский мед. ин-т в 1938 г., дисс. докторская

ИСТОРИЯ РУССКОЙ СУДЕБНОМЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ (XVII—XIX века)

2 тома, 611 стр., в лит. указат. 763 источн. (747 отеч., 16 иностр.).

Защ. в январе 1956 г. в 1 Московском мед. ин-те

Автор на основании архивных материалов и литературных данных описывает историю развития судебномедицинской службы в России XVII—XIX веков.

Первая часть диссертации охватывает XVII—XVIII века. Для правильного и более лучшего изучения истории судебномедицинской службы автор уделил много внимания вопросу периодизации, показав, что судебномедицинская служба на всех этапах своего развития всегда была тесно связана с правом и судебно-следственными учреждениями и поэтому она всегда использовалась для защиты интересов господствующего класса.

Показано становление судебномедицинской экспертизы в период Московского государства в первом медико-административном учреждении России—в Аптекарском приказе. Приведены правительственные приказы, устав Петра I о законодательном оформлении судебномедицинской экспертизы. В этот период она стала принимать черты самостоятельной государственной службы. На анализе архивных документов судебных и медицинских учреждений XVIII столетия показана система проведения судебномедицинской экспертизы, ее различные виды и роль в судопроизводстве того времени. Приведены копии и фотокопии образцов судебномедицинских документов.

Вторая часть работы посвящена истории службы в XIX столетии.

Много уделено внимания деятельности Медицинского Совета при Медицинском департаменте Министерства внутренних дел, как высшей судебномедицинской инстанции. Медицинский Совет вместе с Медицинским департаментом оказал большое влияние на развитие судебномедицинской службы. По их инициативе издавались первые правила по различным вопросам проведения медицинской и химической экспертизы. Здесь же дана характеристика деятельности видных судебных медиков—членов Медицинского Совета (С. Ф. Гаевский, А. П. Нелюбин, И. В. Буяльский, Е. В. Пеликан, Н. И. Пирогов, Я. А. Чистович и др.) по судебномедицинской части.

Дан подробный анализ деятельности врачебных управ, которые являлись второй судебномедицинской инстанцией. Они же выполняли административные функции по судебномедицинской службе на местах.

Автор показал влияние судебной реформы 1864 г. на развитие судебномедицинской службы. Эта реформа ознаменовала новый прогрессивный этап в развитии научной и практической судебной медицины. Однако реформа не изменила классовой сущности судебных учреждений. На ряде нашумевших уголовных процессов (дело Бейлиса, Мултанское дело), прошедших с медицинской экспертизой, показана красной нитью классовость реформированного суда.

Выявлена большая роль медицинских обществ, медицинских съездов и медицинской печати в развитии судебномедицинской службы. В сферу их выполнения были включены вопросы, имевшие прямое отношение к постановке судебномедицинской экспертизы (например, о правах и обязанностях судебномедицинских экспертов, о повышении научного качества экспертизы, о реорганизации судебномедицинской службы и др.).

Отдельно представлены материалы многолетней дискуссии о пределах компетенции судебных врачей. Это имело тогда большое практическое значение, так как после реформы суда не сразу четко определились права и обязанности экспертов на суде и следствии.

---

89. СИДИКОВ У.

оконч. Таджикский мед. ин-т в 1952 г., дисс. канд.

МИКРОФЛОРА ЗЕВА И МИНДАЛИН ПРИ АНГИНЕ И ХРОНИЧЕСКОМ ТОНЗИЛЛИТЕ

1 том, 290 стр., в лит. указат. 223 источн. (181 отеч., 42 иностр.). Защ. в феврале 1956 г. в 1 Московском мед. институте.

Автор поставил задачу изучить микрофлору зева и миндалин при ангине и хроническом тонзиллите, определить вероятного возбудителя, изучить его свойства, проследить за изменениями микрофлоры зева и свойств возбудителя при лечении пенициллином, а также изучить некоторые показатели состояния реактивности организма больного хроническим тонзиллитом.

С этой целью была изучена микрофлора зева у 140 больных ангиной, у 68 из которых материал брался дважды: в день обращения к врачу и после окончания лечения (не раньше чем через 4 дня).

При этом у больных в начале болезни выделялись различные микробы с преобладанием гемолитических стрептококков (82,8%). При повторном исследовании высеваемость гемолитических стрептококков снизилась до 55,8%, т. е. на 27%, в то время как высеваемость зеленящих стрептококков с 63,5% повысилась до 83,8%.

Для изучения микрофлоры миндалин при хроническом тонзиллите было произведено исследование поверхности миндалин у 57 больных и глубины миндалин у 100 больных; здесь получены иные результаты, чем у больных ангиной. Так, зеленящие стрептококки выделялись в 58% случаев исследования, в то время как гемолитические стрептококки выделялись только у 39% обследованных больных, причем из глубины миндалин указанные микробы очень часто выделялись в чистой культуре. Золотистые стафилококки как при ангине, так и при хроническом тонзиллите выделялись почти в одинаковом количестве случаев (от 20 до 29%).

При изучении биохимических и других свойств у подавляющего большинства золотистых стафилококков, гемолитических и незначительной части зеленящих стрептококков наблюдались признаки, характерные для патогенных штаммов этих микробов. Серологическое изучение гемолитических стрептококков показало, что почти все они относятся к группе «А» Ленефильд и к различным серологическим типам Гриффитса с преобладанием II, IV, XIII, XXIV и XXVII типов.

Чувствительность к пенициллину изучалась у 49 штаммов гемолитических, 64 штаммов зеленящих, 36 штаммов негемолитических стрептококков, а также у 82 штаммов золотистых стафилококков, выделенных при ангине и хроническом тонзиллите. При этом, средняя бактериологическая концентрация пенициллина для гемолитических стрептококков, выделенных от больных ангиной, равнялась 0,031—0,5 ед/мл, для зеленящих и негемолитических стрептококков—от 0,062—0,25 ед/мл, для стафилококков—до 1 ед/мл. Штаммы, выделенные в начале болезни, были более чувствительны к пенициллину, чем штаммы, выделенные после лечения (до 8—10 раз).

С целью определения реактивности организма больных хроническим тонзиллитом была изучена местная и общая фагоцитарная активность лейкоцитов. Результаты показали, что у большинства больных реактивность организма слабая, о чем свидетельствовали низкие фагоцитарные показатели.

---

90. ЯСИНСКИЙ А. В.

оконч. Таджикский мед. ин-т в 1943 г., дисс. канд.

1 том, 174 стр., в лит. указат. 190 источн. (165 отеч., 25 иностр.). Защ. в феврале 1956 г. в Алма-Атинском мед. институте

---

91. ХОЛМАТОВ И. Б.

оконч. Таджикский мед. ин-т в 1950 г., дисс. канд.

ВЛИЯНИЕ СТЕНОЗОВ ТРАХЕИ И ГОРТАНИ НА ФУНКЦИИ ЖЕЛУДКА

1 том, 207 стр., в лит. указ. 239 источн. (188 отечеств. и 51 иностр.). Защ. в марте 1956 г. в Московском медицинском стоматологическом институте.

Нарушения прохождения воздуха через трахею в гортань представляют собой один из частых и практически весьма важных случаев затруднения внешнего дыхания в верхнем отделе дыхательного тракта. Как показали исследования ряда авторов, стенозы трахеи и гортани сопровождаются отчетливыми и, при известных условиях, весьма выраженными изменениями в деятельности различных органов и системы организма.

В настоящей работе была поставлена задача изучить влияние затрудненного внешнего дыхания при стенозах тра-

хеи и гортани на функцию желудка в зависимости от длительности, тяжести и быстроты возникновения стеноза, а также выяснить механизм поражения желудка при различных формах стеноза. Исследования проводились в эксперименте на собаках с изолированным павловским желудочком. Стенозы трахеи и гортани вызывались у животных многократно, различными способами в зависимости от задач эксперимента путем: 1) введения в предварительно образованную трахеастому резинового тройника с закрытым верхним концом и суживания на необходимую величину наружного конца его; 2) наложения на трахею шелковой лигатуры; 3) перерезки нижне-гортанных нервов, с последующим параличем голосовых связок. Тяжесть стеноза определялась по характеру кимограмм внешнего дыхания, записывавшихся во всех без исключения опытах, по соотношению частоты сердечной деятельности к частоте дыхания и по клинической картине, достаточно характерной в каждом случае стеноза.

Проведенные исследования показали, что нарушения секреторной функции желудка у собак, с экспериментально вызванным острым стенозом трахеи, характеризуются уменьшением количества желудочного сока, снижением его кислотности и появлением в соке патологических составных частей (крови, слизи, отторгающегося эпителия) или полным прекращением сокоотделения. Степень выраженности этих изменений определяется длительностью, тяжестью и быстротой возникновения стеноза.

При трахеальном стенозе средней тяжести длительностью более одной недели, секреторная функция желудка после ликвидации стеноза не восстанавливается. Нарушения секреторной функции желудка после такого стеноза проявляются особенно четко при воздействии на организм таких неблагоприятных факторов, как включение носового дыхания и кратковременное повторное затруднение внешнего дыхания.

Хронический слабо выраженный стеноз гортани вызывает явления желудочной гиперсекреции. При нарастании интенсивности стеноза гиперсекреция сменяется гипосекрецией. Затруднение дыхания при трахеальных стенозах отражается не только на секреторной, но также и на моторной функции желудка. Острый стеноз вызывает глубокие изменения моторной функции желудка, вплоть до полного прекращения периодической моторной деятельности желудка в случаях тяжелого стеноза. Нарушение голодной периодической моторики желудка наступает при переводе животного с носового на трахеальный тип дыхания. Нарушения желудочной моторики при повторных стенозах носят органический характер, выражающийся морфологически гибелью ганглиозных клеток интрамуральных нервных узлов.

Проведенные исследования имеют важное значение для профилактики поражений желудка, возникающих при стенозах трахеи и гортани.

---

92. ЮСУПОВ А. М.

оконч. Таджикский мед. ин-т 1952 г., дисс. канд.

1 том, 200 стр., в лит. указ. 175 источн. (153 отечеств. и 22 иностр.).
Защ. в апреле 1956 г. в ЛСГМИ (Ленинград).

---

93. КУТЧАК Е. Н.

оконч. Таджикский мед. ин-т в 1950 г. дисс. канд.

МАТЕРИАЛЫ К ВОПРОСУ ОБ ИЗМЕНЕНИЯХ ВЫСШЕЙ НЕРВНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ У БОЛЬНЫХ, СТРАДАЮЩИХ ЭПИЛЕПТИЧЕСКИМИ ПРИПАДКАМИ

1 том, 321 стр., в лит. указ. 175 источн. (162 отечеств. и 13 иностр.).
Защ. в мае 1956 г. в Таджикском мед. ин-те.

Целью данного исследования явились: 1. Выяснение состояния высшей нервной деятельности в межприпадочном периоде у больных с эпилептическими припадками различного происхождения. 2. Определение влияния припадков различного характера и разной частоты на состояние корковой динамики. 3. Установление особенностей преморбидного состояния высшей нервной деятельности больных, страдающих эпилептическими припадками, и сопоставление их с особенностями высшей деятельности этих больных.

Всего было обследовано 89 больных, страдавших эпилептическими припадками различного генеза.

Для оценки состояния высшей нервной деятельности больных эпилепсией было применено комплексное исследование, которое включало: 1) Исследование условно-рефлекторной деятельности больных при помощи двигательной методики с речевым подкреплением по А. Г. Иванову-Смолинскому. 2. Применение словесного «ассоциативного» эксперимента. 3. Наблюдение за особенностями поведения больного в клинике. 4. Изучение подробного анамнеза, собран-

ного со слов самого больного, а также его родственников и сослуживцев.

В результате комплексного исследования высшей нервной деятельности у больных, страдающих эпилептическими припадками, в межприпадочном периоде у подавляющего большинства этих больных выявлены нарушения корковой динамики в виде слабости процессов возбуждения, торможения, нарушения подвижности нервных процессов, их уравновешенности в виде затрудненной передачи из первой корковой сигнальной системы во вторую. Эти нарушения нейродинамики встречались в разных вариантах и сочетаниях.

Не удалось обнаружить разницы в характере нарушений высшей нервной деятельности у больных, страдающих эпилептическими припадками вследствие перенесенного воспалительного заболевания головного мозга и его оболочек, у больных с посттравматическими эпилептическими припадками и у больных эпилепсией неясного генеза.

Характер и глубина нарушений высшей нервной деятельности у больных, страдающих эпилептическими припадками одной и той же этиологии, может варировать в значительных пределах.

Эпилептическими припадками страдают люди с различными типологическими характеристиками.

Характер и глубина нарушений высшей нервной деятельности у больных эпилепсией в межприпадочном периоде определяется, по-видимому, комплексом разных факторов: давностью заболевания, частотой припадков, глубиной органического поражения головного мозга, особенностями преморбидной высшей нервной деятельности больных и т. д. Ни один из этих факторов, взятый в отдельности, не имеет определяющего значения в развитии характера и глубины нарушений высшей нервной деятельности.

Нарушения нейродинамики, обнаруживаемые у больных в межприпадочном периоде, могут быть частично связаны с припадками, носить функциональный характер и быть обратимыми. Частично нарушения нейродинамики являются устойчивыми и, вероятно, связаны с деструктивными явлениями в нервных клетках, вызванными заболеванием, и др. факторами.

Непосредственно перед пароксизмальными состояниями, а также после них, у больных, страдающих эпилептическими припадками, как правило (но не всегда), удается обнаружить преходящие сдвиги нейродинамики, заключающиеся в углублении нарушений, имеющихся у больных в межприпадочном периоде, а также новые, неодинаковые у разных больных, формы нарушений корковой динамики.

Глубина и длительность существования сдвигов нейродинамики, связанных с пароксизмальными состояниями, у разных больных была выражена неодинаково; они (в известной мере) связаны с характером эпилептических припадков. После общих судорожных припадков нарушения высшей нервной деятельности, как правило, значительно выражены и их удается выявить в течение значительного отрезка времени. Серия общих судорожных припадков вызывает более глубокие и длительные сдвиги нейродинамики больных.

---

94. РУСТАМОВ Я. А.

оконч. Таджикский мед. ин-т в 1949 г., дисс. канд.

ЛЕЧЕНИЕ СКАРЛАТИНЫ ПЕНИЦИЛЛИНОМ С ЭКМОЛИНОМ ВНУТРЬ

1 том, 151 стр., в лит. указ. 169 источн. (149 отечеств. и 20 иностр.).

Защ. в мае 1956 г. во 2-ом Московском мед. ин-те.

Работа проведена в скарлатинозном отделении Городской инфекционной больницы г. Душанбе на 720 больных детях в условиях общего отделения, не исключающих возможность перекрестных инфекций. Из них 31% (со среднетяжелой и тяжелой формами болезни) лечилось в начале болезни пенициллином в инъекциях на растворе пирамидона или новокаина, а остальные 69% больных (преимущественно с легкой формой болезни)—стрептоцидом, но при возникновении более или менее серьезных осложнений и они получали пенициллин.

Сравнивая течение скарлатины в этих условиях и при режиме общего отделения у рано леченных пенициллином и не леченных им, автор отмечал в группе леченных пенициллином довольно заметное сокращение лихорадочного периода, более быстрое исчезновение некрозов и красноты в зеве, а вместе с этим более быстрое исчезновение сыпи и улучшение общего состояния больных.

Однако раннее парентеральное применение пенициллина совершенно не оказывало влияния на течение второго периода болезни. Осложнения с одинаковой частотой встречались в обеих группах, в таких же соотношениях встречались и вторичные подъемы температуры. Рецидивы встречались в 0,3—0,5% случаев. При этом гладкое течение болезни не превышало 44%. Без изменений оставался также и характер осложнений. Гнойные осложнения встречались с одинаковой частотой как у леченных, так и у нелеченных пенициллином, составляя

в среднем 3,2%. При таком методе лечения и при тех условиях госпитализации нельзя было отметить заметной разницы в частоте высеваемости гемолитических стрептококков из зева на 25—30 день болезни.

Убедившись в том, что в условиях общего отделения с частичным охватом больных парентеральной пенициллинотерапией нельзя ожидать снижения частоты осложнений и, следовательно, нельзя говорить о сокращении сроков госпитализации больных, автор ввел метод одномоментной госпитализации больных, резко сокращающий перекрестную инфекцию, а также создал режим, способствующий поднятию общего тонуса детей при полном охвате всех больных ранней пенициллинотерапией. Одновременно он перешел на метод внутреннего применения кристаллического пенициллина с экмолином, предложенный З. В. Ермольевой и испытанный в клинике Д. Д. Лебедева. Смесь антибиотиков назначалась 3 раза в день за 1—1,5 часа до еды в течение 6 дней со дня поступления; всего таким методом было пролечено 300 больных. При этом резко, почти в 6 раз, уменьшилось количество осложнений, в 2 раза количество вторичных подъемов температуры и соответственно увеличилась возможность гладкого течения болезни до 82%. Изменились также характер и продолжительность осложнений (особенно резко снизилось количество гнойных осложнений). Отчетливые результаты были получены и в отношении очищения зева от гемолитических стрептококков.

При раннем применении пенициллина (в особенности с экмолином внутрь) не только сокращалась продолжительность начальной лихорадки, но до некоторой степени отмечалось и купирующее действие пенициллина.

Полученные хорошие результаты от внутреннего применения смеси пенициллина с экмолином (в сочетании с новыми условиями госпитализации и режима), увеличивая возможность гладкого течения скарлатины, дали возможность выписывать реконвалесцентов на 14—16 день болезни вместо 25—30 дня болезни.

Метод внутреннего применения при скарлатине пенициллина с экмолином является простым и удобным для широкого применения.

---

95. БРАГИНСКИЙ Б. М.

окончил Киевский мед. ин-т в 1947 г., дисс. канд.

ОБМЕН РИБОФЛАВИНА ПРИ ПОРАЖЕНИЯХ ПЕЧЕНИ

1 том, 221 стр., в лит. указ. 274 источн. (225 отечеств. и 49 иностр.).

Защ. в июне 1956 г. в Таджикском мед. ин-те.

Поражения печени занимают значительный удельный вес в краевой патологии Таджикистана. Состояние печени имеет большое значение для обмена витаминов комплекса В. Одним из важнейших витаминов этого комплекса является рибофлавин (витамин B_2). Обмен рибофлавина при поражениях печени недостаточно изучен.

Для определения рибофлавина в моче был использован метод Е. Слатера и Д. Морелла в модификации Г. Д. Елисеевой. Он основан на разрушении всех флуоресцирующих веществ, кроме рибофлавина, и измерении флуоресценции раствора при определенном РН до и после облучения ультрафиолетовыми лучами, которые разрушают рибофлавин. По разнице флуоресценции вычисляется концентрация рибофлавина.

Определение рибофлавина и его фосфорилированных (флавин-адениндинуклеотид и флавинмононуклеотид) форм в крови проводилось по методике Лоури с сотр. в небольшой модификации автора.

Рибофлавин определялся в суточной моче 3 дня до нагрузки, в день нагрузки (20 мг рибофлавина внутрь или внутривенно) и на следующий день после нагрузки. Кроме того, определялось содержание в крови общего рибофлавина, свободного рибофлавина, флавинадениндинуклеотида и флавинмононуклеотида до нагрузки, через 2—4—24 часа после нагрузки внутрь (20 мг B_2 и через 1—3—24 часа после нагрузки (20 мг B_2) внутривенно. Определялись в динамике функциональные пробы печени. Всего было обследовано 108 человек—практически здоровые люди (контроль), больные острыми (болезнь Боткина, гелиотропный токсикоз) и хроническими поражениями печени (гепатолиенальный синдром метамалярийного происхождения, хронические гепатиты и циррозы печени).

Для суждения о дефиците рибофлавина в организме необходимо было, помимо определения его выделения с суточной мочой до нагрузки и при нагрузке, определить также содержание в крови свободного рибофлавина и фосфорилированных его форм до нагрузки и в динамике после нагрузки.

У лиц контрольной группы выделение рибофлавина с суточной мочой до нагрузки в среднем было определено в количестве—0,48 мг, что по отношению к принятому с пищей составляло 30%.

При нагрузке внутрь и внутривенно соответственно в среднем выделилось 11 мг и 15,6 мг, что по отношению к нагрузочному соответственно составляло 55% и 78%.

Определение в цельной крови свободного рибофлавина и фосфорилированных его форм (ФАД и ФМН) показало, что при нагрузке внутрь через 2 часа в крови увеличивалось содержание ФАД и ФМН, которое через 4 часа после нагрузки возвращалось к исходному уровню. При нагрузке внутривенно через 1 час после нагрузки в крови происходило увеличение содержания ФАД, но значительно меньшее, чем при нагрузке внутрь. В большей степени увеличивалось содержание свободного рибофлавина, которое через 3 часа после нагрузки возвращалось к исходному уровню.

При болезни Боткина средней клинической тяжести в желтушном периоде имел место дефицит рибофлавина в организме, который в период клинического выздоровления несколько уменьшался. При гелиотропном гепатите на высоте заболевания наблюдался более выраженный дефицит рибофлавина, чем при болезни Боткина. При клиническом выздоровлении, несмотря на проведенное «насыщение» больных рибофлавином, содержание его в моче и крови оставалось низким до и после нагрузки, что свидетельствовало о дефиците рибофлавина в организме.

При гепато-лиенальном синдроме дефицит рибофлавина выражен больше, чем в предыдущих группах больных. После проведенного «насыщения» организма рибофлавином дефицит его уменьшился, но все же остался. При хронических гепатитах и, особенно, циррозах печени дефицит рибофлавина выражен наиболее резко. При гелиотропном гепатите, гепато-лиенальном синдроме и циррозах печени при более тяжелом поражении печени и более тяжелой клинической картине, внутривенно введенный рибофлавин не усваивался и выделялся с мочой.

Изучение обмена рибофлавина позволяет считать, что в происхождении дефицита рибофлавина играет роль нарушение фосфорилирующей и, возможно, белковой функции печени, а также повышенная потребность в нем.

окончила Таджикский мед. ин-т в 1950 г., дисс. канд.

ОБ ИЗМЕНЕНИЯХ БЕЛКОВОГО СОСТАВА СЫВОРОТКИ КРОВИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПЕЧЕНИ

(электрофоретическое исследование)

1 том, 206 стр., в лит. указ. 202 источ. (151 отечеств. и 51 иностр.).
Защ. в июне 1956 г. в Таджикском мед. ин-те.

Болезни печени в Таджикистане представляют одну из актуальных проблем краевой патологии. Из многочисленных функций печени одной из наиболее важных является синтез белков крови. При поражениях печени эта функция обнаруживает ряд нарушений, в частности, в местностях с жарким климатом, в условиях которого течение поражений печени имеет свои особенности.

Изменения белкового состава сыворотки крови изучались электрофоретическим методом в аппарате с оптической схемой развертки Г. В. Троицкого (наклонная цилиндрическая линза), сконструированном на кафедре патологической физиологии Е. П. Смоличевым. Данные электрофоретических исследований белкового состава крови сопоставлялись с другими функциональными пробами (реакция Таката-Ара, протромбиновое время, тимол-вероналовая проба).

Обследовано было 83 человека: 10 здоровых (контроль), 27 с болезнью Боткина, 16—перенесших болезнь Боткина в прошлом, 10—больных гелиотропным токсикозом и 20—циррозами печени. Обследование каждого больного проводилось 2—3 раза. При этом были получены следующие результаты:

1) Типичным для периода максимального расцвета болезни Боткина было падение относительного и абсолютного содержания альбумина в сыворотке крови и падение альбумин-глобулинового коэффициента. Абсолютные и относительные значения гамма-фракции, а иногда и бета-фракции глобулинов возрастали.

2) В части случаев легкого течения болезни Боткина к моменту клинического выздоровления белковый состав сыворотки крови восстанавливался полностью; в части же случаев оставались вышеуказанные изменения. В большинстве случаев средней тяжести и при тяжелой форме болезни Боткина восстановление белковых фракций в сыворотке крови к моменту клинического выздоровления не происходило. У большинства лиц, перенесших болезнь Боткина в прошлом.

надолго оставались более или менее выраженные изменения протеиногенной функции печени.

Все это диктует необходимость длительного диспансерной наблюдения за всеми лицами, перенесшими болезнь Боткина, независимо от тяжести ее клинического течения, что может предупредить развитие у этих лиц хронического гепатита и циррозов печени.

3) У больных гелиотропным токсикозом на высоте заболевания обнаруживалось снижение уровня белка в сыворотке крови, понижение содержания альбумина и резкое повышение относительных и абсолютных значений гамма-глобулиновой фракции. Альбумин-глобулиновый коэффициент резко понижен. В более тяжелых случаях на электрофоретической кривой обнаруживалась новая белковая фракция (гамма-глобулин). К моменту клинического выздоровления белковый состав сыворотки крови полностью не восстанавливался. Поэтому не исключена возможность, что часть циррозов печени в условиях Средней Азии зависит от неблагоприятного течения гелиотропного токсикоза.

4) При гелиотропном токсикозе изменение белкового состава сыворотки крови расходилось с показаниями тимол-вероналовой пробы, которые в большинстве случаев отклонений от нормы не представляли. Показания тимол-вероналовой пробы могут служить одним из критериев при дифференциальной диагностике гелиотропного токсикоза и циррозов печени.

5) При циррозах печени смешанного типа отмечались гиперпротеинемия, падение альбумин-глобулинового коэффициента и повышение относительного и абсолютного содержания гамма-фракции, а иногда и бета-фракции глобулинов. В ацитической стадии атрофического цирроза обнаруживалось значительное понижение уровня общего белка в сыворотке крови, резкое понижение альбумин-глобулинового коэффициента, в ряде случаев доходящего до 0,2—0,3. В электрофореграмме отмечалось значительное увеличение гамма-фракции, а иногда и бета-фракций глобулинов.

6) В наиболее тяжелых случаях печеночной недостаточности (кома) на электрофоретической кривой обнаруживалось появление новой белковой фракции—бета-глобулина.

7) Полного параллелизма между электрофоретическими исследованиями белковых фракций сыворотки крови и результатами некоторых белковых проб печени (тимол-вероналовая, протромбиновое время, реакция Таката-Ара) не отмечено.

Электрофоретический метод определения белкового состава сыворотки крови может служить тонким дополнительным методом функциональной диагностики печени.

---

97. МОНАКОВА К. И.

оконч. Таджикский мед. ин-т в 1954 г., дисс. канд.

МЕТОДИКА ОПРЕДЕЛЕНИЯ РЕАКТИВНОСТИ КАПИЛЛЯРОВ КОЖИ К ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМ РАЗДРАЖИТЕЛЯМ И НЕКОТОРЫЕ ПРИМЕНЕНИЯ ЭТОЙ МЕТОДИКИ

1 том, 130 стр., в лит. указат. 160 источн. (131 отеч., 29 иностр.).
Защ. в июне 1956 г. в Таджикском мед. ин-те.

До настоящего времени при изучении патогенеза воспаления не теряет актуальности проблема объективного и количественного учёта развивающейся воспалительной реакции. Разработанная методика позволила судить о влиянии различных агентов на развитие воспаления по скорости возникновения нарушений проницаемости капилляров. Метод основан на регистрации времени появления нарушений проницаемости капилляров кожи в месте нанесения стандартного количества воспалительного раздражителя. Разработанная методика позволила в экспериментах на кроликах выяснить ряд вопросов патогенеза воспаления: влияние сна и наркоза, новокаинизации ткани, гипоксемии, а также получить дополнительные данные по противовоспалительному действию АКТГ и кортизона. При выполнении исследований было изучено и состояние капиллярного кровообращения в коже применением метода, основанного на определении скорости удаления из кожи радиоактивных изотопов.

---

98. НИЯЗОВА С. М.

оконч. Самаркандский мед. ин-т в 1941 г., дисс. канд.

РОЛЬ И ЗНАЧЕНИЕ РЕЗУС-ФАКТОРА В АКУШЕРСКОЙ ПРАКТИКЕ

1 том, 235 стр., в лит. указат. 145 источн. (108 отечеств. и 37 иностр.).
Защ. в июне 1956 г. в ЦИУ (Москва)

Организация родовспоможения в Советском Союзе направлена на создание оптимальных условий, обеспечивающих рождение здорового ребенка и сохранение жизни матери и новорожденного. Достижение этой цели возможно лишь при усло-

вии обстоятельного изучения этиологических моментов анте- и постнатальной смертности плода, что позволит усилить проведение рациональных профилактических мероприятий.

С этой точки зрения особого внимания заслуживает проблема резус-несовместимости между матерью и плодом, которая в ряду этиологических факторов мертворождаемости и смертности детей занимает отнюдь не последнее место. Актуальность этого вопроса диктовалась тем, что гемолитическая болезнь новорожденных с желтухой до недавнего времени заканчивалась в 70% смертью. Открытие в эритроцитах человека нового, так называемого резус-антигена, позволило не только объяснить многие случаи заболевания и гибели новорожденных или причины некоторых посттрансфузионных осложнений, но и предупреждать их.

Многочисленные наблюдения как отечественных, так и зарубежных авторов убедительно доказали, что в основе гемолитической желтухи и некоторых форм анемии новорожденных лежит резус-несовместимость крови матери и плода. В тоже время, наблюдения последних лет показали, что проведением комплекса терапевтических мероприятий (переливания резус-отрицательной крови донора, активное медикаментозное лечение и пр.) можно достигнуть значительного снижения детской смертности от гемолитического заболевания—до 20 и даже 10%. Надо полагать, что эта цифра не является предельной.

Основной и актуальной задачей ближайших лет является проведение в массовом масштабе профилактических мероприятий. На первое место следует поставить профилактическое обследование беременных с целью выявления среди них лиц, в эритроцитах крови которых резус-фактор отсутствует

В задачи настоящего исследования входило выявление эффективности профилактических мероприятий в целях дальнейшего снижения мертворождаемости и детской смертности, связанных с резус-несовместимостью, а также заболеваемости новорожденных гемолитической болезнью.

99. ОБНОСОВА Т. П.

оконч. Таджикский мед. ин-т в 1951 г., дисс. канд.

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЗЕВА

1 том, 112 стр., в лит. указ. 46 источн. Защ. в июне 1956 г. в Таджикском мед. ин-те.

Для выяснения вопросов патогенеза и лечения ангин, наряду с клиническими наблюдениями, были проведены экспериментальные исследования на кроликах. В серии опытов изучалось влияние медикаментозного сна и эфирного наркоза на проницаемость капилляров слизистой зева, причем в первой группе опытов была изучена проницаемость капилляров зева в нормальных условиях, во второй группе проницаемость капилляров слизистой зева кроликов при нембуталовом сне и в третьей группе—проницаемость во время эфирного наркоза.

Лечение ангин сном с 1953 года было проведено у 440 больных, из них у 353 с хроническим тонзиллитом, подвергшихся операции тонзиллоэктомии. У 90 из этих больных был применен комбинированный метод лечения (пенициллин+сон), 163 больных подверглись только сонной терапии и 100 больных служили контролем. Как до, так и после операции, эти больные не лечились пенициллином и не подвергались сонной терапии.

Во вторую группу (70 чел.) вошли больные с перитонзиллярными абсцессами. Из них 32 подверглись комбинированному методу лечения (пенициллинотерапия и сонная терапия), у 15 применялась только сонная терапия и 23, лечившихся только пенициллином, служили контролем. В третью группу (17) вошли больные с различными формами ангины.

Проведенные исследования показали, что: а) медикаментозный сон и эфирный наркоз вызывали отчетливое уменьшение проницаемости капилляров слизистой зева кроликов. б) воспаленная слизистая зева кроликов содержала больше воды, чем слизистая контрольных животных и кроликов, у которых воспаление вызывалось во время наркоза; в) глубокое торможение центральной нервной системы, вызванное эфирным наркозом, замедляло развитие воспалительного процесса в слизистой оболочке зева кроликов; г) терапия сном в предоперационном периоде у больных хроническим тонзиллитом давала положительный эффект, особенно у лиц, эмоционально легко возбудимых, страдающих бессонницей, испытывающих страх перед предстоящей операцией; д) в послеопе-

рационном периоде сонная терапия улучшала общее состояние, уменьшала болевой синдром и реактивные явления в зеве, а также сокращала количество дней нетрудоспособности (в среднем на 1—3 дня); е) при лечении послеоперационных больных, лакунарных и фолликулярных ангин наилучшие результаты давал комбинированный метод лечения (сон и пенициллин); ж) лечение перитонзиллярных абсцессов сном в сочетании с пенициллином оказалось более эффективным, чем при применении только пенициллинотерапии; з) при раннем применении сонная терапия способствовала обратному развитию воспалительного процесса в зеве и уменьшала реактивные явления в послеоперационном периоде.

---

100. СМОЛИЧЕВА Е. П.

оконч. Таджикский мед. ин-т в 1948 г., дисс. канд.

О КРОВОИЗЛИЯНИЯХ В МОЗГ И НЕКОТОРЫХ ДРУГИХ МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЯХ ГОЛОВКИ МЕРТВОРОЖДЕННЫХ

1 том, 248 стр., в лит. указат. 209 источн. (172 отеч., 37 иностр.).
Защ. в июне 1956 г. в Таджикском мед. ин-те.

Основной задачей работы являлась попытка, на основании сопоставления клинических и морфологических данных, выявить наиболее характерные признаки механических повреждений головки плода при прохождении ее через родовые пути и определение их диагностической ценности.

С этой целью произведен анализ результатов аутопсий трупов 260 плодов и последов (245 мертворожденных и 15 новорожденных со сроком жизни не свыше 3-х суток), при учете подробных клинических данных о течении беременности и родов в каждом случае.

На основании анализа клинических данных и результатов исследований последа выделены 2 группы мертворожденных: I—дети, погибшие до прохождения их головки в родовые пути; II—дети, смерть которых наступила в период плодоизгнания.

Из комплекса причин, обусловивших внутриутробную смерть плодов первой группы, полностью исключается роль сжатия головки в родовых путях, которое, однако, в части случаев, при неблагоприятном течении родов вызывает посмертную механическую травму черепа, его покровов и содержимого у мертвого ребенка.

Во второй группе детей, погибших в периоде плодоизгнания, небольшая часть мертворождений обусловлена родовой травмой; причиной смерти основной массы плодов в ней является сочетание черепной родовой травмы с различными видами нетравматической асфиксии.

Проведены сопоставления морфологических данных вскрытия черепа и гистопографического исследования головного мозга в вышеперечисленных основных группах с целью выяснения роли механического сжатия черепа в родовых путях и общих расстройств кровообращения при нетравматической асфиксии в генезе возникновения различных видов интракраниальных кровоизлияний.

Описаны макроскопически определяемые при вскрытии проявления родовой травмы черепа, его покровов и содержимого, связанные с механическим воздействием на головку при родах. Проведена дифференциальная морфологическая диагностика посмертной и прижизненной травмы, возникающей в аналогичных условиях патологии плодоизгнания при живом и мертвом плоде.

---

101. МОНАКОВ Н. З.

оконч. ГИМЗ в Ленинграде в 1929 г., дисс. докторская

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ГРЫЖИ (НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ПАТОГЕНЕЗА И ЛЕЧЕНИЯ)

1 том, 502 стр., в лит. указ. 448 источн. (349 отечеств. и 99 иностр.).
Защ. в июле 1956 г. в Военно-морской мед. академии (Ленинград).

Автором выявлен ряд косвенных показателей о частоте послеоперационных грыж. На 27000 грыжесечений послеоперационные грыжи наблюдались более чем у 2%. Среди 17000 инвалидов более чем у 1% были послеоперационные грыжи. Среди 2748 больных, перенесших чревосечение, послеоперационные грыжи были найдены у 3,74%, из них среди осмотренных врачом у 4,2%, а среди осмотренных через 2—3 года после операции—у 6%. Среди всех ущемленных грыж различного происхождения ущемление послеоперационных грыж наблюдалось у 1,8%. Чаще всего имели место грыжи после разрезов по Леннандеру, параллельно реберной дуге и по средней линии выше пупка.

Грыжи у мужчин встречались относительно чаще, чем у женщин, но т. к. женщины больше подвергаются чревосечениям, то абсолютное число грыж у них было несколько больше, чем у мужчин. У женщин разрезы по средней линии ниже

пупка производятся в 19 раз чаще чем у мужчин, этим и объясняется большая частота грыж данной локализации у женщин. Применение антибиотиков не уменьшало числа послеоперационных грыж, следовательно, нагноение в ране не являлось ведущей причиной грыж.

В лечении грыж автор считает наиболее надежной апоневротическую пластику с подкреплением швов, в показанных случаях, капроновой сеткой. Автор предлагает использовать лоскут на ножке из передней апоневротической пластинки прямой мышцы живота: а) с основанием у наружного края прямой мышцы для закрытия дефекта у наружного ее края; б) перекрытие дефекта в прямой мышце лоскутом, имеющим основание у средней линии и взятым с другой прямой мышцы; в) двумя лоскутами апоневроза с основанием выше и ниже дефекта в прямой мышце и, при необходимости, третьим лоскутом, взятым с соседней прямой мышцы и перегнутым через среднюю линию; г) укрепление парализованного при разрезе Леннандера фрагмента прямой мышцы путем удвоения переднего листка апоневроза.

В операцию Генриха автор внес дополнение в виде отдельного узлового шва на края апоневроза.

При грыжах после аппендэктомии, у наружного края грыжевых ворот предлагается сделать полулунный разрез апоневроза и в образованный карман матрацными швами втянуть медиальный апоневротический край грыжевых ворот. Свободный край лоскута дополнительно укрепить швами.

Автором радикально изменена операция К. М. Сапежко. На одной стороне грыжевых ворот овальным разрезом вскрывается сухожильное вместилище прямой мышцы и в образованный карман матрацными швами втягивается противоположный апоневротический край грыжевых ворот, после чего край лоскута апоневроза пришивается сверху. В показанных случаях сверху ушитого апоневроза подшивается капроном сетка, связанная рыболовным сетевым узлом. Для создания покоя в ране брюшной стенки автор с 1942 года закрывает область раны гипсовым бандажем.

На 1073 оперированных по поводу неосложненных послеоперационных грыж наблюдался один (0,1%) летальный исход. Отдаленные результаты, выявленные в сроки от 3 до 22 лет после операции, лучше чем у В. Р. Хесина и Мессона, но все же мало удовлетворительны.

оконч. 2-ой Московский мед. ин-т в 1949 г., дисс. канд.

ФОСФОРНЫЙ ОБМЕН В СЛИЗИСТОЙ ЖЕЛУДКА

1 том, 152 стр., в лит. указат. 186 источн. (99 отеч. 87 иностр.).
Защ. в январе 1957 г. в Таджикском мед. ин-те.

Механизм образования соляной кислоты слизистой желудка остается неясным, несмотря на многочисленные исследования.

Секреция соляной кислоты связана с потреблением большого количества энергии. Источником энергии в организме являются фосфорные соединения, накапливающие энергию, освобождающуюся при биологическом окислении. Поэтому обмен фосфорных соединений в слизистой желудка во время секреции соляной кислоты представляет значительный интерес.

Объектом исследования служила слизистая желудка белых крыс и лягушек. Возбуждение секреции вызывалось внутрибрюшным введением 1 мг гистамина. Реакция желудочного содержимого определялась по индикатору метил-оранж; в опытах на переживающей слизистой количество соляной кислоты определялось кондуктометрическим титрованием.

Разделение фосфорных фракций проводилось по методу Шмидта и Тангаузера в модификации Шнейдера. Фосфор определялся колориметрически, по реакции с молибденовокислым аммонием и эйконогеном. Об интенсивности обмена фосфорных соединений судили по внедрению в них изотопа P^{32}, который вводился за два часа до умерщвления животных.

При анализе соединений кислоторастворимой фосфорной фракции найдено, что содержание неорганического фосфора в слизистой желудка при секреции возрастает, содержание аденозинтрифосфорной кислоты не меняется. Интенсивность обмена органических фосфатов усиливается, что связано с увеличением активности аденозинтрифосфорной кислоты. Слизистая желудка, как и всякая другая ткань, обеспечивает свои энергетические потребности, используя аденозинтрифосфорную кислоту.

Выяснено, что в слизистой желудка при секреции соляной кислоты принимают активное участие соединения щелочнорастворимой фосфорной фракции—рибонуклеиновая кислота (РНК) и фосфопротеины (ФП). Удельная активность фосфора РНК возрастает в 1,74 раза; удельная активность фосфора ФП возрастает в 1,68 раза.

Участие рибонуклеиновой кислоты подтвердилось в опы-

тах с действием рибонуклеазы на переживающую слизистую желудка лягушки: под влиянием рибонуклеазы секреция соляной кислоты либо полностью прекращается; либо значительно подавляется. Можно думать, что РНК играет роль макроэргического соединения, а ФП—роль ферментов.

Определение в слизистой желудка активности фосфатаз, принимающих большое участие в фосфорном обмене, показало значительное увеличение их активности при секреции соляной кислоты. Это также свидетельствует об усилении обмена фосфорных соединений при образовании и выделении соляной кислоты.

---

103. ПИСАРЕНКО Ф. С.

оконч. Омский мед. ин-т в 1926 г., дисс. канд.

ХОЛЕВО-ЦИТРАТНАЯ СРЕДА ДЛЯ ЭЛЕКТИВНОГО ВЫРАЩИВАНИЯ ДИЗЕНТЕРИЙНЫХ И ТИФО-ПАРАТИФОЗНЫХ БАКТЕРИЙ

1 том, 111 стр., в лит. указат. 81 источн. (59 отеч., 22 иностр.).
Защ. в марте 1957 г. в Самаркандском мед. ин-те.

В 1948 году автором была закончена разработка элективной питательной среды для выделения дизентерийных и тифо-паратифозных бактерий, получившей название холевоцитратная среда (сокращенно—ХЦС ТИЭМГ—Таджикского Института эпидемиологии, микробиологии и гигиены).

В первом своем варианте указанная среда была представлена в виде «сырого» образца, а затем был разработан образец сухого варианта этой среды.

Учитывая большое значение желчных кислот (холевой и дезоксихолевой) и цитратов, необходимых для угнетения бактериальной микрофлоры кишечника (в том числе и кишечных палочек), в состав сырого варианта включены следующие ингредиенты (из расчета на 1 литр готовой среды):

Соль поваренная	— 5,0 г
Пептон	—10,0 »
Агар-агар	—20,0 »
Лактоза	—10,0 »
Желчно-кислые соли	—15,0 »
Лимоннокислый натр	—14,0 »
Гипосульфит	— 8,5 »
Лимоннокислое железо	— 1,0 »
Бриллиантовая зелень	—0,4 мг
Нейтральная красная	—32 мг
Мясная вода до	—1000 мл

В практике для приготовления сырого варианта ХЦС требуется 2,5% мясопептонный агар, раствор желчнокислых солей 1:10, раствор цитратных солей с гипосульфитом и раствор красителей. Лактоза прибавляется к растопленному агару ex temporе, а затем вводятся желчнокислые соли, цитраты и красители, pH среды=6,8—6,9. Холевоцитратную среду можно разливать в нестерильные чашки Петри, т. к. на этой среде воздушная микрофлора не растет. Палочка протея растет ограниченными черными колониями (не роится); колонии кишечных палочек имеют розовый цвет; патогенные кишечные бактерии и параколи бесцветные.

Бактериологическое испытание холево-цитратной среды в сопоставлении с высеваемостью на контрольных средах-бактоагар Ж, бактоагар Плоскирева, СС-агар и др. показали значительное ее превосходство. Так, из 760 произведенных параллельно диагностических посевов, возбудители дизентерии выделены на ХЦС в 35,4%, на бактоагаре Ж—в 21,1%. При обследовании 1008 чел. на бациллоношение на ХЦС выделено 4,5% возбудителей кишечных инфекций, а на бактоагаре Ж—только 1,7%. То же на детском материале: соответственно 8,1% и 2,6%.

С 1950 года начато изготовление ХЦС в сухом виде. Производство ХЦС с 1952 года было включено в общеинститутский производственный план, что дало возможность широкого внедрения в практику всех лабораторий Таджикистана и даже за его пределы.

В сентябре 1950 года на разработанную автором холево-цитратную среду Государственным Комитетом Совета Министров СССР по внедрению передовой техники в народное хозяйство выдано авторское свидетельство на изобретение.

---

104. ТАИРОВ Г. Ш.
оконч. Ташкентский мед. ин-т в 1935 г., дисс. канд.

КАПИЛЛЯРНОЕ КРОВООБРАЩЕНИЕ В КОЖЕ ПРИ ОСТРОЙ КРОВОПОТЕРЕ

1 том, 113 стр., в лит. указат. 85 источн. (60 отеч., 25 иностр.).
Защищ. в марте 1957 г. в Таджикском мед. ин-те.

Немногочисленные литературные данные о состоянии капиллярного кровообращения в коже при острой кровопотере являются разноречивыми.

Автора интересовал вопрос, как отражается на капиллярном кровообращении в коже кровопускание, которое производится при взятии крови у доноров. Изучение данного вопроса осуществлялось с помощью меченых атомов.

При сопоставлении результатов исследований влияния кровопотери у доноров и в эксперименте у собак, оказалось, что у доноров при потере в среднем до 10% объема циркулирующей крови уже через 1 час капиллярное кровообращение в коже полностью восстанавливалось, тогда как у собак при потере 9% объема циркулирующей крови, кровообращение в коже оставалось нарушенным даже через 2 часа после кровопускания. С другой стороны, в этих же условиях при извлечении 9% крови кровяное давление у собак восстанавливалось, а у доноров при взятии 10% крови еще через 1 час оно оставалось несколько сниженным. Возможно, что обнаруженные различия в скорости восстановления капиллярного кровообращения в коже людей и собак, свидетельствует о лучшей регуляции динамики кровообращения в коже людей.

С точки зрения практики представляет интерес, что извлечение даже 300 мл крови (6,3% от объема циркулирующей крови) у человека сопровождается совершенно отчетливым ослаблением капиллярного кровообращения в коже. Это свидетельствует о том, что даже небольшие кровопотери у человека (6,3% объема крови) сопровождаются перераспределением массы циркулирующей крови.

Определение скорости полуудаления изотопа из кожи у доноров является более объективным показателем влияния кровопотери на организм, чем определение величины артериального давления. Достоверность различия при определении времени полуудаления изотопа из кожи была значительно выше ($p<0{,}001$), чем при определении величины артериального кровяного давления ($p<0{,}05$). Поэтому определения времени полуудаления могут проводиться для оценки влияния сдачи крови на организм доноров в индивидуальных случаях, в то время как измерения кровяного давления указывают на влияние кровопотери на организм лишь при массовых наблюдениях.

Исследования показали, что в течение первого часа после кровопускания резко нарушается капиллярное кровообращение в коже собак. При потере 9% крови почти в два раза, а при потере 25% почти в четыре раза замедляется скорость удаления внутрикожно введенного NaJ^{131}. Через 2 часа после острого кровопускания капиллярное кровообращение в коже начинает восстанавливаться, но не доходит до исходного состояния, особенно отстает восстановление при потере 25% объема циркулирующей крови.

Величина артериального кровяного давления в сонной артерии при кровопускании (9% объема циркулирующей крови) у собак незначительно падает только в момент извлечения крови. При кровопотере, равной 25% объема, артериальное кровяное давление резко падает, затем начинает восстанавливаться, однако максимальное давление даже через 2 часа после кровопускания остается резко нарушенным, а минимальное давление восстанавливается до исходных величин.

Восстановление капиллярного кровообращения в коже после острой кровопотери происходит медленнее, чем восстановление объема циркулирующей крови и кровяного давления.

Извлечение у доноров 300—500 мл крови, независимо от того первично или повторно сдавалась кровь, ведет к закономерному ослаблению капиллярного кровообращения в коже и падению величины артериально кровяного давления в плечевой артерии.

Через 1 час после взятия 300—500 мл крови капиллярное кровообращение в коже у доноров восстанавливается до исходных величин. Артериальное кровяное давление в плечевой артерии при взятии 300 мл крови восстанавливается до исходных величин, а при удалении 500 мл крови—остается сниженным. Восстановление величины артериального кровяного давления в плечевой артерии доноров после острой кровопотери происходит медленнее, чем восстановление капиллярного кровообращения.

При помощи измерения скорости удаления внутрикожно введенных радиоактивных изотопов можно судить о состоянии капиллярного кровообращения в коже при различных степенях острой кровопотери.

———

105. САВИНА Р. И.

оконч. Таджикский мед. ин-т в 1947 г., дисс. канд.

К ПАТОГЕНЕЗУ ИНФАРКТА ПОЧЕК

1 том, 132 стр., в лит. указат. 103 источн. (77 отеч., 26 иностр.).
Защ. в марте 1957 г в Таджикском мед. ин-те

Автор ставил своей задачей морфологическим методом в эксперименте и на трупном материале выяснить: а) закупорка каких ветвей артерии почек ведет к инфаркту; б) роль нервной системы в возникновении инфаркта; в) доказать, что «концевых артерий», как артерий, вовсе не имеющих анастомозов, в почке не существует.

Для разрешения поставленных задач были произведены эксперименты на 133 собаках, у 20 из которых изучалось влияние перевязки внеорганных ветвей почечной артерии на возникновение инфаркта и 113 собакам были введены рентгеноконтрастные эмболы в почечную артерию ее ветви.

Микроскопическое исследование гистотопографических срезов из почек 20-ти собак после перевязки внеорганных ветвей почечной артерии с новокаиновой блокадой и без нее показало, что во всех случаях были обнаружены инфаркты, которые захватывали корковое и мозговое вещество почки. Рентгенография эмбола в целой почке и последующее микроскопическое исследование кусочка почки с эмболом показало, что рентгеноконтрастный эмбол в большей части случаев закрывал просвет междольковых артерий. Закрытие просвета междольковых артерий приводило к различным последствиям (чаще к инфаркту, реже к ограниченному циркуляторному некрозу).

Закрытие просвета междольковых артерий не всегда приводило к инфаркту (очевидно они имеют анастомозы). Таким образом, «концевых артерий» по Конгейму (вовсе не имеющих анастомозов) в почке не существует.

Паранефральная новокаиновая блокада, проведенная вслед за введением эмболов ,оказывала сдерживающее влияние на развитие инфаркта. Инфаркты в почке могут возникать путем рефлекторного спазма без механической закупорки артерий почки. Такой случай отмечался автором при поражении раком солнечного сплетения, без наличия изменений в почечных сосудах.

---

106. ГЕРШАНОВИЧ В. Н.

оконч. 1 Московский мединститут в 1953 году, дисс. канд.

ОБ ОБМЕНЕ ВИТАМИНА B_{12} ПРИ СУБТРОПИЧЕСКИХ АНЕМИЯХ

1 том, 157 стр., в лит. указат. 223 источн. Защ. в апреле 1957 г.,
в Таджикском Госмединституте им. Абуали ибни Сино (г. Душанбе)

Целью исследования являлось изучение закономерностей метаболизма B_{12} при субтропических анемиях.

В работе был использован метод количественного определения витамина B_{12} при помощи специального штамма E. Coli, чувствительного к витамину B_{12} и метионину.

Результаты исследования показали, что исходный уровень витамина B_{12} в сыворотке практически здоровых лиц находится в интервале 0,15—0,52 mγ/мл. Разность суточных колебаний витамина B_{12} в сыворотке составляет 0,01—0,07 mγ/мл при исходном содержании витамина выше 0,15 mγ/мл. Микробиологическая активность мочи у одного и того же лица может колебаться от 21 до 63 mγ/мл витамина B_{12} в сутки.

Содержание витамина B_{12} менее 0,15 mγ/мл отмечалось у большинства больных из энтероколитической и «сочетанной» групп субтропических анемий, у больных хроническим энтероколитом (без анемии) и у небольшой части лиц с атрофическим циррозом печени. Уровень витамина B_{12} менее 0,1 mγ/мл имел место у значительной части больных в группе энтероколитических анемий и у очень небольшого числа лиц из «сочетанной» группы анемий.

Микробиологическая активность мочи до нагрузки у практически здоровых лиц, а также у больных всех обследованных групп находилась в интервале 17—71 m γ /мл витамина B_{12} за сутки.

Максимальный подъем уровня B_{12} у здоровых лиц после нагрузки отмечался через час. Через трое суток концентрация B_{12} возвращалась к исходному уровню. Суммарная микробиологическая активность мочи за трое суток после нагрузки составляла 600—800 m γ B_{12} . Исходная микробиологическая активность мочи после нагрузки устанавливалась на 4—5 день.

У лиц, страдающих энтероколитической анемией через час после нагрузки концентрация витамина B_{12} в крови превышала исходный уровень в 2—5 раз. Через трое суток, в отличие от контрольной группы, содержание витамина B_{12} не возвращалось к исходным уровням.

Сочетание замедленной скорости ретенции инъицированно-

го B_{12} при нормальном посленагрузочном выделении витамина, очевидно, связано с плохим усвоением кобаламинов в организме больных энтероколитической анемией.

У больных из «сочетанной» группы анемий через час после нагрузки уровень витамина B_{12} в крови повышался в 2,8—6 раз. Через трое суток после нагрузки содержание B_{12} не возвращалось к исходным цифрам. Суммарная микробиологическая активность мочи за трое суток после нагрузки составляла 420—930 mγ B_{12}.

В группе хронических энтероколитов (без анемии) уровень витамина B_{12} в крови через час после нагрузки повышался в 1,5—4 раза. Через трое суток уровень B_{12} возвращался к исходному, а суммарная микробиологическая активность составляла 620—990 mγ B_{12}. В этой группе заболеваний нагрузочные кривые не отличались от таковых у контрольных испытуемых. Это свидетельствует о том, что на ранних стадиях хронического энтероколита на фоне пониженного содержания B_{12} в организме не отмечается изменений в утилизации инъицированного витамина.

У больных атрофическим циррозом печени спустя час после нагрузки уровень витамина B_{12} в крови повышался в 2,8—5,7 раз. Через трое суток содержание B_{12} не приходило к начальным значениям, суммарная микробиологическая активность мочи составляла 820—1720 mγ B_{12}. У больных циррозом печени наблюдались наиболее резкие изменения в использовании введенного в организм витамина B_{12}, что указывает на важную роль печени в депонировании кобаламинов.

Полученные данные показывают, что изменения в функции печени при субтропических анемиях могут в значительной мере обусловливать нарушения в утилизации организмом витамина B_{12}. В развитии субтропических анемий важное значение имеют нарушения в обмене кобаламинов.

---

107. КУТЧАК С. Н.

оконч. Таджикский мед. ин-т в 1950 г., дисс. канд.

ТОКСИЧЕСКАЯ ДИСТРОФИЯ И ЦИРРОЗЫ ПЕЧЕНИ В ЮЖНОМ ТАДЖИКИСТАНЕ ПО ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКИМ ДАННЫМ

1 том, 202 стр., в лит. указ. 211 источн. Защ. в апреле 1957 г. в Таджикском мед. ин-те.

Учитывая большую частоту токсической дистрофии и циррозов печени в Южном Таджикистане, автор подверг анализу 457 протоколов вскрытий умерших в стационарах Душанбе с 1933 по 1955 годы с привлечением клинических данных (токсическая дистрофия печени—150, циррозы печени—280, гелиотропный токсикоз—27). Изучение 60 протоколов вскрытий сопровождалось подробным гистологическим (а в 34 случаях гистотопографическим) исследованием печени и внутренних органов. 66,7% умерших от токсической дистрофии печени составили лица моложе 30 лет, а 32%—дети моложе 10 лет.

Обнаружено, что в левой доле печени процесс более разрушительный (с разрастанием здесь соединительной ткани в случаях с затянувшимся течением), чем в правой доле печени. При острой токсической дистрофии печени наступают тяжелые повреждения стенок кровеносных сосудов в виде гомогенизации их, исчезновения ядер, пропитывания плазмой, нарушения расположения и структуры ретикулиновой основы, иногда с нарушением целости стенок сосудов. Красная атрофия печени не всегда является поздней стадией токсической дистрофии. Красная окраска печени может возникать в ранние фазы болезни на почве тяжелых изменений сосудов печени и кровоизлияний. В 59,5% случаев отмечены явления общего геморрагического диатеза, а в трех случаях (1,7%) обнаружены крупные кровоизлияния в головной мозг с разрушением ткани последнего.

Некрозу печеночных клеток постоянно предшествовала ацидофильная дегенерация их. Ожирение обнаружено только у детей, жировая дистрофия у взрослых наблюдалась лишь при некоторых отравлениях (мышьяком). Некроз преимущественно центральных отделов долек печени не является специфическим для вирусного гепатита. В возникновении некрозов этой локализации лежат циркуляторные расстройства.

Из 150 случаев токсической дистрофии печени диагноз «некротический нефроз» фигурировал 18 раз. Учитывая отсутствие клинических изменений со стороны почек, нужно думать, что тяжелые изменения почечного эпителия возникают незадолго до смерти вследствие спазма артерий. Термин «некротический нефроз» при токсической истрофии печени не оправдан.

Сочетание в 12% случаев токсической дистрофии печени с беременностью ни клинически, ни морфологически не отличается от других наблюдений этого страдания. Подавляющее большинство случаев токсической дистрофии печени (87,5%) явилось исходом болезни Боткина, в 10,7% фигурировало отравление гелиотропом, дважды (1,2%) отмечалось отравление мышьяком и в одном случае (0,6%)—врожденная желтуха (гиганто-клеточный гепатит).

Циррозы печени в Южном Таджикистане встречаются чаще (0,7%) к общему числу вскрытий, чем в Российской федерации, а в послевоенные годы отмечается рост числа цирро-

зов печени как причины смерти. Коренные жители составили большинство (57,6%) среди страдавших циррозом печени и умерших от разных причин. Обращает на себя внимание большая поражаемость циррозом печени людей молодого возраста: в 29% от цирроза печени умирали люди в возрасте до 30 лет, а нередко и дети (13,6%). Цирроз печени носил обычно характер атрофического. Аналогично токсической дистрофии печени ни в одном случае не наблюдалось более интенсивное поражение правой ее доли, а цирротические изменения явно преобладали в левой доле, что подтверждалось и исследованием гистотопографических срезов через печень.

В группе циррозов с выявленным анамнезом, болезнь Боткина отмечена в 23,6%, а в течение последних трех лет—у половины умерших от цирроза печени. Во время Великой Отечественной войны и в послевоенные годы в Таджикистане отмечался рост заболеваемости болезнью Боткина. Отмечается параллелизм в нарастании числа смертельных исходов от тяжелой деструктивной формы болезни Боткина и циррозов печени, причем, увеличение числа смертельных исходов от цирроза печени следует через 1—2 года после увеличения числа смертельных исходов от болезни Боткина. Ведущая роль в развитии циррозов печени в Южном Таджикистане принадлежит болезнь Боткина.

---

108. БАРАТОВ К.

оконч. Таджикский мед. ин-т в 1950 г., дисс. канд.

ОПЫТ СОСТАВЛЕНИЯ САНИТАРНОГО ОПИСАНИЯ СЕЛЬСКОГО РАЙОНА ТАДЖИКИСТАНА

2 тома, 454 стр., в лит. указат. 103 отечеств. источника. Защ. в мае 1957 года в Алма-Атинском мед. ин-те.

Автор поставил задачу впервые в республике обобщить опыт по составлению санитарного описания сельского района Таджикистана как основы для последующего построения рационального плана санитарных и оздоровительных мероприятий. Диссертацией охвачены следующие вопросы:

1. Санитарные факторы внешней среды с точки зрения их влияния на здоровье населения; сюда вошли описания климата и гидрологических условий. Проведено санитарное обследование 150 жилых домов колхозников. Поставлен опыт оценки и организации питьевого водоснабжения населения. Для изучения характера питания было отобрано 15 семей

среднего достатка, принадлежащих к трем различным колхозам.

2. Факторы состояния здоровья населения, в частности демографические процессы, физическое развитие, структура заболеваемости. В последнем случае дан обзор причин заболеваемости населения и пути ее дальнейшего снижения.

Автором на основании изучения санитарного состояния района делается ряд выводов. Так, распространение простудных заболеваний и тяжелое течение их объясняется нерациональным устройством жилищ в сочетании с резкой континентальностью климата. Загрязненность территории населенных мест, связанная с отсутствием какой-либо системы очистки, и особенно загрязненность оросительной воды, используемой для питьевых и хозяйственных целей, способствует распространению кишечных инфекционных заболеваний, в первую очередь дизентерии.

Показано, что неблагоприятное влияние на организм с точки зрения его сопротивляемости к возбудителям инфекционных заболеваний и другим болезнетворным агентам принадлежит: а) дефициту в пищевом рационе населения животных белков и жиров, витамина С и кальция; б) неблагоприятному температурному режиму (выхождению в жаркие дни эффективных температур за пределы зоны комфорта); в) значительной запыленности внешнего воздуха, особенно летом, так как в это время наблюдается сухость и увеличивается его загрязненность из-за нерациональной планировки населенных мест (отсутствие зонирования).

Деятельность органов здравоохранения в свете вышеизложенного должна быть направлена на:

1) санитарно-просветительную пропаганду по вопросам гигиены и особенно правильного построения пищевого режима;

2) пропаганду рационального закаливания;

3) четкую организацию противоэпидемических мероприятий по линии борьбы с кишечными детскими инфекциями;

4) рекомендацию через местные советские и партийные органы и правления колхозов мероприятий по строительству в колхозных кишлаках «фильтров на проточной воде», а также по строительству и реконструкции на основе гигиенических норм колхозных кишлаков;

5) обеспечение лиц, прибывших из горных районов в течение первого года жизни в хлопковом районе, витаминными препаратами;

6) усиление мероприятий по активному выявлению боль-

ных путем покибиточных обходов в кишлаках и улучшению патронажа беременных и детей первого года жизни. Работа органов здравоохранения должна быть целеустремленной и конкретно отражать динамику санитарного состояния данной местности.

---

109 ВАЙЛЬ Л. В.

оконч. Ленинградский педиатрический медицинский институт в 1949 г. Дисс. канд.

КЛИНИКА САЛЬМОНЕЛЛЕЗА, ВЫЗВАННОГО ПАЛОЧКОЙ БРЕСЛАУ, У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА.

1 том, 216 стр., в лит. указ. 157 источн. Защ. в мае 1957 г. в Киргизском госмедиституте (г. Фрунзе).

Была поставлена задача изучить клиническую картину заболеваний, вызванных сальмонеллой мышиного тифа (палочкой Бреслау) у детей раннего возраста и наметить пути предупреждения, диагностики и лечения этих заболеваний.

Исследованию подвергались 208 детей раннего возраста, страдавших сальмонеллезом.

У детей раннего возраста удалось выявить ряд клинических форм сальмонеллеза Бреслау. По наблюдениям автора у 67% детей грудного и раннего возрастов имеется колитная (энтероколитная) форма. При этой форме начало заболевания острое: повышение температуры, ухудшение общего состояния, падение веса, жидкий стул, рвота или срыгивание, потеря аппетита. Наиболее постоянными симптомами являются изменения со стороны пищеварительного тракта: жидкий обильный стул со слизью и прожилками крови, с характерным цветом болотной тины. Наибольшая выраженность симптомов наблюдается на второй неделе болезни, затем, постепенно, к 20—30 дню наступает выздоровление.

Второй по частоте клинической формой сальмонеллеза в грудном и раннем возрасте, встречающейся в 25% случаев, является стертая форма с малой выраженностью симптомов, наиболее трудная для диагностики и имеющая большое эпидемиологическое значение.

Значительно реже сальмонеллез Бреслау наблюдается в виде тифоподобной формы с выраженной температурной реакцией и тяжелым общим состоянием, или по типу токси-

ческой диспепсии, а также в виде токсико-септической формы, особенно тяжелой по клиническим проявлениям и исходу заболевания.

Очень редко встречается диспептическая форма, которая протекает с частой рвотой, жидким водянистым стулом, выраженным токсикозом и явлениями обезвоживания, с резким падением веса тела. Имеют место случаи комбинации сальмонеллеза Бреслау с острой и хронической бактериальной дизентерией, что значительно затрудняет диагностику заболевания.

Сальмонеллезом Бреслау заболевали в основном дети, находящиеся на неправильном вскармливании, с выраженными формами дистрофии, ослабленные предшествовавшими заболеваниями.

Сальмонеллезная инфекция передается у детей раннего возраста контактным путем.

Одной из особенностей сальмонеллеза у детей раннего возраста является волнообразное течение, затяжной характер инфекционного процесса при длительном выделении микробов с испражнениями и мочой.

Представляет известную трудность диагностика сальмонеллеза Бреслау у детей раннего возраста. В ряде случаев диагноз можно ставить на основании анамнестических, клинических и эпидемиологических данных. Но для окончательного диагноза необходимо лабораторное подтверждение (бактериологическое исследование кала и мочи). Большую роль в диагностике сальмонеллеза играет серологическая реакция, дающая положительный результат в 87% случаев.

При лечении сальмонеллеза необходимо обращать особое внимание на уход за ребенком и правильное вскармливание.

---

110. ГЛУЩЕНКО А. Г.

оконч. Одесский мед. ин-т в 1939 г., дисс. канд.

МАТЕРИАЛЫ ПО КРАЕВОЙ ПАТОЛОГИИ ЮЖНОГО ТАДЖИКИСТАНА

(Патологоанатомические данные)

1 том, 251 стр., в лит. указат. 304 источн. (253 отеч., 51 иностр.). Защ. в мае 1957 г. в Таджикском мед. ин-те.

Учитывая отсутствие работ, характеризующих краевую патологию Таджикистана в целом, автор счёл целесообразным проанализировать секционный материал прозектур г. Душанбе, отражающий патологию южного Таджикистана. Материалом для исследования послужили данные 17.997 вскрытий.

произведенных в прозектурах Душанбе за 1033—1954 годы. Протокольные данные переносились на специальные карточки. Последние сгруппировались по заболеваниям, послужившим основной причиной смерти. Причины смерти сопоставлялись и рассматривались в зависимости от возраста, пола и некоторых других показателей. Кроме того, весь материал был распределен на две категории: представители коренного и пришлого населения. Сравнение сведений о распространенности и течении заболеваний среди коренного и пришлого населения, давало основание для суждения об особенностях краевой патологии. Кроме секционного материала были изучены данные биопсий, произведенных в прозектурах г. Душанбе за 1936—1955 гг.

Изучение секционного материала г. Душанбе за 1933—1954 гг. позволило выявить ряд характерных черт патологии южного Таджикистана.

Среди коренных жителей южного Таджикистана отмечена большая частота смертельных исходов от туберкулеза, малярии, крупозной пневмонии. Удельный вес последних двух заболеваний в последние годы резко снизился. Реже в качестве причин смерти у них встречались скарлатина. В южном Таджикистане атеросклероз (включая гипертоническую болезнь) и ревматизм среди причин смерти отмечались реже, чем в средней полосе СССР, особенно у коренных жителей. Камни мочевого пузыря встречались очень часто в качестве причин смерти у мужчин из числа коренных жителей южного Таджикистана. Удельный вес колитов и энтероколитов (особенно хронических) среди пришлого и коренного населения в Душанбинском секционном материале по сравнению с соответствующими данными других городов был чрезвычайно высоким. В последние годы они в известной мере потеряли свое ведущее значение в местной патологии. Среди умерших от хронического колита очень часто наблюдалось истощение, реже дегенеративные изменения в почках. Чаще всего больные хроническим колитом умирали в связи с присоединением очаговой пневмонии. Аппендицит встречался несколько реже, чем в некоторых других городах Советского Союза. Отмечен одинаковый удельный вес умерших от аппендицита среди мужчин и женщин.

Удельный вес наиболее важных болезней печени (токсическая дистрофия и цирроз печени) в материале душанбинских прозектур был выше, чем в городах, расположенных главным образом в северной части Советского Союза. Часто-та же желчно-каменной болезни в качестве основной причины смерти, особенно среди коренных жителей, невелика.

К числу краевых особенностей, по опухолям относились:

частые случаи сарком, рака кожи, рака печени и, особенно, злокачественных опухолей яичка среди умерших от злокачественных новообразований коренных жителей южного Таджикистана. Имелась тенденция к учащению рака легких и пищевода.

Дальнейшее систематическое изучение краевой патологии южного Таджикистана всеми возможными методами позволит повысить эффективность проводимых лечебно-профилактических мероприятий и улучшить их планирование.

III. ДЫСКИНА Т. М.

оконч. медиц. фак. САГУ в 1928 г., дисс. канд.

МАТЕРИАЛЫ К КЛИНИКЕ И ПАТОГЕНЕЗУ ХРОНИЧЕСКОЙ БАКТЕРИАЛЬНОЙ ДИЗЕНТЕРИИ, ПРОТЕКАЮЩЕЙ С ПРЕИМУЩЕСТВЕННЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ТОНКОГО КИШЕЧНИКА.

1 том, 142 стр., в лит. указ., 142 источн. Защ. в мае 1957 г. в Рижском мед. инте.

Исследование охватывает 7068 больных с различными формами бактериальной дизентерии, из них 5170 больных с острой формой бактериальной дизентерии. Из числа последних у 3980 больных был выраженный колитический синдром и у 1201 больного выраженный энтеральный синдром. С хронической дизентерией было обследовано 1890 больных, из них у 546 больных отмечены выраженные явления со стороны тонкого кишечника. Представлены также результаты патолого-анатомического исследования 233 умерших от острой и хронической форм бактериальной дизентерии, у 165 из них было преобладание изменений со стороны тонкого кишечника.

Хроническая бактериальная дизентерия представляет сложный по механизму развития процесс с функциональными явлениями и морфологическими нарушениями со стороны всех отделов пищеварительного тракта, нервной и эндокринной систем, всех форм обмена. Отсюда — различные варианты клинического течения болезни. Наиболее часто встречается хроническая дизентерия с преимущественно выраженным колитическим синдромом. Обычно она наблюдается на ранних этапах развития хронической бактериальной дизентерии. Хроническая бактериальная дизентерия с выраженным энтеральным синдромом чаще наблюдается на поздних этапах развития хронической дизентерии, но может встречаться и на ранних этапах.

Хроническая бактериальная дизентерия с выраженным энтеральным синдромом характеризуется значительными нарушениями всех форм обмена, тяжестью клинического течения, дистрофией больных и относительно часто дает летальный исход. Развитию хронической бактериальной дизентерии с выраженным энтеральным синдромом благоприятствуют различные предшествующие заболевания. Дефицит витаминов и истощение симпатикоадреналовой системы, обусловленное совокупностью воздействий, которым подвергался раньше больной, также благоприятствуют возникновению данного варианта болезни.

Морфологические изменения со стороны кишечника при хронической бактериальной дизентерии с выраженным энтеральным синдромом не всегда идут параллельно тяжести клинического течения болезни.

Лечение болеющих хронической бактериальной дизентерией с выраженным энтеральным синдромом представляет весьма сложную задачу; оно должно быть комплексным, с учетом глубины расстройств, сложившихся в организме.

---

123. СЕРГЕЕВ Ю. В.

оконч. Таджикский мед. ин-т в 1954 г., дисс. канд.

ПРИМЕНЕНИЕ РАДИОАКТИВНЫХ ИЗОТОПОВ ДЛЯ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ИЗУЧЕНИЯ НЕКОТОРЫХ ДИСКУССИОННЫХ ВОПРОСОВ МЕХАНИЗМА СЕНСИБИЛИЗАЦИИ И ВЫРАБОТКИ АНТИТЕЛ

1 том, 121 стр., в лит. указат. 93 источн. (52 отеч., 41 иностр.).
Защ. в октябре 1957 г. во 2-ом Московском мед. ин-те.

Одним из наиболее спорных и дискуссионных вопросов в проблеме иммунитета является механизм образования антител и развития состояния сенсибилизации. Мнения большинства исследователей сводятся к тому, что необходимым условием для перестройки белкового обмена и выработки специфических гамма-глобулинов является контакт чужеродного белка с клетками ретикуло-эндотелиальной системы.

Наряду с этим имеются высказывания о рефлекторном механизме выработки антител, согласно которым антитела образуются в ретиколо-эндотелиальной системе путем рефлекторной передачи антигенного раздражения из периферических рецепторов.

Практическое и теоретическое значение этого вопроса побудило автора предпринять ряд исследований.

При помощи белков, меченных радиоактивным изотопом йода (J^{131}) была количественно изучена резорбция альбумина, а впоследствии и гамма-глобулина сыворотки крови человека из кожи ушей животных. Анологичные исследования были проведены и с гомологичным белком, в состав которого входила сера S^{35}.

Было показано, что за те сроки, которые сторонниками рефлекторной теории считались достаточными лишь для раздражения периферических рецепторов, в организм успевают проникнуть такие количества белка, которые вызывают состояние сенсибилизации. С помощью меченых атомов была показана недостаточная убедительность опытов, в которых доказывалось рефлекторная природа выработки антител путем введений антигена в изолированный каротидный синус.

Таким образом, мнения авторов, считающих, что развитие состояния сенсибилизации и выработка антител есть следствие раздражения периферических рецепторов в месте введения антигена не соответствуют фактам и являются следствием недооценки скорости процессов резорбции белков из кожи.

Более вероятным и более отвечающим современным иммунофизиологическим и иммунохимическим представлениям является допущение, что антитела образуются при прямом контакте антигена с клетками ретикуло-эндотелиальной системы. Рефлекторное раздражение при этом может начинаться с раздражения антигеном интерорецепторов ретикуло-эндотелиальной системы в месте выработки антител. Влияние центральной нервной системы и раздражений, возникающих при действии антигена на периферические рецепторы может, видимо, проявиться на количественной стороне процесса выработки антител, не определяя его специфичности, т. е. синтеза специализированных белков.

---

113. ГОРБУНОВА И. А.

окончил Таджикский мед. ин-т в 1955 г., дисс. канд.

О ВОССТАНОВЛЕНИИ ОБЪЕМА ПЛАЗМЫ И БЕЛКОВОГО СОСТАВА КРОВИ В БЛИЖАЙШИЕ СРОКИ ПОСЛЕ ОСТРОЙ КРОВОПОТЕРИ

1 том, 206 стр., в лит. указат. 152 источн. (87 отеч., 65 иностр.).
Защ. в марте 1958 г. в Кубанском мед. ин-те (Краснодар).

Была поставлена задача детально изучить процессы восстановления количества циркулирующего белка и белкового состава крови методом свободного электрофореза в ранние сроки после острых кровопотерь различной тяжести и одновременно уточнить ряд вопросов, связанных с восстановлением объема циркулирующей плазмы и эритроцитов.

Опыты проводились на собаках. Острая кровопотеря вызывалась быстрым удалением 25% и 40% объема крови из бедренной артерии. Объем циркулирующих эритроцитов, крови и плазмы определялся с помощью меченых P^{32} эритроцитов. Белковый состав крови изучался методом свободного электрофореза в аппарате с оптической схемой Г. В. Троицкого. Концентрация белка в плазме измерялась рефрактометрически.. Определения проводились до кровопотери и через 30, 60 и 120 минут после кровопотери.

Проведено 3 серии опытов. В первой серии (12 собак) удалялось 25% объема циркулирующей крови. Во второй серии (7 собак) удалялась селезенка. В третьей — (6 здоровых собак) удалялось 40% объема крови. Кроме того, проведено несколько опытов с обратным вливанием крови и обратным выходом меченого J^{131} белка из тканей в сосудистое русло. При этом подопытным собакам внутривенно вводился меченый J^{131} белок (меченая плазма), а через 48 часов проводилось полное замещение крови подопытной собаки кровью собак-доноров по методу О. С. Глозмана и А. П. Касаткиной. Кровь собак-доноров стабилизировалась пропусканием через катионит. Полученные данные обрабатывались статистически.

Исследование процесса восстановления объемов циркулирующей крови, плазмы, эритроцитов и количества циркулирующего белка у собак после удаления 25% объема крови показало, что объем циркулирующей плазмы восстанавливался уже через 30 минут ($p > 0,05$), а через 120 минут — превосходил исходные значения. Вместе с жидкостью поступал белок ($p > 0,5$). Однако, несмотря на это, концентрация белка в плазме постепенно уменьшалась, что свидетельствовало о поступлении в сосудистое русло тканевой жидкости, концентрация белка в которой меньше, чем в плазме. Объем циркулирующих эритроцитов достигал исходного уровня через 30 минут после кровопотери ($p > 0,5$), что связано, видимо, с рефлекторным опорожнением депо, преимущественно селезенки. Подтверждением этого явились опыты на собаках с удаленной селезенкой, у которых восстановление объема эритроцитов происходило только к концу второго часа после кровопотери.

После удаления 40% объема крови восстановление всех показателей происходило значительно медленнее. Объем плазмы достигал исходного уровня только через 120 минут после кровопотери ($p > 0,5$), количество циркулирующего белка и эритроцитов до исходного уровня не восстанавливалось ($p < 0,01$). Белковый состав сыворотки крови и альбумин-глобулиновый коэффициент не менялся как при удалении 25%, так и 40% объема крови.

Таким образом, в опытах с кровопотерей различной тяжести было установлено, что сразу после кровопотери в сосудистое русло поступает тканевая жидкость, содержащая белок. Эти данные подтвердились при проведении опытов с обратным выходом меченого J^{131} белка из тканей в сосудистое русло. Сразу после промывания сосудистого русла радиоактивность крови собак нарастала, что свидетельствовало о поступлении из тканей меченого белка.

Несмотря на то, что после кровопотерь белок поступает в сосудистую систему, соотношение белковых фракций в сыворотке крови в различные сроки после кровопотери не менялось. Это вызвало предположение, что после кровопотерь в сосудистую систему поступает примерно равное количество альбумина и глобулиновых фракций. Однако из этого не следует, что состав тканевой жидкости идентичен составу плазмы, а соотношение белковых фракций такое же, как и в плазме. После кровопотерь в сосудистое русло поступает жидкость из различных тканей организма с различным белковым составом, а в результате смешивания ее между собой и плазмой белковый состав оказывается подобным белковому составу кровяной плазмы.

114. ЛЕВИЕВ П. Я.

оконч. САГУ в 1936 г., дисс. канд.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ДДТ И ГХЦГ ПРОТИВ МУХ В ТАДЖИКИСТАНЕ И ПРИОБРЕТЕНИЕ УСТОЙЧИВОСТИ К ЭТИМ ИНСЕКТИЦИДАМ У MUSCSA DOMESTICA VICINA MACQ

1 том, 136 стр., в лит. указат. 102 источн. (61 отеч., 41 иностр.).
Защ. в марте 1958 г. в САГУ (Ташкент)

Диссертация посвящена одной из наиболее актуальных и сложных проблем современной энтомологии—борьбе с синантропными мухами при помощи хлорированных углеводородов и появлению резистентности к этим ядам у комнатных мух.

В первых двух главах дается подробная характеристика Гиссарской и Вахшской долин Таджикистана — Центра и Юга (рельеф почвы, климат, температура, относительная влажность, осадки и проч.); приводятся данные о видовом составе, сезонном ходе численности синантропных мух и их преимущественной локализации—как по литературным источникам, так и по собственным наблюдениям.

В третьей главе сообщаются литературные данные о результатах применения препаратов ДДТ и ГХЦГ в различных населенных пунктах, а также собственные трехлетние наблюдения за результатами аналогичных мероприятий в Таджикистане, в результате которых автор приходит к выводу, что эффективность этих мероприятий в Таджикистане из года в год падает.

Стержневым вопросом диссертации является вопрос о причинах понижения эффективности ДДТ на второй год его применения в практических условиях. Для выяснения этого вопроса был поставлен ряд опытов по влиянию внешних факторов на инсектицидные свойства ДДТ и ГХЦГ. Из этих опытов выяснилось, что естественное запыление поверхностей существенно не снижает токсичности обработанных поверхностей. Наоборот, отрицательное влияние на инсектицидность поверхностей оказывает абсорбция инсектицидов строительными материалами, применяемыми в Таджикистане, а также инсоляция. Поскольку оба последние фактора действовали и в первый год применения ДДТ, когда эффективность обработок была высоко, можно полагать, что не они ответственны за понижение эффективности в последние годы применения этого инсектицида и что последнее объясняется устойчивостью комнатных мух. Разрешению этого вопроса и посвящена последняя глава диссертации. В этом направлении был поставлен целый ряд опытов через 3 года после начала применения ДДТ в городе Душанбе. В этих опытах производилось сравнение процента летальности после контакта с ДДТ и ГХЦГ среди потомства мух, выловленных в городе, и мух, привезенных из кишлака, где хлорированные углеводороды никогда не применялись. Опыты показали ,что мухи Душанбинской популяции приобрели значительную устойчивость к ДДТ и этим следует объяснить понижение эффективности обработок данным препаратом в практических условиях.

К ГХЦГ мухи, выловленные в Душанбе, оказались достаточно чувствительными, что связано с ограниченным применением этого инсектицида в последние годы. Поставленные дальнейшие лабораторные опыты показали, что при применении прерывистых контактов с ГХЦГ у мух вырабатывается устойчивость и к этому инсектициду. Таким образом, надеяться на длительную эффективность хлорированных углеводородов нельзя и следует обратить основные усилия на улучшение санитарного состояния населенных пунктов.

---

115. ГУЛЯМОВ М.

оконч. Самаркандский мед. ин-т в 1952 г., дисс. канд.

КЛИНИКО-ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫЕ ПСЕВДОДЕМЕНЦИИ

1 том, 270 стр., в лит. указ. 117 источн. (88 отечеств. и 29 иностр.).
Защ. в мае 1958 г. в ЦИУ (Москва).

Задачей работы явилось комплексное исследование синдрома псевдодеменции, наблюдаемого в условиях судебно-психиатрического стационара. Наряду с клиническим наблюдением, исследованием высшей нервной деятельности, одной из задач работы было изучение биоэлектрической активности головного мозга и взаимодействия анализаторов (зрительного и обонятельного) в динамике реактивного состояния.

На основании клинических наблюдений и экспериментальных исследований можно было выделить два варианта псевдодеменции, часто встречающихся в судебно-психиатрической практике: ажитированный и депрессивный. С целью изучения механизмов клинических явлений, наблюдаемых при псевдодеменции, были проведены комплексные лабораторные исследования при обоих вариантах течения псевдодеменции и на

разных этапах развития болезни. При этом были получены следующие результаты.

При ажитированном варианте условные связи вырабатывались более медленно, выявлялись более глубокие фазовые состояния (парадоксальная и ультрапарадоксальная), явления внешнего торможения были выражены резко и интенсивно При депрессивном варианте условные связи вырабатывались относительно быстрее, явления внешнего торможения сравнительно менее выражены и более диффузны, фазовые состояния проявлялись в основном в виде уравнительной фазы. По мере выхода из реактивного состояния корковая деятельность постепенно нормализовалась. Восстанавливалась замыкательная функция коры головного мозга, менее выраженными становились явления внешнего торможения.

Нарушения биоэлектрической активности мозга при ажитированном и депрессивном вариантах псевдодеменции, а также при затяжном течении, имея ряд общих закономерностей отличались некоторыми индивидуальными особенностями. Так, на ЭЭГ больных с ажитированной псевдодеменцией в половине случаев альфа-ритм полностью отсутствовал, а в остальных случаях слабо выраженный альфа-ритм с небольшой амплитудой регистрировался только в затылотных областях Во всех случаях на ЭЭГ отмечались быстрые, неритмичные высокоамплитудные колебания, а также множественные иглоподобные колебания. На ЭЭГ больных с депрессивным вариантом псевдодеменции в 8 случаях из 11 альфа-ритм был слабо выражен и регистрировался в затылочных областях. В двух случаях альфа-ритм был выражен во всех отведениях и полностью отсутствовал только в одном наблюдении. Из патологических знаков на ЭЭГ, наряду с высокоамплитудными быстрыми колебаниями, во всех случаях регистрировались низкоамплитудные, нерегулярные медленные волны. На ЭЭГ, записанной после лечения, регистрировался альфа-ритм, который особенно хорошо был выражен в затылочных областях; патологические знаки отсутствовали. Пороги снижались до 3—5 сек. Последствие после прекращения светового раздражения сокращалось до 2—4 сек. Отмечались регионарные различия ЭЭГ при сходной, в общем, электроактивности симметричных точек.

Исследованием взаимодействия анализаторов было установлено, что на высоте реактивного состояния у всех обследованных больных ,как правило, отмечалось ослабление функциональной связи между обонятельным и зрительным анализаторами, что, вероятно, связано с преобладанием тормозных процессов в коре больших полушарий. В процессе лечения псевдодементных больных, по мере выхода из реактивного состояния, взаимодействие обонятельного и зрительного анализаторов постепенно нормализовалось. В начале восстановления раздражение обонятельного анализатора непосредственным раздражителем вызывало удлинение оптической хронаксии с последующим возвращением ее к исходному уровню, а словесная инструкция определить запах (воздействие через вторую сигнальную систему) еще не вызывала такого изменения. В дальнейшем, спустя несколько дней (от 3-х до 10), после активного напряжения обонятельного анализатора в ответ на словесную инструкцию экспериментатора наступало такое же удлинение оптической хронаксии, как и при раздражении обонятельного анализатора парами тимола. В этом периоде больные полностью выходили из реактивного состояния.

Полученные данные комплексного лабораторного исследования, при сопоставлении с результатами клинического наблюдения, указывают, что псевдодеменция есть временное, обратимое расстройство психической деятельности, обусловленное функциональными нарушениями головного мозга. Это убедительно показывает полную несостоятельность точек зрения тех, кто считает псевдодеменцию симуляцией слабоумия или же состоянием, родственным симуляции. Таким образом, данные клинического наблюдения, дополненные лабораторными исследованиями, позволяют приблизиться к пониманию патогенеза синдрома псевдодеменции и патофизиологических нарушений, лежащих в основе его отдельных психопатологических проявлений. Это помогает уточнить диагноз и прогноз псевдодеменции и тем самым определяет ее судебно-психиатрическую оценку.

---

116. ЗАЙЦЕВА Е. И.

окончила Таджикский госмединститут им. Абуали ибни Сино (г. Душанбе) в 1944 г.

Дисс. докторская.

ТЕЧЕНИЕ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ В УСЛОВИЯХ НЕКОТОРЫХ ОХРАНИТЕЛЬНЫХ РЕЖИМОВ

(материалы к клинике и патогенезу язвенной болезни).

Защ. в феврале 1958 г. в 1 Ленинградском медицинском институте им. И. П. Павлова.

Работа представляет клинико-физиологическое исследование. В ее основу положены клинические факты, понимание сущности которых представлено в свете физиологического экс-

перимента на больном человеке. Задача—выяснить клинические фазы в развитии язвенной болезни в целях уточнения некоторых вопросов патогенеза этой болезни, в частности, вопроса о роли функционального состояния «пищевого центра» в развитии данного заболевания; обоснование приемов лечения в зависимости от фазы развития болезни.

Методическим приемом в решении поставленной задачи служил искусственный (медикаментозный и условнорефлекторный) сон.

Исследования проводились на 350 человек, страдающих язвенной болезнью.

Госпитализированные больные поступали в специальное помещение для лечения сном.

При назначении лечебного сна учитывались анамнез и особенности (типы) нервной системы больного, природа и характер течения заболевания.

Лечение удлиненным медикаментозным сном проводилось по специальному плану. В качестве снотворного применялся барбамил. Препарат давался 5 раз; со 2—3 дня выключались два приема снотворных. Лечение продолжалось 18—20 дней, продолжительность сна 18—20 часов в сутки. Первый прием барбамила составляет 0,3 — 0,4 г. При указанной методике, для поддержания достаточной глубины сна, больные получали: при неосложненной язвенной болезни 15,6 — 25,3 г препарата; при осложненной невротическим состоянием — 16,2—29,3 г, при осложненной поражением печени—15,7,—29,5 г.; при осложненной поражением поджелудочной железы — 15,5 — 28,8 г на курс лечения.

Лечение прерывистым медикаментозным сном отличалось от предыдущего предоставлением больному после каждых 5-ти дней сна пятидневного перерыва в приеме снотворных. Терапия проводилась четырьмя пятидневными циклами. При этом, больные с неосложненной язвой получали в среднем 18,7 г барбамила; при сочетании язвенной болезни с невротическим состоянием — 22,3 г; при осложненной поражением печени — 18,5 г.; при осложненной поражением поджелудочной — 18,1 г. на курс лечения.

При лечении условнорефлекторным сном, прежде всего, создавался определенной последовательности клинический стереотип. Первые два дня больные неосложненной язвенной болезнью получали снотворные по 0,2 4 р. в день. Срок назначения барбамила больным осложненной язвенной болезнью несколько удлинялся. В последующие дни, при соблюдении установленного стереотипа, больные получали индиферентные вещества. При уменьшении глубины и продолжительности сна давалось подкрепление в виде 0,1—0,15 г барбамила.

Лечение продолжалось 15 — 18 суток, сон поддерживался 14—16 часов в сутки. За это время больные неосложненной язвенной болезнью получали в среднем 2,45 г барбамила, больные язвенной болезнью, осложненной невротическим состоянием—2,3 г, осложненной поражением печени—8,35, осложненной поражением поджелудочной железы—8,13 г препарата.

Проведенные исследования привели автора к следующим выводам.

В условиях некоторых охранительных режимов (различные виды сна) уточняются особенности клиники язвенной болезни, природа наблюдаемых осложнений, отдельные стороны ее патогенеза и частные механизмы развития данного заболевания.

Язвенная болезнь течет циклически. В развитии болезни можно выделить две клинические фазы, для каждой из которых свойственны определенного характера нарушения нервной системы и различные по силе функциональные расстройства внутренних органов. Первая фаза язвенной болезни характеризуется относительным преобладанием в коре раздражительного процесса и функциональными расстройствами внутренних органов в виде нарушения ритма (суточной периодики). Вторая фаза характеризуется истощением раздражительного процесса в коре головного мозга, при ослабленном внутреннем торможении и относительным функциональным преобладанием подкорки. Во внутренних органах наступают стойкие расстройства функций. Лечение в первой фазе развития болезни должно быть только консервативным (кроме экстренных показаний к хирургическому вмешательству). Показано лечение медикаментозным и условно-рефлекторным сном, а также гипнозом. Во второй фазе болезни, если консервативное лечение не приносит существенного облегчения, следует как можно раньше прибегать к хирургическому вмешательству. Лечение медикаментозным сном и гипнозом должно быть оставлено. Условнорефлекторный сон может быть рекомендован здесь как фон, на котором строится комплекс основных терапевтических мероприятий.

Раннее хирургическое вмешательство (в первую фазу болезни) несет опасность развития болезни «оперированного желудка», в основе которой лежит интероцептивный невроз. У оперированных в первую фазу белезни может развиться рецидив язвенной болезни.

Запоздалое оперативное вмешательство во вторую фазу развития язвенной болезни или несовершенные оперативные приемы влекут за собой послеоперационные осложнения (спайки, пептическая язва тощей кишки и др.).

Лечение «оперированного желудка» должно быть консервативным. В этом случае есть основание для лечения сном и гипнозом.

Послеоперационные осложнения требуют комплекса мероприятий, в котором лечебный сон не показан. Иногда у этих больных неизбежны повторные операции.

В патогенезе язвенной болезни, как частный механизм ее развития, большое значение имеет нарушение функционального состояния «пищевого центра», определяемое извращениями режима питания. Следовательно, в профилактике язвенной болезни необходимо отводить должное внимание гигиене питания и, особенно, его стереотипу.

---

117. КОВАЛЕВСКАЯ А. Н.

оконч. Таджикский мед. ин-т в 1948 г., дисс. канд.

НАБЛЮДЕНИЕ НАД ПРОЦЕССОМ ВЫДЕЛЕНИЯ ДИЗЕНТЕРИЙНЫХ ПАЛОЧЕК У ДЕТЕЙ В ДЕТСКОМ ЗАКРЫТОМ УЧРЕЖДЕНИИ

1 том, 160 стр., в лит. указат. 209 источн. (199 отеч., 10 иностр.).
Защ. в мае 1958 г. в Кубанском мед. ин-те (Краснодар).

В течение 1952—1953—1954 годов и первой половине 1955 года проводились ежемесячные обследования Дома ребенка типа распределителя. В 1955 году обследовался также Дом ребенка № 2 в гор. Душанбе. Всего проделано 8000 анализов.

При систематическом ежемесячном обследовании детского учреждения типа Дома ребенка-распределителя установлено, что 17% всех прошедших за 1953—1954 годы через данное учреждение детей являются дизентерийными бацилловыделителями. Учащенные обследования обслуживающего персонала данного учреждения показали, что 10% из них выделяют дизентерийные бактерии.

Основными источниками распространения дизентерии в детском закрытом учреждении данного типа являются больные дети среди вновь поступающих и бацилловыделители из числа обслуживающего персонала.

Изоляция детей, больных хронической дизентерией, в специальные группы при Доме ребенка имеет ряд недостатков, основным из которых является возникновение перекрестной инфекции. В повышении общего санитарно-гигиенического состояния большую роль играет контроль при помощи смывов. Улучшение санитарно-гигиенического состояния детского учреждения приводит к снижению заболеваемости дизентерией, однако, в группах для больных хронической дизентерией роль режима ограничена в силу особенностей детского возраста.

Проводилось сравнительное изучение эффективности вакцино-и синтомициновой терапии как методов санации, причем было выявлено отсутствие преимуществ вакцинотерапии у детей в возрасте до 3-х лет. Часть детей, леченных вакциной и синтомицином, реагировала обострениями дизентерийного процесса на внедрение новых видов и серотипов дизентерийных бактерий. Обострения наблюдались чаще в связи со сменой видов возбудителя, чем со сменой серотипов.

Изучение длительности бацилловыделения в зависимости от вида и серотипа бактерий свидетельствует, что наиболее длительно выделяются бактерии группы Флекснера, а из них бактерии серотипа «с».

В целях борьбы с дизентерией в Домах ребенка с высоким показателем движения детей целесообразно:

а) обязательное обследование на дизентерию до поступления в Дом ребенка всех тех детей, у которых есть родители, во всех случаях, когда к этому имеется возможность;

б) более частое проведение бактериологического обследования персонала, чем это рекомендуется инструкциями — вместо одного раза в полугодие — ежемесячно;

в) создание специализированных учреждений типа круглосуточных яслей для выведения из Домов ребенка детей с хронической дизентерией и отмена организации групп для бацилловыделителей дизентерии в Домах ребенка.

---

118. МАНСУРОВА И. Д.

оконч. Самаркандский мед. ин-т в 1948 г., дисс. канд.

УРОВЕНЬ БУФЕРНЫХ КИСЛОТ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ПРИ НЕКОТОРЫХ ПОРАЖЕНИЯХ ПЕЧЕНИ.

1 том, 221 стр., в лит. указ. 349 источн. (183 отеч., 166 иностр.).
Защ. в мае 1958 г. в Таджикском мед. ин-те.

Исходя из огромной роли печени в обмене веществ, в том числе в обмене белков и образовании органических кислот, в работе изучались колебания в уровне слабых (буферных) кислот сыворотки крови при некоторых заболеваниях печени. Количество буферных кислот в сыворотке определялось пикратным методом, предложенным Гривальдом и Левманом и

усовершенствованным Я. А. Эпштейном. Для оценки функционального состояния печени использовались данные электрофоретических исследований белков сыворотки, определяемых методом электрофореза на бумаге.

Удалось выяснить, что различные по своему характеру поражения печеночной паренхимы сопровождаются определенными сдвигами в содержании буферных кислот сыворотки крови.

Экспериментальная работа выполнена на 12 собаках различного пола и масти. Повреждение печени вызывалось подкожным введением четыреххлористого углерода, а также внутренним α и β —облучением радиоизотопом железа Fe^{59}. Уровень буферных кислот в сыворотке крови здоровых собак колебался от 54,0 до 65,0 мэкв/л, в среднем 57,9±1,1 мэкв/л. Относительные значения величин отдельных фракций сыворотки крови здоровых собак совпадали с литературными данными, полученными различными методами электрофореза.

При экспериментальных поражениях печени наблюдалось значительное снижение буферных кислот в сыворотке крови. Изменения в содержани буферных кислот сыворотки крови собак шли параллельно нарушениям в составе белковых фракций сыворотки. Последнее при отравлении четыреххлористым углеродом, выражалось в снижении А/Г коэффициента за счет нарастания α_2 и β —глобулинов. При внутреннем облучении малыми дозами Fe^{59} также нарастали количества α_2 и β— глобулинов, однако гораздо в более поздние сроки, чем при отравлении CCl_4.

Нормализация в содержании буферных кислот сыворотки собак при отравлении CCl_4 наступала в среднем через 1,5—2 месяца после последнего введения, а при внутреннем облучении Fe^{59} не раньше 2,5 месяцев после прекращения дачи изотопа.

Клинические исследования проводились у 56 больных, в том числе 38 болезнью Боткина, 18 хроническими гепатитами и циррозами печени. В качестве контроля было обследовано 12 практически здоровых лиц. Содержание буферных кислот в сыворотке крови у лиц контрольной группы было от 56,0 до 66,0 мэкв/л, в среднем 60,9±0,96 мэкв/л.

При болезни Боткина на высоте желтушного периода в случаях легкой и средней тяжести течения гепатита, содержание буферных кислот в сыворотке крови, как правило, было повышено. Нормализация содержания буферных кислот наступала медленно и к моменту клинического выздоровления количество кислот оставалось еще повышенным.

При тяжелом течении болезни Боткина содержание буферных кислот сыворотки находилось в пределах нормальных цифр, либо же несколько снижено. Содержание буферных кислот в сыворотке больных хроническим гепатитом и атрофическим циррозом печени было резко понижено. Степень снижения кислот зависела от тяжести клинического течения гепатита.

Изменения в уровне буферных кислот сыворотки крови как при острых, так и при хронических гепатитах, протекали параллельно изменениям электрофоретической картины белков сыворотки. Наблюдалось различной степени снижение А/Г коэффициента за счёт нарастания α —, частично β —глобулинов.

Таким образом, при острых и хронических гепатитах строгая закономерность колебаний в уровне буферных кислот может представлять для клинициста определенный интерес.

---

119. ПАЛАГИНА Р. И.

оконч. Таджикский мед. ин-т в 1944 г., дисс. канд.

БЕЛКИ КРОВИ, УГЛЕВОДНЫЙ ОБМЕН И АНТИТОКСИЧЕСКАЯ ФУНКЦИЯ ПЕЧЕНИ ПРИ МАЛЯРИЙНЫХ СПЛЕНОМЕГАЛИЯХ

1 том, 143 стр., в лит. указ. 131 источн. (111 отечеств. и 20 иностр.).
Защ. в мае 1958 г., в Таджикском госмединституте.

Степень поражения органов и систем, особенно функциональные изменения печени при хронических малярийных спленомегалиях, изучены недостаточно. В связи с этим с помощью комплекса функциональных проб было обследовано 66 человек: 10 здоровых (контроль), 51 больной с различными формами малярийных спленомегалий и 5 в различные сроки после спленэктомии. У ряда обследованных больных исследования проводились после консервативного лечения и после операции в стадии клинического выздоровления.

Общее содержание белка в сыворотке крови определялось погружным рефрактометром ИРФ-1, а белковые фракции сыворотки крови методом солевого разделения по способу Кэмбелл и Ганна, видоизмененному В. И. Ойвин в сопоставлении с другими функциональными белковыми пробами (тимол-вероналовая, реакция Таката-Ара). Исследование состояния углеводного обмена проводилось с помощью сахарных нагрузок и адреналиновой пробы; антитоксическая функция печени — пробой Квика в модификации Н. Я. Генецкой-Васильевой.

Сопоставление результатов, полученных у больных с малярийными спленомегалиями, с данными белковых фракций практических здоровых людей показало, что: а) концентрация общего белка в сыворотке крови снижается; средние цифры составляют 6,8 г%; б) альбумин-глобулиновый коэффициент снижен до 0,8; в) снижается как абсолютное (3,0 г%), так и относительное (44,1%) содержание альбумина; г) возрастает абсолютное (3,8 г%) и относительное (55,9%) содержание глобулинов. У 13 больных полученные данные об общем количестве белка и белковых фракций после консервативного лечения свидетельствовали, что изменения в печени носят стойкий характер.

После операции в стадии клинического выздоровления у 17 больных количество альбуминов возросло с 2,9% до 3,7 г%, глобулинов уменьшилось с 4,2 г%, до 3,5 г%, А/Г коэффициент увеличился с 0,7 до 1,1, но все еще продолжал оставаться ниже нормы. Неполное восстановление белковых фракций крови у большинства больных к моменту клинического выздоровления свидетельствует о незаконченности патологического процесса в печени.

Углеводный обмен изучался у 37 больных при поступлении и у 14—после операции перед выпиской. Гипогликемия обнаружена у 9 больных (ниже 70 мг%). Максимальный подъем сахара в крови более чем у половины больных наступал в течение первого часа, у 12 имелось явное запаздывание, у 25 больных отмечалось отсутствие возврата уровня сахара к исходному состоянию за время исследования.

До операции у 4 больных (из 14) имелось гипогликемия, исчезнувшая в послеоперационном периоде. У 4-х больных до операции отмечалось запаздывание максимального подъема, и у 10 больных отсутствовал своевременный возврат уровня сахара крови к исходному состоянию в конце исследования. После операции у 7 больных сахарные кривые хотя и имели протяженный характер, но запаздывания максимального подъема не отмечалось

У значительного большинства больных с помощью подкожного введения адреналина отмечен гипергликемический коэффициент ниже 1,5, что свидетельствует о снижении гликогеновых запасов печени. Особенно значительное снижение гликогеновых запасов печени было у больных с циррозом печени. После операции у ряда больных отмечалось увеличение гликемического коэффициента.

Антитоксическая функция печени изучалась у 65 больных: у 50 больных с различными формами малярийных спленомегалий, у 5 — только в различные сроки после спленэктомий и у 10 практически здоровых людей (контроль). У больных с малярийными спленомегалиями выявлено значительное снижение антитоксической функции печени.

В среднем за первый час выделялось 13,9%, за второй — 19,2%, за третий—16,8%, за четвертый—12% бензойнокислого натрия, а всего за 4 часа —61,9%. Существенной разницы между показателями при поступлении и после консервативного лечения не было. После операции у значительного большинства больнах отмечалось улучшение антитоксической функции печени. Выявлено, что не все функции печени страдают в одинаковой степени — в первую очередь страдает белковообразовательная функция, затем углеводная и антитоксическая.

При более или менее выраженных морфологических изменениях в печени, сопровождающихся изменениями функциональных показателей ее, спленэктомия не может остановить патологический процесс в печени. При изучении отдаленных результатов выявлено, что спленэктомия дает стойкий терапевтический эффект при собственно-спленомегалической, тромбопенической и анемической формах малярийной спленомегалии. Операция при этих состояниях является необходимым вмешательством во избежание развития необратимых изменений в других органах и системах.

---

120. ХАЛИКОВ Д. Я.

оконч. Таджикский мед. ин-т в 1951 г., дисс. канд.

НОВОКАИНОВАЯ БЛОКАДА ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ГРУДИ

2 тома, 610 стр., в лит. указ. 311 источн. (230 отечеств. и 81 иностр.). Защ. в мае 1958 г. в Таджикском мед. институте.

Работа основывается на изучении результатов лечения 182 основных и 130 контрольных больных с повреждениями груди, лечившихся в стационаре, а также 118 основных и 2467 контрольных амбулаторных больных.

Распространение новокаина на шее при типичной блокаде по А. В. Вишневскому изучено на 90 трупах путем введения водного раствора метиленовой сини и контрастного вещества с последующей рентгенографией.

При закрытых травмах груди наиболее эффективным по исследованиям автора оказалось многократное применение шейной новокаиновой блокады по А. В. Вишневскому в соче-

тании с местной блокадой, а при проникающих ранениях груди многократные шейные блокады.

Автор установил, что шейная новокаиновая блокада, произведенная при сидячем положении больного, не повышает кровяное давление. При блокаде, произведенной в горизонтальном положении пострадавшего, кровяное давление повышается.

У больных с повреждениями груди насыщенность артериальной крови кислородом понижена. Автор выяснил, что шейная блокада у этих больных нормализирует насыщенность артериальной крови кислородом. Местная новокаиновая блокада области перелома ребер или ушиба груди не повышает насыщенности артериальной крови кислородом. Сочетание местной и шейной новокаиновой блокады дает такое же повышение насыщенности артериальной крови кислородом, какое возникает под влиянием одной шейной блокады.

У пострадавших с повреждениями груди, венозное давление повышено. Оказывается, что шейная новокаиновая блокада через 20—30 минут нормализирует венозное давление.

Одностороннюю шейную новокаиновую блокаду допустимо применять в амбулаторных условиях. При необходимости двусторонней блокады ее следует производить с интервалом в 2—3 часа, если артериальное давление не превышает 130 мм ртутного столба. При значительном подъеме артериального давления после блокады для снижения его необходимо посадить больного. Шейную блокаду целесообразно делать в сидячем положении больного. После шейной новокаиновой блокады у большинства пострадавших с травмами груди диафрагма релаксируется.

При введении краски методом шейной блокады А. В. Вишневского у 90 трупов (из них у 11 в сидячем положении) повреждений органов шеи не было. В большинстве экспериментов краска омывала шейное пограничное симпатическое сплетение, сосудистонервный пучок, блуждающий, диафрагмальный нервы и основание черепа. При воспроизводстве шейной блокады в сидячем положении, введенная краска не достигала основания черепа.

---

121. БОБОХОДЖАЕВ Ислам Ю.

оконч. Ташкентский мед. ин-т в 1937 г., дисс. канд.

К ФАРМАКОЛОГИИ АЛКАЛОИДА СЕКУРИНИНА

1 том, 341 стр., в лит. указ. 145 источн. (130 отеч., 15 иностр.).
Защ. в июне 1958 г. во 2-ом Московском мед. институте.

Среди лекарственных веществ, полученных за последнее время Всесоюзным научно-исследовательским институтом лекарственных и ароматических растений, большой интерес представляет алкалоид секуринин, выделенный в 1954 г. В. И. Муравьевой из растения (секуринега ветвицветная), принадлежащего к семейству молочаевых. Новый алкалоид имеет эмпирическую формулу — $C_{13}H_{15}O_2$.

В настоящей работе представлены результаты более 2300 опытов с секурининном, проведенных на 574 холоднокровных и теплокровных животных, выполненных с применением 10 методов фармакологического анализа. Общее действие и токсичность секурининна на животных, а также локализация его воздействия на нервную систему определялись сравнительно со стрихнином.

Результаты проведенных опытов по определению резорбтивного действия и токсичности алкалоида секурининна показали, что малые и средние дозы, различные для разных видов животных, вызывали учащение дыхания и повышение рефлекторной возбудимости. С увеличением дозы секурининна проявлялось его токсическое действие в виде тонических и клонических судорожных приступов. При сравнении минимально действующих доз оказалось, что секурининн менее активен, чем стрихнин. При сопоставлении наименьших смертельных доз того или другого алкалоида оказалось, что секурининн обладает значительно меньшей токсичностью и большей терапевтической эффективностью.

Методом условных рефлексов было установлено, что секурининн, примененный однократно в дозе 3—5 мг/кг или длительно в дозе 5 мг/кг повышал возбудительные процессы коры головного мозга. Дозы его в 10—12 мг/кг мгновенно вызывали в коре мозга животных состояние запредельного торможения.

Примененный метод электроэнцефалографии в сочетании с исследованием условнорефлекторной деятельности животных позволил шире и разностороннее подойти к оценке влияния секурининна на центральную нервную систему.

Секурининн в определенных дозах вызывал в электроэнцефалограмме кроликов в различной степени увеличение быстрых и уменьшение медленных волн. Эти результаты наблюда-

лись как при внутривенном, так и при подкожном его введении. Под влиянием секуринина усиливалась и рефлекторная биоэлектрическая возбудимость коры на звуковые и световые раздражители.

Внутривенное введение секуринина в дозах 0,5—1,2 и 3 мг/кг вызывало у наркотизированных уретаном животных повышение уровня кровяного давления, увеличение пульсовой волны и уменьшение числа сердечных сокращений.

По данным электрокардиографии подкожное введение 5 мг/кг секуринина кроликам без наркоза приводило к замедлению сердечного ритма, увеличению времени предсердно-желудочковой и внутрижелудочковой проводимости, а также удлинению сердечной паузы. При этом амплитуда зубцов электрокардиограммы повышалась, а систолический показатель уменьшался. Подобное влияние, но выраженное в большей степени, получалось в электрокардиограмме и от длительного подкожного введения указанной дозы секуринина.

От внутривенного введения секуринина в дозах 0,5—1—2—3—4 и 5 мг/кг у кошек, находящихся под уретановым наркозом, дыхание кратковременно учащалось и повышалась амплитуда дыхательных движений. Однократное подкожное введение белым крысам секуринина в дозе 5 мг/кг увеличивало поглощение кислорода тканями головного и спинного мозга, печени, почек и скелетных мышц.

---

122. ЗАБУДСКИЙ Б. Д.

окончил Таджикский мед. ин-т в 1954 г., дисс. канд.

ПРИМЕНЕНИЕ ИСКУССТВЕННЫХ РАДИОАКТИВНЫХ ИЗОТОПОВ ДЛЯ ИЗУЧЕНИЯ КАПИЛЛЯРНОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ И ЛИМФООБРАЩЕНИЯ В КОЖЕ ЛЮДЕЙ И ЖИВОТНЫХ

1 том, 174 стр., в лит. указ. 106 источн. (60 отеч. и 46 иностр.).
Защ. в июне 1958 г. в Таджикском мед. институте.

Основной целью работы была попытка применить изучение скорости резорбции внутрикожно введенных соединений для суждения о состоянии капиллярного крово-и лимфотока в коже человека. Для этого были использованы короткоживущие радиоизотопы фосфор-32 и йод-131 в виде низкомолекулярных соединений ($Na_2HP^{32}O_4$ NaJ^{131} и высокомолекулярного соединения меченого J^{131} альбумина. Принцип метода состоит во внутрикожном введении 0,2 мл физиологического раствора,

содержащего индикаторные количества изотопа и последующей регистрации интенсивности излучения с помощью специального счетчика, помещаемого над местом введения раствора изотопом. О скорости резорбции судили на основании определения времени удаления половины введенного количества изотопа, т. е. по времени полуудаления.

Специально проведенные исследования показали, что относительная величина квадратической погрешности измерения приблизительно равна ±3—4%. У практически здоровых людей время полуудаления внутрикожно введенного $Na_2HP^{32}O_4$ в среднем равно 9,5±2,4 минуты, а NaJ^{131}—6,4+1,0 минуты. У людей разного пола резорбция $Na_2HP^{32}O_4$ практически одинакова. При длительных наблюдениях в конце исследования скорость резорбции изотопов уменьшалась, по-видимому, из-за частичного связывания изотопов в месте введения. Скорость удаления из кожи практически здоровых людей альбумина, меченного J^{131} в среднем в 5 раз меньше, чем NaJ^{131}.

Дальнейшие исследования показали, что скорость удаления низкомолекулярных соединений из кожи в основном зависела от состояния местного кровообращения. Согревание кожи (активная гиперемия) увеличивало скорость удаления внутрикожно введенного $Na_2HP^{32}O_4$. Наложение жгута (развитие пассивной гиперемии) резко замедляло резорбцию внутрикожно введенного изотопа. Развитие реактивной гиперемии после снятия жгута сопровождалось ускорением удаления $Na_2HP^{32}O_4$. Уменьшение числа функционирующих капилляров и их просвета (адреналиновая ишемия) вызывало также резкое замедление удаления низкомолекулярных соединений из кожи. Противоположный эффект оказывало введение в кожу ионофорезом гистамина, сопровождающееся развитием активной гиперемии. Эфирный наркоз уменьшал резорбцию $Na_2PH^{32}O_4$ из кожи кроликов. Изменение резорбции зависело, от глубины сна.

Высокомолекулярные соединения удалялись из кожи, в основном, системой лимфатических капилляров. При усилении лимфотока скорость удаления высокомолекулярных веществ (трипанового синего, альбумина) возрастала.

Особое внимание было уделено применению изотопного метода в клинике. Оказалось, что у больных с атрофическим циррозом печени при наличии значительного по размерам асцита резорбция $Na_2HP^{32}O_4$ из кожи замедлена более чем в 2 раза, а после частичного удаления пункцией асцитической жидкости резорбция нормализовалась. При отеках на почве сердечно-сосудистой недостаточности время полуудаления NaJ^{131} возрастало более чем в 2 раза. Вместе с тем, у них обнаруживалось ускорение рассасывания волдыря при пробе

Мак Клюра и Олдрича. Это может указать на второстепенное значение состояния проницаемости капиллярной мембраны для скорости резорбции внутрикожно введенного $Na\ J^{131}$. У этих же больных были получены отчетливые изменения по резорбции меченого альбумина. В подавляющем большинстве случаев альбумин не резорбировался в течение всего периода исследования (от 25 до 65 минут). Это, по-видимому, указывает на то, что у больных с недостаточностью кровообращения, кроме нарушения капиллярного кровотока, имеется еще резкое замедление лимфооттока в коже.

У больных с нефритами, при наличии отеков без признаков сердечной недостаточности, скорость резорбции как $Na\ J^{131}$, так и меченого альбумина, в среднем было такой же, как у практически здоровых людей. Видимо, уже при развившихся отеках скорость крово-и лимфотока имеет ведущее значение для резорбции вещества из кожи. Отечность кожи, ведущая к увеличению диффузионного пути, может маскировать влияние ускорения крово-илимфотока на резобцию.

Таким образом, процесс удаления внутрикожно введенных меченых соединений отображает состояние капиллярного кровотока и лимфотока в коже и поэтому может быть использован в качестве соответствующего функционального метода исследования.

---

123. КАБИЛОВ И. М.

оконч. Таджикский мед. ин-т в 1952 г., дисс. канд.

О ФАРМАКОДИНАМИКЕ ФУРАЦИЛИНА И ЕГО ВЗАИМОДЕЙСТВИИ С ВИТАМИНОМ B_1 И ГЛЮКОЗОЙ

1 том, 289 стр., в лит. указ. 300 источн. (225 отеч., 75 иностр.).
Защ. в июне 1958 г. во 2-м Московском мед. ин-те.

Задачей настоящей работы явилось исследование влияния фурацилина на функцию центральной нервной системы и некоторые показатели углеводного обмена. Кроме того, автор попытался устранить или уменьшить токсическое действие фурацилина в условиях эксперимента.

Опыты проводились методами пищедвигательных условных рефлексов на белых крысах, электроэнцефалографии, определения содержания сахара в крови, а также функциональных проб на галактозу и адреналин у кроликов.

Фурацилин вводился в воздух 15, 100, и 200 мг/кг веса, зондом в желудок ежедневно в течение 8 дней. В тех же условиях фурацилин в дозах 100 и 200 мг/кг применялся совместно с 2 мг/кг витамина B_1 или с 1 г/кг глюкозы.

Анализируя результаты почти 600 наблюдений, проведенных на 14 белых крысах и 80 кроликах, автор отмечает отдельные стороны фармакодинамики, присущие фурацилину.

От дозы фурацилина в 15 мг/кг происходило некоторое усиление раздражительного процесса в центральной нервной системе животных, особенно после длительного его введения. Показатели же углеводного обмена не изменялись.

Фурацилин в дозе 100 мг/кг вначале приводил к заметному усилению условно-рефлекторной деятельности белых крыс и учащению ритма корковых потенциалов у кроликов. От длительного применения той же дозы фурацилина возникали обратные явления, т. е. преобладание тормозных процессов.

Некоторые сдвиги имели место и в отношении отдельных показателей углеводного обмена. Так, галактозная проба, произведенная после 8-дневного применения 100 мг/кг фурацилина, показала замедленный и сравнительно высокий подъем уровня сахара в крови. При адреналиновой пробе в тех же условиях наблюдалась ослабленная и затяжная гипергликемическая реакция.

Введение фурацилина животным в дозе 200 мг/кг привело к явным нарушениям условно-рефлекторной деятельности, глубокой перестройке ритмов биопотенциалов коры мозга, а также к нарушениям углеводного обмена. В частности, уже после однократного введения фурацилина в указанной дозе наступала гипогликемия средней степени. У животных, которым та же доза фурацилина вводилась в течение 8 дней, наблюдались признаки интоксикации, что выражалось в уменьшении их веса, вялости движений и в явлениях гиповитаминоза.

В условиях комбинированного применения фурацилина с витамином B_1 или глюкозой вышеупомянутые изменения как в центральной нервной системе, так и в углеводном обмене при дозе препарата в 100 мг/кг были выражены в меньшей степени.

По-видимому, побочные явления (головная боль, головокружение, ухудшение сна), отмеченные у больных, принимавших фурацилин, связаны с его прямым воздействием на центральную нервную систему. Витамин B_1 и глюкозу можно использовать для устранения побочных реакций и лечения интоксикаций от фурацилина.

---

124. КУЗНЕЦОВА Н. В.

окончила Ростовский н/Д. мед. ин-т в 1935 г., дисс. канд.

СЕЗОННАЯ ДИНАМИКА СОДЕРЖАНИЯ АСКОРБИНОВОЙ КИСЛОТЫ В РАСТИТЕЛЬНЫХ ПРОДУКТАХ И КОРОВЬЕМ МОЛОКЕ ЮЖНОГО ТАДЖИКИСТАНА

2 тома, 290 стр. в лит. указ. 333 источн. (260 отеч., 73 иностр.).
Защ. в июне 1958 г. в Алма-Атинском мед. институте.

Автор изучал сезонную динамику содержания аскорбиновой кислоты в растительных продуктах и коровьем молоке, поступающих на Душанбинские рынки. В основном они завозятся сюда из Ленинского, Гиссарского, Регарского, Орджоникидзеабадского, Гармского и Оби-Гармского районов Таджикистана.

Продукты исследовались на протяжении 1951—1955 гг. В картофеле, белокочанной капусте, зеленом луке, коровьем молоке, определения содержания аскорбиновой кислоты проводились ежемесячно, в некоторых овощах и фруктах — в месяцы их поступления на рынок. Для установления средних величин был использован метод больших чисел, что позволило применить статистическую обработку полученных данных. Были исследованы следующие продукты: картофель — 1038 проб, молоко коровье —987 проб, овощи —2183 пробы, фрукты — 758 проб. Всего было проведено 4966 определений. Средние данные устанавливались на основании исследования 30—40 образцов каждого вида продукта.

В содержании аскорбиновой кислоты в картофеле, выращиваемом в Южном Таджикистане, обнаружены значительные сезонные изменения. В молодом картофеле, собранном в июне, содержалось 40 мг% аскорбиновой кислоты. С ноября начиналась значительное падение содержания витамина и с февраля по май оно составляло только 6—9 мг%. При расчетах содержания в пищевом рационе аскорбиновой кислоты, получаемой за счёт картофеля, нельзя исходить из приводимого в справочных таблицах среднего содержания в 10 мг%, а необходимо считаться с сезонными изменениями.

Капуста белокочанная в течение всего года является хорошим источником аскорбиновой кислоты. После уборки она содержит 40—45 мг%, к концу хранения — 30 мг%. Щавель и зеленый лук показали меньшее содержание витамина, чем то, которое приводится в справочных таблицах (соответственно 40 и 30 мг% против 60 мг%). Для огурцов осеннего сбора, редиса, редьки, лука, репчатого, получены данные, сход-

ные с приводимыми в справочных таблицах. В томатах найдено несколько меньшее количество аскорбиновой кислоты (30 мг%, против 40 мг%), чем указано в справочных таблицах. В чесноке обнаружено 9—18 мг% аскорбиновой кислоты. Справочные данные о наличии в чесноке «следов» аскорбиновой кислоты нуждаются, таким образом, в пересмотре. В зеленом луке, киндзе, огурцах и редисе, собранных весной, найдено большее содержание аскорбиновой кислоты, чем в собранных осенью.

Содержание аскорбиновой кислоты в большинстве исследованных фруктах существенно не отличалось от приводимых в справочных таблицах данных. В абрикосах обнаружено 20 мг% аскорбиновой кислоты, против 7 мг% приводимых в справочных таблицах. Так как исследования абрикосов, произведенные в Алма-Ате и Ташкенте, показали такое же высокое содержание в них аскорбиновой кислоты, в справочных таблицах следует выделить данные об абрикосах среднеазиатского происхождения. В боярышнике найдено в сентябре 21 мг% аскорбиновой кислоты, в октябре-ноябре — 16 мг%.

В рыночных пробах коровьего молока обнаружено 14 мг/л аскорбиновой кислоты в хлебных — 17 мг/л. Летом происходит снижение С — витаминной активности в молоке отдельных коров на 15—30%, а в рыночных пробах — на 34% по отношению к содержанию аскорбиновой кислоты в остальное время года.

В свежих, нележалых овощах, фруктах (кроме абрикосов и яблок), в коровьем молоке дегидроаскорбиновой кислоты не обнаружено. При образовании ее в лежалых продуктах, абсолютные величины, характеризующие ее содержание, ввиду общего снижения количества витамина, отмечаемого при хранении, обычно так мало, что не могут иметь практического значения.

В зимнее время для получения физиологической нормы аскорбиновой кислоты в рацион должны входить картофель, зеленый лук и, особенно, белокочанная капуста. Ранней весной источниками аскорбиновой кислоты могут служить редис, щавель, в мае — земляника садовая, огурцы, капуста нового урожая. В летнее время небольшие количества картофеля и капусты обеспечивают необходимое содержание аскорбиновой кислоты в питании, но помимо них важным источником витамина С служат также томаты и фрукты. В осеннее время дополнительным источником витамина С, кроме картофеля и капусты, могут служить виноград, бахчевые овощи и редька.

---

125. ХАКИМОВА С. Х.

оконч. Таджикский мед. ин-т в 1943 г., дисс.. докторская.

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ НЕЙРО—ГОРМОНАЛЬНОЙ РЕГУЛЯЦИИ СОКРАТИТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МАТКИ В НОРМЕ И ПАТОЛОГИИ

3 тома, 800 стр., в лит. указ. 439 источн. (236 отечеств. и 203 иностр.). Защ. в июне 1958 г. в 1 Московском мед. ин-те.

Настоящая работа представляет собой попытку выяснить механизм нервной и гормональной регуляции сократительной деятельности матки женщины при нормальной, а также патологической беременности и родах доступными в клинических условиях лабораторными и физиологическими методами исследования.

С этой целью обследованы три группы женщин: 19 с нормальной беременностью, 10 с переношенной беременностью и 17 с задержкой в матке неразвивающегося плодного яйца (missed abortion, missed labour) с продолжительностью пребывания плодного яйца в матке от 4 до 20 недель.

Закономерности нервной регуляции матки изучались путем регистрации безусловных сосудистых и дыхательных рефлекторных реакций с шейки матки в ответ на химическое, механическое и термические раздражения шейки, а с тела матки — в ответ на шевеления плода и сокращения матки. Для контроля одновременно регистрировались рефлекторные реакции с кожи. Эти исследования проводились методом плетизмо-и пневмографии. Сокращения матки регистрировались путем наружной гистерографии. Для изучения роли гормонов в регуляции моторики матки производилось динамическое определение фракций эстрогенов в моче—эстриола, эстрона и эстрадиола методом Пинкуса и Перелмана, прегнандиола методом Аствуда и Джонса и 17-кетостероидов — методом Циммермана. Использованы модификации этих методов, предложенные Г. В. Ордынец.

Полученные результаты показали, что метод исследования безусловных сосудистых и дыхательных реакций является вполне объективным критерием для суждения о возбудимости афферентной части рефлекторной дуги шейки и тела матки. Количественное же определение половых гормонов в моче позволяет установить динамику колебания уровня гормонов при беременности и в родах.

Обследование женщин с нормальной беременностью показало, что начало родовой деятельности не связано с максимальным повышением экскреции эстрогенов. Роды, как правило, начинаются на фоне резкого снижения титра неактивных, а иногда и активных форм эстрегонов. Кроме того, было установлено, что нормальные роды начинаются и протекают на фоне повышенного содержания прегнандиола. При резком понижении экскреции прегнандиола перед родами и в родах обнаруживается функциональная недостаточность маточной мускулатуры.

Исследование рефлекторных реакций показало также, что роды являются комплексным рефлекторным актом, сочетающим процессы возбуждения и торможения, развивающиеся в различных отделах матки. Нормальным родам, как правило, предшествует прогрессирующее усиление рефлекторной деятельности тела матки и сопряженное торможение рефлекторной функции шейки матки. Это явление, именуемое в физиологии реципрокным торможением (в данном случае, рефлекторной деятельности шейки матки), по-видимому, является нормальным механизмом координации моторной функции тела матки. Установлено, что нарушение сопряженного торможения шейки матки, т. е. наличие в родах одинаковой интенсивности рефлекторных реакций с шейки и тела матки, а также глубокое угнетение рефлекторных ответов одновременно с шейки, тела матки и кожи обуславливает патологическое течение родов (слабость родовой деятельности).

Полученные данные позволяют предположить, что сопряженные отношения между двумя отделами матки, по-видимому, обусловлены торможением чувствительного нейрона и нарушением межнейронной проводимости. Угнетение рефлекторных реакций с различных отделов матки, вероятно, следует рассматривать как следствие нарушения эфферентации нервных импульсов в подкорковые нервные центры.

Анализ результатов исследований показал, что усиление рефлекторных реакций сосудистой системы и дыхания, а также маточных сокращений возможно при синергичном действии эстрогенов и прогрестерона. Чрезмерное повышение концентрации одного из этих гормонов способствует торможению рефлекторных реакций и угнетению моторики матки.

Результаты обследования женщин с патологической беременностью позволяют пердположить, что в основе нарушения сократительной деятельности матки при переношенной беременности и при задержке неразвивающегося плодного яйца в матке лежит, главным образом, нарушение нервной регуляции матки. Последнее, по всей вероятности, вызвано изменением подкорковых нервных центров, регулирующих моторику матки.

Поскольку при переношенной беременности и Missed abortion титр половых гормонов в моче в большинстве случаев находится на нормальном уровне, надо полагать, что роль гормональных факторов в этиологии этих патологических состояний, по-видимому, не столь значительна, как это принято думать.

---

126. ФАЙЗУЛЛАЕВ А. Х.

оконч. Таджикский мед. ин-т в 1952 г., дисс. канд.

ДИНАМИКА БЕЛКОВ КРОВИ ПРИ РАССЕЯННОМ СКЛЕРОЗЕ

1 том, 216 стр., в лит. указ. 170 источн. (113 отечеств. и 57 иностр.).
Защ. в сентябре 1958 г. в 1-м Московском мед. ин-те.

Несмотря на то, что инфекционная природа рассеянного склероза не вызывает теперь особых сомнений, вопросы этиопатогенеза этого тяжелого заболевания во многом остаются еще не выясненными. В связи с этим стремление исследователей в настоящее время направлено на поиски возбудителя рассеянного склероза, а также на изучение иммунобиологической активности организма, о чем, как известно, можно судить, в частности, по состоянию белков крови и ликвора. С этой целью была исследована динамика белка и его фракций у 50 больных рассеянным склерозом. Исследование белка и его фракций проводилось в сыворотке крови больных. Общий белок определялся рефрактометром, фракции белка — путем электрофореза на бумаге.

Исследования показали, что:

1. Типичным для рассеянного склероза являлось падение содержания альбумина и относительное повышение концентрации альфа$_2$ — и, особенно, гамма-глобулинов, в то-время, как концентрация альфа$_1$ и бета-глобулинов оставалась неизменненной. Общее количество белка в сыворотке крови у многих больных было снижено.

2. У наблюдаемых больных имела место определенная зависимость между изменениями белковых фракций сыворотки крови и тяжестью, а также стадией демиэлинизирующего процесса. Если у больных в острой фазе рассеянного склероза отмечались значительные изменения белковых фракций, особенно со стороны гамма и альфа$_2$-глобулинов, то в стадии ремиссии заболевания эти изменения были незначительны.

3. Картина белковых фракций сыворотки крови в стадии обострения рассеянного склероза, в известной мере, определялась течением заболевания: клиническое улучшение сопровождалось нормализацией соотношений белковых фракций; при отсутствии же клинического улучшения нормализация белковых фракций не наступала. Прогрессированию демиэлинизирующего процесса соответствовало ухудшение картины белковых фракций.

4. Изменения соотношений белковых фракций сыворотки крови в стадии ремиссии рассеянного склероза были более стабильными.

Таким образом, исследование болковых фракций сыворотки крови при рассеянном склерозе может иметь известное практическое значение как критерий прогноза и эффективности лечения.

---

127. АХМЕДОВ А. М.

оконч. Ташкентский мед. ин-т в 1949 г., дисс. канд.

1 том, 162 стр., в лит. указ. 124 источн. (80 отечеств. и 44 иностр.).
Защ. в ноябре 1958 г. в Московском мед. ин-те.

---

128. МАКАРЕВИЧ Я. А.

оконч. 1-й Ленинградский мед. ин-т в 1953 г., дисс. канд.

КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ЭЛЕКТРОФОРЕТИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ БЕЛКОВОГО СОСТАВА СЫВОРОТКИ КРОВИ, ЭКСУДАТОВ И ТРАНСУДАТОВ ПЛЕВРАЛЬНОЙ И БРЮШНОЙ ПОЛОСТЕЙ

2 тома, 192 стр., в лит. указ. 217 источн. (104 отечеств. и 113 иностр.).
Защ. в ноябре 1958 г. в Таджикском мед. ин-те.

Электрофоретическое исследование белкового состава крови и полостных жидкостей важно для определения дифференциальной диагностики, уточнения фазы заболевания, степени нарушения сосудистой проницаемости. Старые методики давали неполное представление об истинном белковом составе. В настоящей работе белковые фракции крови, эксудатов и трансудатов плевральной и брюшной полостей изучались методом электрофореза на бумаге. Использовался верональный буфер с pH 8,6; градиент потенциала 10—12 вольт/см. Окрашенные полосы хроматографической бумаги окрашивались бромфеноловым синим, элюирование краски достигалось 0,01 N раствором Na OH, после чего окрашенные растворы

фотометрировались. По полученным данным на миллиметровой бумаге вычерчивались кривая и на ней определялись границы фракций. Учитывался альбуминовый след.

Исследования проведены у 110 человек: 15 здоровых, 55 больных с эксудативным плевритом, 9 — с гидротораксом при различных заболеваниях, 17 — с перитонитом воспалительной этиологии и у 14 больных с асцитом не воспалительной природы.

У больных эксудативным плевритом концентрация белка на протяжении заболевания существенно не изменялась, содержание альбумина в остром периоде заболевания понижалось, α_1 и α_2-глобулинов повышались. Изученные A/α_2 коэффициент и его сопоставление с общепринятыми А/Г коэффициентом, РОЭ, лейкоцитозом и тем более другими гематологическими показателями выявили, что он более тонко и рано реагирует на изменения в состоянии больного. Быстрое понижение и последующая нормализация A/α коэффициента указывало на более легкое течение, быструю резорбцию эксудата. В тяжелых случаях с затяжным течением этот коэффициент не изменялся или продолжал снижаться. В фазе резорбции содержание альбумина в крови нарастало, α_1 и α_2-глобулинов снижалось. Белковые фракции в эксудате такие же как в крови и в основном претерпевали те же изменения.

Сравнительное изучение ряда показателей у больных, лечившихся стрептомицином внутримышечно и внутривышечно+ внутриплеврально показало, что последний метод введения стрептомицина не имеет преимуществ. После аспирации плеврального эксудата выявлены два основных типа реакции со стороны белков крови: 1-й и A/α_2 коэффициент увеличивается, а клинически наступает быстрое выздоровление, 2-й— A/α_2 коэффициент не изменяется или понижается, клинически не отмечается улучшения. Следовательно, изучение белковой реакции на первую диагностическую пункцию помогает решить вопрос о целесообразности проведения повторных аспираций эксудата. В плевральных эксудатах раковой этиологии содержание альбумина выше, чем в крови, а α_2 — глобулина ниже. Концентрация общего белка в среднем составляет 3—3,5 г%.

В трансудатах различной этиологии было отмечено высокое содержание альбуминов и низкое содержание α_2 и β -глобулинов. В сыворотке крови этих больных содержание альбумина понижено, а γ -глобулинов повышено.

У больных туберкулезным перитонитом со стороны белкового состава крови были обнаружены изменения аналогичные отмеченным у больных эксудативным плевритом, но кроме этого было закономерное увеличение γ -глобулинов. В эксудате этих больных соотношение белковых фракций близкое к сыворотке крови.

При циррозах печени и при недостаточности кровообращения в сыворотке крови содержание альбумина понижено, α_2 -глобулина нормально, β -и γ -глобулинов повышено.

Электрофоретический анализ белковых фракций позволяет полнее и точнее провести дифференциацию эксудатов и трансудатов плевральной и брюшной полостей. Относительное содержание альбуминов в плевральных трансудатах и асцитических жидкостях выше, чем в крови, а α_2 -глобулина ниже. В туберкулезных эксудатах содержание α_2 -глобулина наиболее высокое. Раковые эксудаты по белковому составу занимают как бы среднее положение между трансудатами и туберкулезными эксудатами; для них характерно увеличение α_2-глобулина в крови при низком его содержании в эксудате.

---

129. САНГИНОВ Х. С.

оконч. Таджикский мед. ин-т в 1952 г., дисс. канд.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СЕКРЕТОРНОГО И ДЫХАТЕЛЬНОГО КОМПОНЕНТОВ УСЛОВНОЙ РЕАКЦИИ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВИДАХ ВНУТРЕННЕГО ТОРМОЖЕНИЯ

1 том, 166 стр., в лит. указ. 214 источн. (194 отеч., 20 иностр.).
Защ. в ноябре 1958 г. в ЦИУ (г. Москва).

Исследование автора направлено на изучение соотношений и изменений различных компонентов условной реакции при различных видах внутреннего торможения.

Опыты проводились на 4-х собаках по секреторно-пищевой и двигательно-оборонительной методике условных рефлексов. После закрепления положительных условных рефлексов вырабатывались различные виды торможения: дифференцировочное, условное угасательное (прерывистое и непрерывное угашение), ставились различные пробы на ориентировочно-исследовательские реакции и др.

На основании полученных данных автор делает следующие выводы.

а) Первое неподкрепление пищевого угашаемого условного раздражителя вызывает ориентировочно-исследовательскую реакцию в результате разрыва циклической связи между обратной афферентацией и заготовленным условным возбуждением. Показателями ориентировочно-исследовательской реак-

ции являются изменение глубины и ритма дыхания, проявление напряженной двигательной реакции животного, что свидетельствует о высокой интенсивности возбуждения при этой реакции. В некоторых случаях возбуждение противоположной реакции суммируется с пищевым условным возбуждением. Однако большей частью это возбуждение определяет тормозное действие ориентировочной реакции на пищевую, что и проявляется в уменьшении условной секреции.

б) Повторные неподкрепления условных пищевых раздражителей приводят к образованию биологически отрицательной реакции животного, которая проявляется в значительном усилении вегетативных компонентов условной реакции (в неравномерном и учащенном дыхании, вплоть до одышки и в общедвигательном беспокойстве, повышении кровяного давления и учащении пульса). Эта реакция в свою очередь вступает в конфликт с пищевым возбуждением и оказывает на него побочное тормозящее влияние.

в) Усиление биологически отрицательной реакции приводит к снижению и в конце концов, к полному торможению пищевого возбуждения, чем и снижается конфликтное взаимодействие, а, следовательно, и «трудное состояние» животного. После устранения конфликтных отношений происходит полное торможение секреции слюны, постепенная нормализация дыхательного компонента условной реакции и общее успокоение животного.

г) В основе механизма возникновения внутреннего торможения при пищевых условных рефлексах, по-видимому, лежит встреча двух систем возбуждения (возбуждение пищевой условной реакции и возбуждение биологически отрицательной реакции), возникающая в ответ на неподкрепление условного возбуждения и благодаря победе второй реакции.

д) Процесс образования и упрочения двигательно-оборонительного условного рефлекса является выработкой биологически отрицательной реакции. При неподкреплении электрическим током оборонительного условного раздражителя, конфликта двух биологических разных деятельностей не наступит, а, наоборот, происходит постепенное восстановление положительного состояния животного, нарушенного выработкой оборонительного условного рефлекса.

Из этого следует, что уменьшение, а затем исчезновение оборонительной реакции при неподкреплении электрическим током развивается по совершенно другим физиологическим механизмам, которые не могут быть сопоставлены с внутренним торможением пищевых условных рефлексов.

---

130. БАКЕЕВА Н. А.

оконч. Таджикский мед. ин-т. в 1951 г., дисс. канд.

ИННЕРВАЦИЯ ИЛЕОЦЕКАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ КИШЕЧНИКА СОБАКИ И ЧЕЛОВЕКА

1 том, 332 стр., в лит. указ. 191 источн. (166 отеч., 25 иностр.).
Защ. в декабре 1958 г. в Таджикском мед. ин-те.

Изучение топографии илеоцекальных нервов на всем протяжении от источников их возникновения и до конечных разветвлений в стенке илеоцекального отдела кишечника имеет важное практическое значение. В настоящей работе изучалась иннервация илеоцекальной области кишечника собаки и человека.

Экстрамуральные нервы илеоцекальной области кишечника в норме исследовались по методу Воробьева-Синельникова на трупах 15 плодов и новорожденных детей обоего пола и на 10 собаках. Интрамуральные нервы изучены методами элективной окраски по Кондратьеву и Волынскому на трупах 30 новорожденных собак и 15 мертворожденных плодов.

Экспериментально-морфологическая часть работы (резекция пилорической части желудка по Бильрот-1; двусторонняя поддиафрагмальная ваготомия и удаление правого или левого полулунного узла солнечного сплетения) проведена на 35 собаках. Импрегнация интрамуральных нервных сплетений в эксперименте на предмет обнаружения патологических изменений со стороны нервных клеток и волокон выполнялась по методу Бильшовского-Грос. На основании проведенных исследований установлено, что источники иннервации илеоцикальной области кишечника у человека и собаки, так же, как и в других отделах, подразделяются на главные и дополнительные. К главным относятся у человека солнечное и верхнее брыжеечное сплетения, у сабаки — солнечное и краниальное брыжеечное сплетение. К дополнительным у человека — нижнее брыжеечное и брюшно-аортальное сплетения, у собаки— брюшно-аортальное и каудальное брыжеечное сплетение.

Существуют непосредственные нервные связи между подсерозным, межмышечным и подслизистым сплетениями илеоцекальной области кишечника. Указанные сплетения «анастомозируют» с нервными сплетениями, залегающими вокруг кровеносных сосудов. Наибольшее скопление нервноузловых элементов выявлено в межмышечном сплетении. Подсерозное и подслизистое сплетения содержат нервные узлы в значительно меньшем количестве.

После удаления поочередно левого или правого полулун-

ного узла солнечного сплетения выявлены дистрофические изменения в подсерозном, межмышечном и подслизистом верхних сплетениях подвздошной, слепой и восходящей ободочной кишок, которые выражаются в перерождении нервных волокон (аргентофильные с наплывами нейроплазмы, вакуолизированные и фрагментированные). Значительное количество перерожденных волокон имеется в передней и задней губах илеоцекальной заслонке после удаления левого полулунного узла солнечного сплетения. Меньшее количество волокон с дистрофическим процессом наблюдается в илеоцекальной заслонке после удаления левого полулунного узла солнечного сплетения.

Найденные перерожденные волокна и изменения клеток в илеоцекальной области кишечника после резекции желудка по Бильрот-1 подтверждают как клинические данные о взаимосвязи этих двух важных рефлексогенных зон желудочно-кишечного тракта, так и указания Н. С. Кондратьева на «короткие пути» иннервации между близкими и отдаленными органами брюшной полости.

Дистрофические изменения, выявленные после двусторонней поддиафрагмальной ваготомии в подсерозном, межмышечном и подслизистом нервных сплетениях илеоцекальной области кишечника еще раз подтверждают, что иннервация этого отдела, включая илеоцекальную заслонку и червеобразный отросток, происходит за счет блуждающих нервов.

---

131. ИСХАКИ Ю. Б.

оконч. Таджикский мед. ин-т в 1954 г., дисс. канд.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЯДА ЗМЕИ ГЮРЗЫ (ГЮРЗОТОКСИНА) ДЛЯ ОСТАНОВКИ КРОВОТОЧЕНИЯ ПРИ НЕКОТОРЫХ ЛОР-ОПЕРАЦИЯХ

1 том, 172 стр., в лит. указат. 133 источн. Защ. в дек. 1958 г. в Таджикском госмединституте

Идея применения змеиных ядов для лечения кровотечений и геморрагических диатезов возникла сравнительно недавно, когда было установлено, что яды ряда змей обладают выраженным свертывающим действием на кровь. Все авторы, применявшие змеиные яды, единодушно отмечают их высокую гемостатическую активность. Анализ имеющихся литературных данных побудил проверить возможность применения ядов некоторых змей, распространенных в Таджикистане, в качестве гемостатического средства.

Прежде всего, представилось важным выяснить следующие четыре вопроса: 1. Каким из ядов змей, распространенных в Таджикистане, лучше всего пользоваться для остановки кровотечения; 2. Найти такой способ стерилизации яда, при котором лучше всего сохранялась бы свертывающая активность препарата; 3. Какое влияние оказывает змеиный яд на слизистые оболочки верхних дыхательных путей при парэнтеральном введении его и аппликации в лечебных дозах; 4. Какова эффективность кровоостанавливающего действия змеиного яда при искусственно вызванном кровотечении.

Проведенные исследования показали, что яд змеи гюрзы обладает на 41—44% более сильным свертывающим действием на плазму крови, чем яд эфы в тех же концентрациях. Из испытанных способов стерилизации только обработка яда хлороформом почти не снижает свертывающей активности препарата.

Опытами на 31 кролике было выяснено, что введение субletальных доз яда гюрзы подкожно и летальных доз внутривенно не вызывает сколько-нибудь значительных макро-и микроскопических изменений в слизистых оболочках верхних дыхательных путей. В то же время применение гюрзотоксина в разведении 1:10.000 при местной аппликации вызывает быструю и стойкую остановку кровотечения.

Препарат змеиного яда для остановки кровотечения был применен при тонзиллэктомии у 108 больных, при гайморотомии — у 8, удалении полипов из носа — у 11, удалении новообразований ЛОР-органов у 5 больных и в 7 др. случаев.

При тонзиллоэктомии кровотечение останавливалось прикладыванием на 20—30 секунд одного марлевого тампона, смоченного раствором гюрзотоксина в разведении 1:10.000. На смачивании одного тампона расходовалось около 1—2 мл раствора яда. Применение гюрзотоксина при тонзиллоэктомии привело к сокращению времени кровотечения в среднем, по сравнению с контрольной группой, на 98 секунд, и тем самым уменьшило кровопотерю в 4—6 раз, причем расход тампонов уменьшился в 3—4 раза. В подавляющем большинстве случаев (93,5%) кровотечение из миндаликовой ниши удавалось остановить прикладыванием к раневой поверхности одного тампона с раствором гюрзотоксина на 20—30 сек. Обработка операционного поля гюрзотоксином при тонзиллоэктомии приводило к появлению более нежных фибринозных налетов в послеоперационном периоде. При этом сокращалось время очищения ниш от фибринозных налетов, уменьшалась длительность болевых ощущений в горле, сокращались сроки пребывания больных в стационаре.

Применение яда гюрзы для остановки кровотечений из ЛОР-органов не представляет каких-либо технических трудностей, легко выполнимо, не ведет к возникновению неблагоприятных побочных явлений и может быть использовано как в условиях стационара, так и амбулатории.

---

132. РЫБАЛЬСКАЯ Ю. Н.

оконч. Днепропетровский мед. и-т в 1940 г., дисс. канд.

МАТЕРИАЛЫ К РЕНТГЕНОДИАГНОСТИКЕ ИНОРОДНЫХ ТЕЛ ГЛАЗНОГО ЯБЛОКА

1 том, 304 стр., в лит. указ. 287 источн. (226 отечеств. и 41 иностр.).
Защ. в декабре 1958 г. в Самаркандском мед. ин-те.

Рентгенографическое исследование является важнейшим условием для неотложной хирургической помощи при повреждениях глаз. Обилие методов (более 50), предложенных для осуществления этой задачи, свидетельствует о трудностях решения вопросов установления локализации инородных тел глаза и орбиты. Общим недостатком для большинства методов являются расчеты по среднему схематическому глазу — 24,0 мм в диаметре. Незнание истинных размеров поврежденного глаза приводят к ошибкам в расчетах и необходимости дополнительного рентгеновского исследования.

Клиника глазных болезней Таджикского медицинского института более 20 лет применяет метод рентгенолокализации инородных тел глазного яблока и орбиты, предложенный Л. Ф. Парадоксовым. Указанный метод был применен у 230 больных. У 122 из них обнаружены инородные тела глаза и орбиты в различных положениях.

Анализ рентгенограмм и последующее оперативное вмешательство показали, что расчеты по локализации инородного тела при помощи указанного метода могут быть произведены достаточно точно. Метод оказывается особенно полезным для локализации инородных тел, расположенных в пограничной зоне у стенки глаза, так как дает возможность определить величину глазного яблока по рентгенограмме без каких-либо дополнительных исследований на травмированном глазу.

С целью сравнительной оценки точности метода у 20 больных были произведены параллельные исследования по локализации инородных тел широко распространенными методами Балтина и Фарберова. Полученные результаты показали, что метод Л. Ф. Парадоксова не уступает по точности методам Балтина и Фарберова.

Измерение оси глазного яблока было произведено на 387 рентгенограммах у 218 больных. Выявлено, что примененный метод позволяет измерять глаза нормальной величины, а также измененные в размере патологическим процессам, с точностью до 0,5—1,0 мм.

Таким образом, метод рентгенолокализации инородных тел в глазу, предложенный Парадоксовым, является достаточно точным и полностью оправдывается в клинической практике и не уступает методу М. М. Балтина и Б. И. Фарберова. При внедрении инородного тела в пограничную зону, рентгенолокализация может быть уточнена путем измерения величины глазного яблока без каких-либо дополнительных исследований на больном глазу.

---

133. САЛИЕВ Ш.

оконч. Самаркандский мед. ин-т в 1948 г., дисс. канд.

ПАТОМОРФОЛОГИЯ ПУПОВИНЫ ПРИ МЕРТВОРОЖДЕНИИ

1 том, 151 стр., в лит. указ. 148 источн. (97 отеч. и 51 иностр.).
Защ. в декабре 1958 г. в Таджикском мед. институте.

В литературе мало работ, посвященных изучению морфологической картины пуповины у мертворожденных. Имеющиеся по данному вопросу сообщения не раскрывают в достаточной мере сущности изменений пупочного канатика при мертворождаемости.

Настоящая работа имела целью выяснить характер и значение морфологических изменений пуповины у мертворожденных с учётом клинических данных. Для этого тщательному анализу были подвергнуты разультаты вскрытия 102 трупов младенцев с подробным микроскопическим исследованием их пуповины. В качестве контроля было изучено 39 последов детей, родившихся живыми.

В 25 случаях мертворождаемости наблюдалась аномалия пупочного канатика в виде его абсолютной короткости. Из них в 18 случаях смерть плода наступила во время родового акта. В 15 случаях роды сопровождались оперативным вмешательством. Вторым по частоте патологическим изменением пупочного канатика оказалось его воспаление (23 случая). В 15 из 23 случаев имело место распространенное воспаление пупочного канатика, в 7—изолированное воспаление стенки

пупочной вены и в одном случае—изолированное воспаление амниотического слоя около плаценты.

Следующей по частоте аномалией пупочного канатика оказалась чрезмерная его длина (16 случаев). При этой патологии пуповины в 3 случаях наблюдалось выпадение пуповины, которое, по мнению автора, послужило причиной смерти этих младенцев во время родового акта. В 2 случаях наблюдалось образование истинных узлов пуповины.

Четвертым по частоте видом патологии пуповины было обвитие ее вокруг шейки плода (8 случаев). Из них в 3 случаях имело место однократное обвитие, в 3—двойное, в одном случае — трехкратное и в одном случае четырехкратное обвитие пуповины вокруг шейки плода. В 6 случаях смерть плода наступила во время родового акта, в 2 случаях—антенатально. Роды в одном случае были завершены наложением полостных щипцов, остальные произошли самостоятельно.

Пятым по частоте видом патологического состояния пупочного канатика оказалось чрезмерное перекручивание пуповины вокруг своей продольной оси (7 случаев). Из них в 2 случаях перекруты были локализованными около пупочного кольца, в 5 случаях — на всем протяжении пуповины. Смерть плода во всех случаях наступила антенатально. Наконец, наиболее редкой формой патологии пуповины была аномалия пупочного канатика в виде его оболочечного прикрепления (один случай).

При патологии пуповины непосредственной причиной смерти плодов в большинстве случаев является внутриутробная асфиксия.

Ознакомление, как акушера, так и патологоанатома с основными видами патологии пуповины имеет значение для правильной интерпретации ряда случаев мертворождаемости. В настоящее время практически еще невозможно распознать патологическое состояние пупочного канатика во время беременности. Однако некоторые особенности течения родов при отдельных формах патологии пуповины (например при абсолютной короткости) должны привлечь более пристальное внимание акушеров. Своевременное применение соответствующих мероприятий могло бы способствовать снижению мертворождаемости.

---

134. АКИЛОВ А. А.

окончил Таджикский мед. ин-т в 1950 г., дисс. канд.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ОСТРОЙ ДИЗЕНТЕРИЕЙ АНТИБИОТИКАМИ С АНТИГИСТАМИНОМ (ДИМЕДРОЛ)

1 том, 298 стр., в лит. указат. 355 источн. (306 отечеств. и 49 иностр.).
Защ. в январе 1959 г. в ЦИУ (Москва).

Проблема лечения дизентерийных больных в настоящее время является одной из самых актуальных в общей системе борьбы с дизентерийной инфекцией.

У 244 больных, страдавших бактериальной дизентерией, автором изучалась клиническая эффективность ряда антибиотиков (синтомицин, левомицетин и биомицин) при применении массивных и общепринятых дозировок, при однокурсовом непрерывном и циклически-курсовом, т. е. прерывистом методах; причем велся и бактериологический контроль на эффективность их при указанных методах лечения. Одновременно изучались в динамике чувствительност к лечебным препаратам штаммов дизентерийных возбудителей. выделенных из испражнений больных, а также вопросы «медикаментозной болезни» (так называемых побочных явлений) с целью профилактики ее возникновения. Применение вышеупомянутых лечебных препаратов комбинировались с антигистаминным препаратом — димедролом.

Диагноз бактериальной дизентерии был подтвержден бактериологически в 68,8% случаев, из них возбудители Гисс-Флекснера у 103 (45%), Зонне—у 41 (19,9%), Ньюкестль —у 7 больных (4,3% и Шмитц-Штуцера—у 5 больных. В остальных 31,2% случаев диагноз дизентерии был установлен клинически по вполне типичной клинической картине заболевания, а также по ректороманоскопическим и копрологическим данным. В 17,2% случаев отмечено сочетание с глистной инвазией, у 13,6% больных дизентерия была повторной. Находившиеся под наблюдением больные подвергались лечению следующими методами.

1. Большими дозами сульфаниламидных препаратов (по 70—80 г на курс лечения) — 27 человек.

2. Общепринятыми дозами сульфонамидных препаратов (24 — 30 г на курс лечения) — 35 человек.

3. Антибиотиками: на клинический курс лечения (как курсовой, так и циклически-курсовой); а) синтомицин (по 30—40 г. на курс) — 60 больных, б) левомицитин (25—29 г. на курс) — 12, и в), биомицин (6—9 г на курс) — 25 больных.

4. Димедрол (1,4—1,6 г) — 10 человек.

5. Антибиотики + антигистаминный препарат (димедрол): а) синтомицин + димедрол — 44 больных, б) левомецитин + димедрол — 11, в) биомицин + димедрол — 25 человек.

6. Прочими методами лечения — 12 больных.

Проведенная работа привела к следующим выводам:

1. Литературные данные и собственные наблюдения подтверждают, что сульфониламиды по-прежнему являются одним из важных средств при лечении больных дизентерией. Однако, с учащением устойчивых штаммов возбудителей дизентерии их лечебное воздействие снижается.

2. Левомицитин, синтомицин и биомицин — пока являются практически важными антибиотиками при лечении больных дизентерией. Они воздействуют на течение инфекционного процесса, подавляя интоксикацию при среднем и иногда при тяжелом течении болезни, постепенно улучшают общее состояние больных, снижают частоту стула, способствуют нормализации и явлениям репарации, а в конечном итоге общему выздоровлению.

3. Употребление синтомицина, левомицитина, биомицина в средних дозах свыше 5—6 дней значительно учащает процент аллергических и токсических (побочных) явлений у некоторых больных, что в свою очередь отрицательно влияет на общее состояние больного и требует иногда отмены такой терапии.

4. Для предупреждения токсико-аллергических явлений можно с успехом применять антигистаминный препарат — димедрол (0,05—3 раза в сутки). У части больных при этом удается предупредить или уменьшить, а у части полностью устранить побочные аллергические явления, наличие которых в ряде случаев способствует более затяжному течению болезни, а также возникновению рецидивов и обострений. Это в свою очередь позволяет продлить специфическую терапию до необходимого срока.

---

135. МАНСУРОВ Х. Х.

оконч. Самаркандский мед. ин-т в 1947 г., дисс. докторская.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВЫСШЕЙ НЕРВНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПРИ НЕКОТОРЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ

1 том, 437 стр., в лит. указ. 830 источн. (658 отечеств., 172 иностр.).
Защ. в январе 1959 г. в АМН СССР (Москва).

В работе дан сравнительный критический анализ состояния высшей нервной деятельности при важнейших, притом различных, внутренних заболеваниях. До данной работы исследования высшей нервной деятельности производились при одной какой-либо болезни. При этом не могло создаться убеждение в том, что те или другие отклонения, которые обнаружены в состоянии высшей нервной деятельности при данном заболевании, присущи именно этому заболеванию, а не отражают общих нарушений реактивного состояния высших отделов нервной системы под влиянием болезненного процесса вообще.

В настоящей работе использованы плетизмографическая методика исследования сосудистых рефлексов, речедвигательная методика, а также данные клинического опроса и наблюдения над поведением больных. Всего обследовано 70 больных активным ревматизмом и пороками сердца, 61 — гипертонической болезнью, 29 — язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки и 35 больных холециститом и ангиохолециститами. Для контроля были проведены исследования у 26 здоровых лиц.

Исследованиями сосудистых реакций у здоровых людей выяснена их зависимость от целого ряда состояний, требующих учёта для правильного определения функционального состояния высших вазомоторных центров. При физическом утомлении, голоде, волнении наблюдались инертные, гипореактивные кривые объемного пульса. Волны 2-го и 3-го порядка сменяли ровную плавную плетизмограмму при психических расстройствах. После сна и особенно после приема пищи (после обеда) отмечалось значительное увеличение амплитуды пульсовых волн и появление четких сосудистых реакций.

Провести грань по особенностям плетизмографических изменений сосудистых рефлексов между различными группами больных фактически не представлялось возможным. Крайние типы сосудистых реакций (лабильный и инертный) представляют из себя выражение более резких отклонений соот-

ветствующих типов сосудистой реактивности, которые могут наблюдаться и в норме у здоровых людей.

Поэтому сосудистые реакции, по плетизмографическим данным, у больных при сравнении со здоровыми отличались не по своим типам, общим для всех людей, а по частоте и степени выраженности крайних их вариантов — лабильного и инертного.

Близость характера выявляемых нарушений у различных категорий больных при изучении плетизмографических данных, объясняется тем, что здесь имеет место ряд сложнейших рефлексов (ориентировочный, оборонительный, холодовый), в которых сосудистая реакция является лишь одним из компонентов сложной интегрированной реакции, охватывающей много различных эффекторных органов и систем. Поэтому различные изменения плетизмографической картины сосудистых рефлексов, принимаемые как состояние повышенной или сниженной реактивности вазомоторной регуляции, не определяют еще сами по себе развитие конкретной формы ее поражений.

Изменения условнорефлекторной деятельности, устанавливаемые по речедвигательной методике, у больных с разными страданиями внутренних органов также не являются специфическими для какой-либо нозологической формы. Это зависит от того, что объектом исследования речедвигательной методики являются слишком простые (примитивные) реакции, не обеспечивающие изучение более тонких и сложных механизмов нервнорефлекторных регуляций и их нарушений.

Из всех полученных данных вытекает, что соттояние высшей нервной деятельности не разрешает, к сожалению, вопроса о нервном генезе той или другой болезни, потому что влияние вторичных наслоений, создавшихся в условиях заболевания, на высшие отделы нервной системы слишком значительны, слишком часты. Следовательно, в условиях развитого заболевания, на основании существующих методов исследования невозможно иметь представление о роли кортиковисцерального фактора в происхождении определенной болезни. Надо только считаться с тем, что состояние высшей нервной деятельности под влиянием болезни в той или другой мере деформируется.

136. АХМЕДОВ Д. М.

оконч. Ташкентский мед. ин-т в 1939 г., дисс. канд.

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПОЧЕК ПРИ БОЛЕЗНИ ИЦЕНКО-КУШИНГА

1 том, 157 страниц, в лит. указ. 168 источн. (132 отечеств. и 36 иностр.). Защ. в феврале 1959 г. по 2-м Московском мед. ин-те.

В литературе вопрос о функции почек при болезни Иценко-Кушинга освещен крайне недостаточно. Автор поставил себе задачу выявить и охарактеризовать состояние основных функций почек на разных этапах и при различной тяжести болезни Иценко-Кушинга, а также изучить сдвиги в функциональном состоянии почек под влиянием лечебных мероприятий, сопоставить степень функциональных почечных нарушений с выраженностью гипертензии и надпочечно-корковой активностью (по выделению с мочой нейтральных 17 кетостероидов).

Обследованные больные были распределены по тяжести основного заболевания на три группы: больные с тяжелым, средне-тяжелым течением, и больные в состоянии ремиссии. В каждой группе, кроме того, учитывалась длительность заболевания. Всего было обследовано 67 больных: с тяжелым течением 19 (28,4%), со средней тяжестью заболевания — 40 (59,7%) и в состоянии ремиссии 8 (11,8%).

Наибольшие нарушения функционального состояния почек отмечены при тяжелом течении болезни Иценко-Кушинга. У большинства из них наблюдались альбуминурия, микрогематурия и цилиндрурия, а также нарушение ритма и аккомодационной функции почек. Клубочковая фильтрация оказалась пониженной у 13 из 19 больных, причем у 5 из них значительно. Резкие изменения претерпевал почечный кровоток — у 7 из 8 больных величина почечного кровотока не превышала 400 мл в минуту, понижаясь по мере прогрессирования заболевания до 120 мл и ниже, что в известной мере зависит от нарушения почечного кровообращения в результате развития артериолосклероза.

У больных со средней тяжестью болезни Иценко-Кушинга исследования показали наличие белка только у 5 из 40 больных этой группы. Концентрационная функция почек здесь была сохранена почти у всех больных. Из 40 больных только у 15 было отмечено снижение клубочковой фильтрации. Величина эффективного почечного кровотока была понижена у 29 из 40 больных, причем, у 10 больных значительно. У части больных со средней тяжестью обнаруженные изменения функции почек носили нестойкий транзиторный характер. У боль-

ных в состоянии ремиссии нарушение функции почек было менее выражено.

При тяжелом течении болезни одновременно с нарушением функции почек наблюдалось повышение кровяного давления, при средней тяжести и в состоянии ремиссии строгого параллелизма между состоянием функции почек и гипертензией обнаружить не удалось.

На основании анализа полученных данных автор приходит к выводу, что функциональное состояние почек всегда нарушается в той или иной степени при болезни Иценко-Кушинга, причем, по мере прогрессирования заболевания эти изменения, наряду с другими симптомами, выступают более явственно.

---

137. РАХМАТОВ Б. Р.

оконч. Самаркандкий имединститут в 1945 г., дисс. докторская.

ВЛИЯНИЕ СИФИЛИТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ И ПРОТИВОСИФИЛИТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НА КРОВОТВОРЕНИЕ И ПОКАЗАТЕЛИ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО ДИАТЕЗА У БОЛЬНЫХ СИФИЛИСОМ

2 тома, 545 стр., в лит. указ. 497 источн. (281 отеч., 216 иностр.)
Защ. в марте 1959 г. в ЦИУ (г. Москва)

О влиянии сифилитической инфекции и противосифилитического лечения на кровотворную систему больных, а также на показатели лабораторно-клинического геморрагического синдрома в литературе мало точных сведений. Решению этих вопросов посвящена настоящая работа. С этой целью у 450 больных сифилисом в различных периодах заболевания до лечения изучались гемограммы и у 100 больных—миэлограммы, у 58 больных показатели лабораторно-клинического геморрагического синдрома. Наблюдения были проведены также за динамикой изменений кровотворения и показателей лабораторно-клинического геморрагического синдрома при лечении антибиотиками, а также при лечении препаратами мышьяка и висмута.

У большинства больных сифилисом, независимо от периода заболевания, имелась анемия. У 19,5% больных сифилисом наблюдалась эозинофилия, у 50%—обнаруживался относительный лимфоцитоз, РОЭ до лечения в 61,8% была ускорена.

В миэлограммах (тотальных и парциальных) у 22 из 100

больных до лечения наблюдалась лейкобластическая реакция-пролиферация белого ростка костного мозга за счёт подавления красного ростка и только у 9 больных наблюдалась эритробластическая реакция, у 50—созревание нейтрофилов в костном мозгу было подавленным, у 87—обнаруживалось увеличение процентного содержания ретикулярных клеток, у 25 больных—эозинофильная реакция, у 79—в пунктате костного мозга отмечалось увеличение процентного содержания плазматических клеток; параллельно с последним в миэлограммах нарастало количество положительных результатов серологических реакций.

Под влиянием лечения пенициллином у больных сифилисом наряду с улучшением процесса, нормализовались показатели красной и белой крови и ликвидировались патологические сдвиги, имевшие место в костно-мозговом кровотворении.

У 25% больных после лечения препаратами мышьяка и висмута отмечалась анемия, у 19,1%—лейкопения (чаще после лечения новарсенолом в комбинации с висмутовыми препаратами), у 24,3%—грапулоцитопения. При лечении соварсеном в комбинации с висмутовыми препаратами отмечалась резкая эозинофилия. Миэлограммы показали, что у 17 из 59 больных после противосифилитического лечения наблюдалась эритробластическая реакция—пролиферация красного ростка костного мозга, у 23—угнеталось созревание гранулоцитов костного мозга, особенно после лечения новарсенолом в комбинации с висмутовыми препаратами.

Почти у всех больных (у 58 из 59) независимо от того, какими препаратами они лечились, наблюдалось увеличение процентного содержания ретикулярных клеток в пунктате костного мозга, у 25—наблюдалась моноцитарная реакция, у 41—эозинофильная. Таким образом, оказалось, что наиболее щадящее действие на кровотворение оказывает лечение одними препаратами висмута. Сифилитическая инфекция вызывала у ряда больных угнетение тромбоцитопоэза, удлинение времени кровотечения и времени свертываемости крови, а также уменьшение протромбинового времени и индекса ретракции кровяного сгустка. Пенициллинотерапия, улучшая течение болезненного процесса, способствовала нормализации патологических сдвигов в тромбоцитопоэзе, а также нормализации длительности кровотечения, времени свертываемости крови, протромбинового времени и ретракции кровяного сгустка.

Изучалось также влияние противосифилитического лечения новарсенолом в комбинации с висмутовыми препаратами и одними висмутовыми препаратами на показатели лабораторно-клинического геморрагического синдрома у 43 больных

в процессе лечения и у 31 больного после окончания курса лечения.

На основании анализа изученного материала автор пришел к заключению, что лечение новарсенолом в комбинации с висмутовыми препаратами и одними препаратами висмута у ряда больных способствует наступлению патологических сдвигов показателей лабораторно-клинического геморрагического синдрома, причем эти патологические сдвиги реже наступают после лечения одними висмутовыми препаратами.

---

138. МИРСАЛИМОВ Ф. М.

оконч. Азербайджанский мед. ин-т в 1953 г., дисс. канд.

СОСТОЯНИЕ КАПИЛЛЯРНОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ В КОЖЕ ПРИ ПРОСТОМ И ТИРЕОТОКСИЧЕСКОМ ЗОБАХ

1 том, 139 стр., в лит. указ. 114 источн. (77 отечеств. и 37 иностр.).
Защ. в марте 1959 г. в Таджикском мед. ин-те.

Несмотря на большой теоретический и практический интерес, функциональное состояние капилляров при зобе, особенно тиреотоксическом, изучено недостаточно. Использовав современный, точный, объективный метод меченых атомов, автор изучал состояние капиллярного кровообращения в зобе, особенно тиреотоксическом. Суждение о состоянии капиллярного кровообращения производилось по скорости удаления радиоактивного изотопа фосфора из кожи, что регистрировалось установкой «Б».

Были обследованы 35 практически здоровых людей и 125 больных зобом. По функциональному состоянию щитовидной железы эйтиреоз наблюдался у 32 человек, тиреотоксикоз легкий у 30, тиреотоксикоз средней тяжести у 30, тиреотоксикоз тяжелый—26, гипотиреоз—7 больных.

Нарушения капиллярного кровообращения и суммарной проницаемости капилляров в сторону повышения отмечены в группе больных с тиреотоксикозом средней тяжести и, особенно, тяжелым. При эйтиреозе и тиреотоксикозе легком—нарушений не установлено. При гипотиреозе имело место ослабление периферического капиллярного кровообращения.

Изучалось влияние артериального и венозного кровяного давления и скорости кровотока на быстроту резорбции радиоизотопа фосфора из кожи больных зобом. При этом было установлено, что величины артериального и венозного кровяного давления на скорость удаления радиофосфора из кожи не влияют. Между быстротой кровотока и скоростью удаления изотопа найден параллелизм: в группах больных с ускоренным кровотоком отмечается и ускорение резорбции изотопа фосфора из кожи.

Изучалось влияние на капиллярное кровообращение при тиреотоксикозах различных методов консервативного (предоперационной подготовки) и оперативного лечения. При этом установлено, что под влиянием радиоактивного йода—J^{131}, кортизона, а также комплексной предоперационной подготовки (микродозы йода в комбинации с пирамидоном, бромом), происходит замедление скорости удаления из кожи радиоизотопа фосфора, что свидетельствует о нормализации у больных с выраженным тиреотоксикозом капиллярного кровообращения и суммарной проницаемости капилляров.

У больных с простым зобом оперативное лечение на капиллярное кровообращение ни на 2—3 день после операции, ни спустя 8—9 дней заметного влияния не оказывает. У больных с выраженным тиреотоксикозом на 2—3 день после операции отмечается ускорение резорбции радиофосфора из кожи, что обусловлено послеоперационным обострением тиреотоксических явлений и приспособлением кровообращения к повышенному клеточному обмену. На 10—12 день после операции у этих больных отмечалось замедление скорости удаления радиофосфора из кожи, что свидетельствует об ослаблении и нормализации у них капиллярного кровообращения и суммарной проницаемости капилляров.

---

139. БОБОХОДЖАЕВ Икрам Я.

оконч. Таджикский мед. ин-т в 1950 г., дисс. канд.

К ПРАКТИЧЕСКОЙ ОЦЕНКЕ НЕКОТОРЫХ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПРОБ ПЕЧЕНИ

2 тома, 478 стр., в лит. указ. 376 источн. (255 отечеств., 121 иностр.).
Защ. в апр. 1959 г. в 1 Московском мед. ин-те

Несмотря на огромное количество биохимических методов исследования, которые описаны как функциональные пробы печени, до сих пор в литературе нет единого общепринятого небольшого комплекса функциональных проб, что было бы особенно важно в повседневной работе практического врача. Поиски такого небольшого комплекса функциональных проб и явились основной задачей настоящей работы. С этой целью был испытан в клинических условиях комплекс функциональных проб печени, состоящий из исследования билиру-

бина по Ванден-Бергу, холестерина, протромбинового времени, общего белка сыворотки крови, альбумина и глобулинов (с вычислением А/Г коэффициента), тимоловой, формоловой проб, пробы Квика-Пытеля, а также сулемовая и сантониновая пробы, по усовершенствованной автором методике. Исследование проводилось на 163 больных, в том числе: затяжным септическим эндокардитом—34, активным ревматизмом—6, сердечной недостаточностью—26, описторхозом—20, болезнью Боткина—52 и циррозом печени 25 чел.

В результате исследования комплекса функциональных проб печени при различных заболеваниях удалось выделить небольшой комплекс—три функциональные пробы (исследование билирубина, сулемовой и сантониновой проб), применение которых при различных заболеваниях может дать определенное представление не только о течении болезни и эффективности проводимого лечения, но и при установлении диагноза. Их следует рекомендовать для широкого применения. Все остальные изученные пробы могут быть применены при необходимости углубленного исследования больных, особенно в клинических условиях.

Критический подход к оценке результатов исследований функциональных проб показал их неспецифичность. При болезни Боткина и циррозе печени было обращено внимание на нередкое нарастание количества общего белка и холестерина сыворотки крови, независимо от исходного уровня, при благоприятном течении болезни Боткина, нормо-или гиперпротеинемию и холестеринемию—при относительно благоприятном течении цирроза печени. Напротив, гипопротеинемия и гипохолестеринемия, особенно прогрессирующие так же как и гипопротромбинемия, свидетельствовали о тяжелом течении болезни Боткина и цирроза печени или о нарастании симптомов печеночной недостаточности. Заслуживающим внимания является также прогрессирующее уменьшение количества билирубина сыворотки крови в стадии прогрессирующего развития печеночной недостаточности.

Наконец, путем испытания комплекса функциональных проб печени удалось отметить, что при сердечных заболеваниях у большинства больных наблюдается нарушение функциональной способности печени, причем при затяжном септическом эндокардите нередко развивается не только мезенхимальный, но и паренхиматозный гепатит, выраженный чаще всего в легкой степени. При описторхозе наблюдения автора подтвердили указания Н. Н. Плотникова о развитии нередко при этой болезни хронического, но очагового гепатита.

оконч. Самаркандский мединститут в 1945 г., дисс. канд.

ПОЗДНИЙ ТОКСИКОЗ БЕРЕМЕННОСТИ В КЛИМАТО-ГЕОГРАФИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ СУХИХ СУБТРОПИКОВ

1 том, 257 стр., в лит. указ. 258 источн. (144 отеч., 114 иностр.).
Защ. в мае 1959 г. в Таджикском мед. ин-те.

Проведенные различными авторами наблюдения показали, что в условиях жаркого климата Средней Азии отмечается выраженное снижение артериального давления, усиление водносолевого обмена со значительным трансдермальным выделением влаги и соли, повышение функциональной активности почек.

Учитывая, что в синдроме позднего токсикоза беременности основными симптомами являются гипертензия, протеинурия и отек, представлялось целесообразным провести наблюдение над его течением в климато-географических условиях города Душанбе, относящегося к зоне сухих субтропиков. Ранее подобные исследования в Таджикистане не выполнялись.

Под наблюдением находились 362 женщины с поздним токсикозом беременности. Наряду с общесоматическим и акушерским исследованием, измерением артериального давления, анализами крови и мочи, в обследование включалось: определение белкового состава сыворотки крови; изучение содержания остаточного азота крови; артериальная осциллография; выяснение состояния глазного дна; проба Мак Клюра и Олдрича. Все клинико-лабораторные исследования производились в динамике.

Составлена карта географического распределения частоты эклампсии; изучено сезонное распределение частоты позднего токсикоза беременности; проведено сопоставление различных метеорологических факторов с возникновением эклампсии; изучена роль суточной периодики в наступлении родов и в частоте эклампсии; проведены отдаленные наблюдения. Кроме того, для суждения о состоянии артериального давления при нормально протекающей беременности в г. Душанбе разработано 2000 амбулаторных карт. Материал подвергнут статистической обработке.

В результате проведенной работы выявлены: меньшая частота и интенсивность гипертензий, чем по данным ряда других авторов; наличие только двух симптомов классической триады у каждой четвертой обследованной; взаимосвязь между временем года и поступлением беременных с поздним ток-

сикозом; сравнительно низкий процент частоты эклампсий; значение резких колебаний атмосферного давления в развитии эклампсий. Полученные данные должны послужить для разработки рациональных лечебно-профилактических мероприятий.

---

141. ВИШНЕВСКАЯ, Л. Т.

оконч. Таджикский мед. ин-т в 1949 г., дисс. канд.

К ХАРАКТЕРИСТИКЕ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ ПЕЧЕНИ ПРИ БРУЦЕЛЛЕЗЕ

1 том, 183 стр., в литературном указ. 213 источн. (183 отеч., 30 иностр.).
Защ. в мае 1959 г. в Таджикском мед. ин-те.

Диссертация посвящена изучению функционального состояния печени при бруцеллезе, которое было проведено у 112 больных. Изучение функций печени проводилось комплексно и в динамике в зависимости от формы бруцеллеза и различных методов лечения, учитывались длительность заболевания, количество и тяжесть рецидивов, период заболевания (рецидив, ремиссия).

У всех обследованных больных бруцеллезом отмечено нарушение тех или иных функций печени. В большей степени они выражены при гепато-лиенальной форме хронического бруцеллеза, при которой заболевание протекало особенно тяжело. Это позволило установить зависимость тяжести заболевания от функционального состояния печени. В случаях незначительного нарушения функций печени заболевание, как правило, протекало легче, ремиссии были более длительными. Наибольшие нарушения претерпевала и протромбинообразовательная функция печени, в меньшей степени страдала антитоксическая. Изменение различных функций печени под влиянием лечения происходило неодинаково. Белковая и протромбинообразовательная функции изменились мало, антитоксическая, как правило, улучшалась и нормализовалась. Лучшие результаты лечения в смысле восстановления функций печени и клинического состояния были получены при лечении антибиотиками (синтомицин, левомицетин, стрептомицин) больных острым бруцеллезом и бруцеллезной вакциной в сочетании с дополнительными методами лечения (трансфузии крови, физиотерапевтические процедуры, новокаин и др.), при хроническом бруцеллезе оправдало себя назначение средств, направленных на улучшение функций печени (глюкоза, инсулин, витамины и др.). Исключение составляли больные с гепато-лиенальной формой бруцеллеза, при которой под влиянием лечения функции печени не восстанавливались. Сочетание функциональной недостаточности с клиническими признаками поражения печени позволило у 47% больных уложить эти изменения в рамки гепатита (острого, хронического, обострения хронического). Комплексное исследование функций печени при бруцеллезе даст возможность выбирать наиболее эффективные методы лечения.

---

142. ИСХАКОВ, С. И.

оконч. Таджикский мед. ин-т в 1946 г., дисс. канд.

ДЕРМАТОМИКОЗЫ В ТАДЖИКСКОЙ ССР И САНИТАРНОЕ ПРОСВЕЩЕНИЕ КАК ФАКТОР ИХ ПРОФИЛАКТИКИ

½ тома, 251 стр., в лит. указ. 251 источн. (206 отечеств. и 45 иностр.).
Защ. в июне 1959 г. в Ташкентском мединституте.

В годы Советской власти в Таджикистане достигнуты большие успехи в деле борьбы с дерматомикозами. Заболеваемость трихофитией, микроспорией и фавусом в эти годы снизилась почти в восемь раз.

Целью работы было вскрыть причины все еще сравнительно высокой заболеваемости дерматомикозами среди населения республики и дополнить существующий комплекс противогрибковых мероприятий научно-разработанной системой санитарного просвещения по борьбе с дерматомикозами.

Изучение показало, что в структуре заболеваемости дерматомикозами населения Таджикской ССР все еще большой удельный вес имеет фавус, достигая в среднем 27,2% по отношению к трихофитии и микроспории. Микроспория же в последние годы имеет тенденцию к повышению за счёт снижения трихофитии и фавуса. Среди больных дерматомикозами сельские жители встречаются почти в 2 раза чаще, чем городские. Основным контингентом регистрируемых грибковых больных являются дети дошкольного и школьного возраста.

Грибковая флора в республике изучалась впервые. Она показала, что культуры трихофитонов составляют в общей сложности 50% посевов. Все они являются Trichophyton violaceum. Второе место по частоте занимают культуры Achorion Schönleini—39,2%. Среди выращенных культур обнаружены Microsporum Terrugineum отличающиеся большой

контагиозностью. Эти данные позволили заключить, что в Таджикской ССР основным возбудителем дерматомикозов являются человеческие разновидности грибков; грибки животного происхождения встречаются редко. Установлено, что большое эпидемиологическое значение в распространении дерматомикозов имеют существующие среди населения сельских местностей некоторые неизжитые вредные бытовые привычки и обычаи, а также нарушения некоторой частью населения основных гигиенических требований, связанных с профилактикой этих заболеваний. В половине случаев больные с грибковыми заболеваниями, особенно фавусом, обращаются к врачу в поздние сроки от момента заражения.

Полученные данные диктуют особую необходимость проведения целенаправленной пропаганды санитарных и гигиенических знаний по профилактике дерматомикозов в общем комплексе мероприятий по борьбе с ними среди населения вообще и сельского в частности. При этом представляется большая возможность внедрить гигиенические навыки в быту через школу. Автор разработал и в опытном порядке проверил систему санитарно-просветительных мероприятий по профилактике дерматомикозов через школу, которая является комплексной, включающей в себя работу всего педагогического коллектива школы, учащихся и их родителей под руководством медицинских работников. При этом работа должна проводиться в сочетании с систематической педагогической работой в классе (согласно учебным программам), с внеклассной работой и работой в семье. В помощь педагогам и медицинским работникам села автором разработаны методические материалы.

Предложенная система санитарного просвещения по профилактике дерматомикозов начала внедряться в практику.

---

143. ХАШИМОВ, Н. Х.

оконч. Таджикский мединститут в 1952 г., дисс. канд.

РАСПРЕДЕЛЕНИЕ КРОВИ ВОРОТНОЙ ВЕНЫ В ПЕЧЕНИ СОБАКИ

1 том, 258 стр., в литер. указ. 91 источн. (69 отечеств., 22 иностр.).
Защ. в сентябре 1959 г. в Таджикском госмединституте им. Абуали ибни Сино (г. Душанбе)

Уточнение топографии сосудов и кровообращения в воротной вене и в долях печени может помочь в выяснении путей переноса инфекции, токсинов и опухолевых клеток из разных отделов желудочно-кишечного тракта в печень и наметить пути дальнейшей разработки техники оперативных вмешательств на этом органе.

С этой целью были проведены четыре серии опытов. В первой серии были исследованы токи разно-окрашенных жидкостей на разных по сложности пяти стеклянных моделях воротной вены, а также воспроизведен опыт Сереже. Пропуская через эти модели разноокрашенные жидкости, можно было убедиться в существовании, в определенных условиях, раздельных токов жидкости в моделях воротной вены. Но эти условия очень сложны, непостоянны и многообразны, что и явилось, по-видимому, причиной разноречивых высказываний в литературе по этому вопросу.

Во второй серии опытов 105 собакам инъицировалась тушь в корни воротной вены (53 через корни верхней брыжеечной вены и 52—через корни нижней брыжеечной), в третьей серии —56 животным вводился четыреххлористый углерод по той же методике (29 собакам—через корни верхней брыжеечной вены и 27—через корни нижней брыжеечной) и, наконец, в четвертой—22 собакам вводился радиоактивный фосфор—P^{32} через разные корни воротной вены (11—через корни верхней брыжеечной, 10— через корни нижней брыжеечной вены, одной—через корни селезеночной вены).

Во всех сериях опытов на живых собаках отмечалось неравномерное распределение индикаторов в долях печени. Оказалось, что кровь верхней брыжеечной вены поступает в основном в правую ее ветвь и дальше в правую половину печени; из системы верхней брыжеечной вены кровь изолированно поступает в средние доли печени. Кровь из корней нижней брыжеечной вены распределяется, главным образом, в левой половине печени, если к ней отнести и средние доли, как это делает Сереже.

В отличие от исследователей, признающих наличие постоянных раздельных токов крови в стволе воротной вены, автор не нашел полного и постоянного соответствия между отдельными корнями воротной вены и определенным долям печени.

Более чем в четвертой части всех опытов было отмечено направление токов крови к несоответствующим корню долям печени или полное смешение токов в стволе воротной вены, причём при введении индикаторов через корни нижней брыжеечной вены феномены встречались чаще, чем при введении их через корни верхней брыжеечной вены.

Проведенные исследования позволили притти к следующим выводам:

1. При соблюдении необходимых условий можно обнару-

жить раздельные двойные, а в отдельных случаях даже тройные токи жидкостей в стволе модели «воротной вены».

2. Раздельные токи крови в стволе воротной вены собаки при наличии определенных условий существуют. Весь комплекс этих условий неизвестен. Но значительное влияние на направление токов крови и их существование оказывают: типы формирования корней воротной вены, углы отхождения ветвей воротной вены, изменение давления и скорости тока крови в корнях воротной вены.

Кровь верхней брыжеечной вены собаки в основном направляется в правую половину печени. Кровь нижней брыжеечной вены собаки распределяется как в левой, так и в правой половине печени, но значительно больше ее поступает в левую.

4. Формирование и ветвление воротной вены у собаки сходно с формированием и ветвлением ее у человека. Это позволяет предполагать, что у человека раздельные токи крови в стволе воротной вены тоже существуют.

---

144. КАСЫМОВ, К.

Бконч. Таджикский мединститут в 1954 г., дисс. канд.

СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИЗУЧЕНИЕ МЕТОДОВ ТИТРОВАНИЯ ВИРУСА ПОЛИОМИЕЛИТА И СПЕЦИФИЧЕСКИХ АНТИТЕЛ В КУЛЬТУРЕ ТКАНИ

1 том, 129 стр., в лит. указ. 155 источн. (27 отеч., 128 иностр.).
Защ. в ноябре 1959 г. в АМН СССР (г. Москва)

Успехи, достигнутые в области выращивания нейротропных вирусов в культурах экстраплевральных тканей, позволили предложить ряд новых методов для исследования вирусов в культурах тканей: метод однослойных культур в пробирках, метод цветной пробы и метод бляшек. Первые два метода использовались для титрования вируса и специфических антител. Метод бляшек применялся, в основном, для изучения биологических свойств вирусных частиц, выделения чистых линий.

Авторы, использовавшие эти методы, высказывают противоречивые мнения об их чувствительности и воспроизводимости получаемых результатов.

Автор поставил задачу выяснить путем сравнительного изучения указанных методов в опытах титрования вируса и специфических антител.

В процессе исследования был разработан и апробирован новый метод определения действия вируса полиомиелита на витально окрашенных клетках. Этот метод был изучен также в сравнительных опытах титрования вируса и специфических антител.

В работе были использованы все три типа вируса полиомиелита и специфические антитела к ним. Во всех опытах были использованы однослойные культуры клеток, полученные из почек обезьяны методом трипсинизации.

Результаты всех опытов подвергались статистической обработке для установления титра, стандартной ошибки, достоверности каждого опыта. До настоящей работы метод бляшек не использовался для титрования антител, поэтому в литературе не было каких-либо конкретных указаний относительно способа выражения титра антител, устанавливаемого методом бляшек.

За титр иммунной сыворотки автор принял то разведение сыворотки, которое нейтрализует 50% бляшкообразующих единиц вируса в смеси сыворотки со 100 $ТСД_{50}$ вируса.

Исследования показали, что метод бляшек является наиболее чувствительным и воспроизводимым.

Метод однослойных культур в пробирках в опытах титрования вируса обладал большой точностью и воспроизводимостью результатов. В опытах титрования антител в сыворотках этот метод оказался в 12—14 раз менее чувствительным, чем метод бляшек и в 3—4 раза, чем метод цветной пробы.

Новый метод определения действия вируса полиомиелита на витально окрашенных клетках, по чувствительности и воспроизводимости результатов оказался идентичным методу однослойных культур в пробирках.

Метод цветной пробы оказался наименее воспроизводимым по сравнению с другими методами. В опытах титрования антител цветная проба была в 3—4 раза чувствительнее, чем метод однослойных культур в пробирках.

Цветную пробу наиболее целесообразно использовать при массовых исследованиях, когда от полученных результатов не требуется большая точность.

Выбор метода в каждом конкретном случае зависит от целей опыта и имеющихся в распоряжении исследователя возможностей.

---

145. АРИПОВ А. Я.

оконч. Таджикский Госмединститут (г. Душанбе) в 1954 г., дисс. канд.

ВЛИЯНИЕ ВИТАМИНА B_6 НА НЕКОТОРЫЕ ФУНКЦИИ ПЕЧЕНИ У ЗДОРОВЫХ И У БОЛЬНЫХ С ПОРАЖЕНИЕМ ПЕЧЕНИ

1 том, 177 стр., в лит. указат. 262 источн. Защ. в декабре 1959 г. в Таджикском Госмединституте им. Абуали ибни Сино (Душанбе).

Ставилась задача выяснить возможность и эффективность применения витамина B_6 при различных поражениях печени. Испытание витамина B_6 проводилось как у практически здоровых людей (контроль), так и у больных с острым и хроническим поражениями печени.

При введении 150 мг витамина B_6 подкожно у здоровых людей (контрольная группа) не наступает изменений в уровне билирубина, в осадочных пробах, содержании общего белка и отдельных белковых фракций в сыворотке крови. Несколько повышается показатель эстерификации. Под влиянием однократной нагрузки витамином B_6 у больных болезнью Боткина наступает улучшение показателей функциональных проб печени (уменьшение содержания билирубина в сыворотке крови, уменьшение тимол-вероналовой мутности и уменьшение степени положительности йодной пробы). Отмечается увеличение содержания альбумина, гамма-глобулиновой фракции в сыворотке крови; соответственно увеличивается альбумино-глобулиновый коэффициент. У лиц, страдающих болезнью Боткина под влиянием витамина B_6 улучшается холестеринэстерифицирующая способность печени. При длительном применении витамина B_6 у больных болезнью Боткина наступает улучшение показателей функционального состояния печени и сокращаются сроки выздоровления. В тяжелых же случаях болезни Боткина применение витамина B_6 вызывает некоторое ухудшение функциональных показателей печени.

При гелиотропном токсикозе от применения витамина B_6 наступает увеличение содержания альбумина и уменьшение гамма-глобулиновой фракции сыворотки крови. В тяжелых случаях гелиотропного гепатита от применения витамина B_6 временно подавляется холестеринэстерифицирующая способность печени.

У больных циррозом печени под влиянием витамина B_6 особых изменений уровня билирубина и степени осадочных проб печени не наблюдается. Отмечается, однако, увеличение

содержания альбумина при уменьшении α_2-и гамма-глобулиновой фракции. У больных гипертонической формой цирроза реакция на введение витамина B_6 более выраженная, более однородная и длительная, тогда как при атрофическом циррозе увеличение содержания альбумина менее выраженное. В тяжелых случаях цирроза ухудшаются соотношения белковых фракций сыворотки крови. Нагрузка витамином B_6 у больных циррозом печени вызывает некоторое повышение показателя эстерификации, что бывает выраженнее у больных с гипертрофической формой.

Применение витамина B_6 при циррозах печени способствует улучшению общего состояния больного и улучшению показателей функционального состояния печени, а при острых и хронических не слишком тяжелых поражениях печени оказывает лечебный эффект.

Витамин B_6 в качестве лечебного средства следует назначать после предварительной нагрузки в дозе, намеченной для лечения и при получении положительных сдвигов в показателях функционального состояния печени.

---

146. ДУСМУРАТОВ М.

окон. Таджикский мединститут в 1952 г., дисс. канд.

ЭХИНОКОКК КОСТЕЙ ЧЕРЕПА И ГОЛОВНОГО МОЗГА

1 том, 419 стр.+25 прилож., в литер. указат. 245 источн. (148 отеч., 97 иностр.). Защ. в декабре 1959 г. в АМН СССР (г. Москва)

В литературе мало работ, касающихся эхинококковых поражений головного мозга.

Настоящая работа посвящена клинике, распознаванию и хирургическому лечению эхинококковых заболеваний костей черепа и вещества мозга.

Материалом для изучения послужили наблюдения над 17 больными с эхинококком различных областей головного мозга, находившихся на лечении в Институте нейрохирургии имени акад. Н. Н. Бурденко за период с 1940 по 1958 год.

Эхинококковая болезнь головного мозга встречается среди всех возрастных групп населения. Однако можно отметить, что однокамерный эхинококк головного мозга чаще наблюдается в детском и юношеском возрасте, а альвеолярный эхинококк—у лиц более старшего возраста. Морфологические исследования показывают, что вокруг паразита развивается капсула, в виде воспалительной реакции, частота и степень которой зависят от стадии заболевания.

Эхинококк головного мозга протекает длительное время бессимптомно. Клиническая картина эхинококка зависит от локализации паразита, отношения его к ликворным путям, от величины эхинококковых пузырей и направления роста паразита. Эхинококк поражает преимущественно полушария большого мозга. Прижизненное распознавание этого заболевания представляет большие трудности. Оно оказывается возможным лишь у немногих больных со вторичным эхинококком. Обнаружение первичного очага, чаще всего в печени, дает возможность в этих случаях распознать характер заболевания. Чаще всего заболевания диагностируются как кистозная опухоль мозга.

Вспомогательную роль в распознавании эхинококка головного мозга играет обнаружение эозинофилии в крови, положительные серодиагностические реакции, особенно реакции Каццони и Вейнберга, обнаружение в спинно-мозговой или желудочковой жидкости элементов паразита (сколексов и мелких дочерних пузырей). Неоспоримым диагностическим признаком эхинококка является обнаружение в содержимом эхинококкового пузыря сколексов паразита, его крючьев, наличие янтарной кислоты и малое содержание белка.

В некоторых случаях для уточнения локализации процесса и его характера приходится прибегать к контрастным методам исследования, в частности, к пневмографии или артериографии. Нередко одна вентрикулярная пункция может способствовать постановке диагноза.

При однокамерном эхинококке полушарий головного мозга на вентрикулограмме нередко обнаруживается дугообразная деформация желудочков. При локализации однокамерного эхинококка в полости желудочков мозга, на вентрикулограмме можно обнаружить наличие нежной округлой тени в просвете желудочков, которая может перемещаться в связи с переменой положения больного. Выявление этого симптома связано с перемещением плавающего в вентрикулярном ликворе пузыря эхинококка. Ангиография также может способствовать уточнению характера процесса. На ангиограмме изображение кисты выявляется как одностороннее, округлое большое новообразование (бессосудистое), которое может смещать и изменять положение сосудов головного мозга.

Лечение эхинококка головного мозга в основном хирургическое.

Диагностика эхинококка головного мозга в ряде случаев вполне возможна.

147. КОСТИН В. С.

оконч. Таджикский Госмединститут им. Абуали ибни Сино (г. Душанбе) в 1951 г. дисс канд.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОМЕНТОРЕНАЛЬНОГО ОРГАНОАНАСТОМОЗА ПРИ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

1 том, 317 стр., в лит. указат. 338 источн. (196 отеч., 142 иностр.).
Защ. в декабре 1959 г. в Таджикском Госмединституте им. Абуали ибни Сино (г. Душанбе).

Была поставлена задача экспериментально выяснить эффективность оментореналього органоанастомоза при лечении портальной гипертензии. Опыты проводились на 92 собаках и состояли из: а) острой перевязки воротной вены; б) сужения воротной вены лигатурой; в) сужения воротной вены йодированной хлопчатобумажной лигатурой с последующей оментоперопексией г) зажатия воротной вены лигатурой с одновременной оментоперопексией; д) сужения воротной вены йодированной хлопчатобумажной лигатурой с последующей (через 7—8 дней) полной перевязкой воротной вены.

Оказывается сужение портальной вены йодированной хлопчатобумажной лигатурой до 2—3 мм в диаметре с одновременным повреждением ее адвентиции позволяет при создании модели портальной гипертензии у собак ограничиться одной операцией, т. к. просвет сосуда закрывается полностью самостоятельно на 12—13 день. При сужении воротной вены йодированной лигатурой до 2—3 мм в диаметре без оментоперопексии животные погибают через 13—16 дней от венозного застоя в воротной системе.

При зажатии воротной вены йодированной лигатурой до 2—3 мм в диаметре с последующей (спустя 7 дней) оментоперопексией животные погибают от застойных явлений в портальной системе. Оментоперопексия, производимая до 7 дня после сужения воротной вены, сохраняет жизнь животным.

Экспериментально созданная портальная гипертензия с одновременной оментоперопексией обеспечивает развитие оментореналього органоанастомоза и естественных портокавальных анастомозов в такой степени, что полная перевязка воротной вены уже на 7—8 день не влечет за собой гибель животного.

При полном развитии оментореналього органоанастомоза развитие естественных порто-кавальных анастомозов в нижней трети пищевода, кардиальной части желудка, подкожных

вен живота, подслизистых сплетений желудка и кишечника не наблюдается.

Данные функциональных проб печени (протромбиновый индекс, пробы Вельтмана и йодная, реакция Таката-Ара) из крови воротной и нижней полой вен указывают на выраженную функциональную недостаточность печени, нарастающую на протяжении 3—4 месяцев после выключения печени из портального кровообращения, а затем стабилизирующуюся на определенном уровне.

Орменторенальный органоанастомоз при портальной гипертензии с внепочечным блоком у собак на 15—20 день после его создания является функционально достаточным для обеспечения окольного кровотока из воротной системы в полую и, следовательно, весьма эффективным при лечении портальной гипертензии.

---

148. ВОВСИ, Б. М.

окончил 1 Московский мединститут в 1947 году, дисс. канд.

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА НОВЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВ РОГОВОЙ ОБОЛОЧКИ

1 том, 271 стр., в лит. указ. 364 источн. (247 отеч., 117 иностр.).
Защ. в январе 1960 г. в Самаркандском мединституте.

В работе ставилась цель выяснить причину частоты язвы роговой оболочки глаза, выявить факторы, обусловливающие тяжелое течение процесса, изыскать наиболее эффективные и приемлимые методы лечения язв в условиях Таджикистана.

Под наблюдением находилось 388 больных, имевших 418 язв роговой оболочки. При анализе клинических форм заболевания оказалось преобладание (66%) тяжелых форм язв, большой процент (30) прободных, 20% ползучих и 23% гнойных язв с гипопионом. Часто наблюдались вторичные иридоциклиты (53%) с гипопионом (48%).

При выяснении причин возникновения язв оказалось, что первое место занимает травма роговой оболочки (43,2%), большой процент язв (23,8) возникает на почве кератитов различной этиологии. Значительное место среди причин язв в Таджикистане занимает трахома (14,2%), а в детском возрасте—острый конъюнктивит (10,3%) и гиповитаминозы (5,2%).

Ведущей микрофлорой при язвах роговицы в Таджикистане является палочка Кох-Викса (42,3%).

Перевес тяжелых форм язв роговой оболочки в Таджикистане нередко обусловлен сопутствующими хроническими заболеваниями всего организма (туберкулез, болезни желудочно-кишечного тракта, бруцеллез, авитаминозы и др.).

Проведенное лечение 176 случаев язв роговой оболочки альбуцидом показало, что этот препарат эффективен только при легкой степени или средней тяжести заболевания, при тяжелых формах язвы лечебного действия почти или совсем не оказывает. Приблизительно аналогичные результаты были получены от применения пенициллина в 121 случае.

Экспериментальное изучение действия пенициллина, террамицина, биомицина, террамицина совместно с биомицином, кортизона и биомицина совместно с кортизоном при язве роговой оболочки кролика выяснило наибольшую эффективность биомицина и особенно его комбинации с кортизоном. Сочетание биомицина с террамицином в некоторых случаях было эффективнее, чем самостоятельное действие этих антибиотиков. Самостоятельное действие кортизона оказалось слабее всех других примененных препаратов, что говорит о нецелесообразности применения одного кортизона для лечения язв роговой оболочки.

Самым эффективным антибиотиком при лечении язвенных поражений роговицы оказался биомицин. Излечение наступало намного быстрее, чем при лечении пенициллином и альбуцидом, а остаточные изменения в роговице оказались наиболее нежными. Эффективность биомицина, очевидно, связана с его действием на грамотрицательные микробы—палочку Кох-Викса, которая как было указано, является ведущей конъюнктивальной флорой в Таджикистане.

Биомицин оказывал почти одинаковое действие в различных лекарственных формах. Но целесообразнее применить его в виде мазей, действие которых намного длительнее.

Наилучший эффект лечения достигается при сочетании биомицина с кортизоном. Язвы излечивались значительно быстрее, чем в других группах больных, леченных биомицином, оставляя наиболее нежные изменения в роговой оболочке. Кортизон, устраняя барьеры, увеличивает проникновение биомицина в глаз. Снижение кортизоном экссудативных процессов приводит к быстрой ликвидации воспалительных явлений в радужке, что особенно важно в условиях Таджикистана, где часто встречаются сопутствующие иридоциклиты.

На основании проведенных исследований рекомендуется внедрить в повседневную практику наиболее эффективный и в то же время простой и доступный метод лечения язвенных поражений роговой оболочки глаза биомицином, особенно в его комбинации с кортизоном.

---

149. ТАДЖИЕВ К. Т.

оконч. 1 Московский мединститут в 1937 г., дисс. докторская.

ОПЕРАЦИОННЫЕ И ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ МИТРАЛЬНОГО СТЕНОЗА И БОРЬБА С НИМИ

Защ. в январе 1960 г. во II Московском мединституте

Одним из больших достижений современной хирургической науки является, как известно, устранение сужений митрального отверстия с целью нормализации тяжелых нарушений кровообращения и вытекающих отсюда последствий. В связи с этим важным остается дальнейшее изучение проблемы операционных и послеоперационных осложнений митральной комиссуротомии.

В настоящей работе проведен анализ 312 случаев, касающихся операции комиссуротомии и относящихся к периоду с июля 1952 г. по январь 1958 г. в факультетской хирургической клинике 2-го Московского медицинского института имени С. И. Спасокукоцкого, а также в институте грудной хирургии АМН СССР. Комиссуротомии подвергались больные с митральными стенозами в возрасте от 15 до 32 лет, преимущественно во второй и третьей стадии недостаточности кровообращения (классификация А. Н. Бакулева).

В четвертой стадии при наличии у больного значительных расстройств кровообращения с застойными явлениями в большом кругу, мерцательной аритмии, признаков резкого поражения миокарда, неблагоприятных показателей функционального исследования, операция сопряжена с известным риском и дает менее благоприятные результаты. Общая летальность при комиссуротомии у больных составляла 41 (13,1%), причем из 72 оперированных во II стадии умерли 3; из 142 в III стадии—14 и из 98 в IV стадии болезни умерли 24 больных. На операционном столе погибло 7 (2,2%).

Наиболее частой причиной осложнений в процессе операции был тромбоз левого предсердия и ушка (32 из 312). Наличие внутрисердечного тромбоза не должно быть препятствием для завершения операции, т. к. в противном случае возможны тромбоэмболии.

Возникновение нарушений кровообращения различной степени как субкомпенсированных, так и декомпенсированных при митральной комиссуротомии зависит от интенсивности наносимых раздражений на разных этапах операции. Наибольшее количество нарушений кровообращений вызвано непосредственным раздражением сердца. Так, при рассечении перикарда нарушения кровообращения наблюдались у 11 больных, при наложении зажима на ушко они наблюдались у 10 больных, а в момент внутрисердечной манипуляции у 37 больных. Из 58 больных у 31 были субкомпенсированные и у 27—декомпенсированные нарушения кровообращения.

Применение эфирно-кислородного интубационного наркоза в сочетании с анестезией рефлексогенных зон грудной полости при митральной комиссуротомии дает меньше осложнений, чем местное обезболивание. Так, если из 270 больных оперированных под эфирно-кислородным наркозом различные нарушения кровообращения наблюдались у 54, то из 42 оперированных под местной анестезией нарушения кровообращения имели место у 31 больного.

Крайне тяжелым и грозным осложнением при митральной комиссуротомии являлась острая кровопотеря, причинами которой послужили следующие обстоятельства: соскальзывание лигатуры и зажима с культи ушка—4 больных, разрыв ушка—24, разрыв стенки предсердия—8 и просачивание крови между пальцем и стенками ушка (несоответствие размеров отверстия у пальца) у 10 больных.

После расширения левого атриовентикулярного отверстия из 305 больных, перенесших благополучно операцию, у 62 развились пневмонии. Последние были обусловлены внутрисердечными тромбами и травматизацией в ходе операции.

Почти постоянным явлением у лиц, подвергавшихся расширению левого атриовентрикулярного отверстия является реактивный перикардит. Последний, возникая вследствие механической травмы во время расширения левого атриовентикулярного отверстия, скопления крови в полости перикарда и некроза культи ушка (дистальнее лигатуры), в свою очередь вызывает сморщивание околосердечной сорочки и в дальнейшем приводит к слипчивому перикардиту.

В послеоперационном периоде у 16 из 305 больных, преимущественно в молодом возрасте, наблюдалось обострение ревмокардита. Наряду с этим у 135 из 285 оперированных больных, на основании гистологического исследования удаленных ушков левого предсердия, были установлены признаки активного ревмокардита, причем в 86 случаях типичные

ашофталалаевские гранулемы, в 49 случаях—косвенные признаки ревмокардита в виде неспецифической инфильтрации межуточной ткани. Из 86 больных с гистологическими признаками активного ревмокардита только у 10 больных наблюдалось клиническое проявление обострения ревмокардита, у остальных 76 обострение ревмокардита в послеоперационном периоде не наблюдалось.

Описанные в 1953 году Солоффон и его сотрудниками так называемый «посткомиссуральный синдром» является проявлением комплекса осложнений, возникающих после расширения левого атриовентрикулярного отверстия, а не только реактивации ревматической инфекции.

---

150. ГУТОРОВА Л. Д.

оконч. Ленинградский санитарно-гигиенический медицинский ин-т в 1956 г., дисс. канд.

ПОДРАЗДЕЛЕНИЕ S. BRESLAU НА ТИПЫ С ПОМОЩЬЮ СПЕЦИФИЧЕСКИХ ТИПОВЫХ БАКТЕРИОФАГОВ

1 том, 164 стр., в лит. указ. 181 источн. Защ. в феврале 1960 г., в Ленинградском санитарно-гигиеническом мединституте.

Изучалась возможность применения бактериофагов, полученных из лизогенных культур, для подразделения штаммов бреславльской палочки на типы.

Выделение бактериофагов из лизогенных штаммов производилось двумя методами: в одном случае суточная бульонная культура испытуемого штамма освобождалась от бактерий путем фильтрации или прогревания при 60° в течение 30 минут; полученный материал наносился каплями на свежезасеянный газон индикаторного штамма.

В случае наличия фага в субстрате через 15—20 часов можно было заметить различное количество стерильных пятен бактериофага, а иногда и сливной лизис. Для дальнейших пассажей делался откол из стерильного пятна в бульон с подсевом фагочувствительной культуры.

Метод выделения бактериофагов путем смешанного культивирования двух штаммов оказался менее пригодным для получения чистых линий бактериофагов, так как в препарат могли попасть частицы фага, выделенного лизогенным индикаторным штаммом. Все 180 изученных штаммов бреславльской палочки были лизогенны. Бактериофаги, выделенные из лизогенных штаммов, принадлежали группам А и В (по классификации Барнета). Фаги группы А отличались от В фагов по морфологии стерильных пятен, антигенной структуре и теплоустойчивости. Наряду с культурами S. breslau, бреславльские бактериофаги лизировали салмонелл некоторых других видов, относящихся к группам В и Д по схеме Кауфмана-Уайта.

Бактериофаги обеих групп были представлены как умеренными, так и вирулентными вариантами. Вирулентные варианты спонтанно появлялись в препарате умеренного фага с частотой, различной для разных линий бактериофагов. Появление частиц умеренного варианта в препарате вирулентного фага наблюдалось редко. Умеренный и вирулентные варианты одной и той же линии бактериофага обладали одинаковой структурой, теплоустойчивостью, диапазоном литического действия и достигали одинаковых титров. Умеренные и вирулентные варианты различались по морфологии стерильных пятен и способности вызывать лизис чувствительных культур.

Бактериофаги, выделенные из лизогенных культур, оказывали избирательное литическое действие на отдельные штаммы бреславльской палочки. Чувствительность штаммов S. breslau к умеренным бактериофагам была непостоянной и зависела от условий опыта. Вирулентные бактериофаги лизировали штаммы бреславльской палочки с большим постоянством, поэтому они были использованы для фаготипирования. По степени литического действия на штаммы S. breslau все бактериофаги были разделены на 4 группы. Из каждой группы выбрано по одному типовому фагу.

По чувствительности к типовым бактериофагам 340 штаммов бреславльской палочки были разделены на 6 фаготипов: А, В, С, Д, Е, F. Чувствительность или устойчивость штаммов к типовым бактериофагам определялась их антигенной структурой и лизогенностью.

Характер заболеваний, вызываемых отдельными штаммами S. breslau у людей, чувствительность бактерий к стрептомицину и патогенность для мышей не зависели от фаготипа штамма. Изучение стабильности литических реакций бреславльской палочки с типовыми бактериофагами показало, что фаготип является постоянным свойством культуры и не изменяется при хранении ее в лабораторных условиях и при циркуляции бактерий во внешней среде.

151. КОЗЛОВА Г. Д.
оконч. Таджикский Госмединститут им. Абуали ибни Сино (г. Душанбе) в 1949 г., дисс. канд.

ЭНДЕМИЧЕСКИЙ ЗОБ ДОЛИНЫ РЕКИ ВАНЧ

1 том, 217 стр. в лит. указ. 336 источн. Защ. в феврале 1960 г. в Таджикском госмединституте им. Абуали ибни Сино (г. Душанбе).

В течение ряда лет автор вел наблюдение за эндемическим зобом в долине реки Ванч, занимался изучением роли так называемых добавочных факторов, особенно хронических кишечных заболеваний, часто отягощающих развитие и течение зобной эндемии.

Обследовательские и лечебные мероприятия по зобу среди жителей Ванчской долины сочеталось с санитарно-просветительной работой, что, главным образом, касалось разъяснения населению необходимости улучшения водопользования, улучшения санитарного состояния населенных мест и жилищ, своевременного обращения за медицинской помощью и др.

Для изучения зобной эндемии автором использованы два метода: 1) подворное обследование населения и 2) клиническое и лабораторное обследование больных зобом.

Первое обследование населения долины реки Ванч на пораженность зобом было предпринято в 1954 г. Обследованию подвергались 1870 человек (740 мужчин, 1130 женщин), в том числе детей до 10 лет обоего пола—279 человек. Было выявлено увеличение щитовидной железы всех степеней у 1140 человек, или 60,9% от числа обследованных. У детей до 10 лет увеличение щитовидной железы отмечено в 35,7%, в препубертатном возрасте (11—15 лет) в 60,2%. Коэффициент Ленч—Бауэра равняется 1:1,6, что свидетельствует о значительной тяжести зобной эндемии у населения Ванчской долины.

Оказывается, что диффузная форма истинного зоба встречается в 42,1%, узловая—в 44,8%, смешанная—в 13,1% от общего числа больных.

Эндемический зоб Ванчской долины протекает на фоне эйтиреоза с наклонностью к гипотиреозу, а истинный зоб—преимущественно на фоне гипотиреоза. При диффузной форме зоба клеточный состав крови не изменяется, а при аденоматозной форме наблюдается выраженная лейкопения и относительная нейтропения.

В воде Ванчской долины и в пищевых продуктах растительного происхождения содержание йода незначительно и не обеспечивает потребности организма.

Население долины пользуется для питьевых нужд бактериально-загрязненной водой, что обусловливает высокий процент распространения хронических, периодически обостряющихся колитов и глистоносительство, которые в условиях йодной недостаточности отягощают развитие и течение зобной эндемии в долине.

Систематическая йодная профилактика в сочетании с другими лечебно-предупредительными мероприятиями, проведенная в течение ряда лет (с 1954 по 1958 г.) привела к снижению заболеваемости зобом с 60,9% до 23,3%, а среди детского населения зоб ликвидирован полностью, в препубертатном возрасте заболеваемость снижена с 55% до 0,5%. Консервативному лечению в сочетании с санацией кишечника были подвергнуты больные с III—V степенью диффузного и аденоматозного зоба, что привело к снижению истинного зоба с 25% до 17%.

На основании проведенного исследования автор рекомендует следующие меры ликвидации эндемического зоба в Ванчской долине: а) широкое проведение санитарно-просветительной работы среди населения, особенно в части необходимости хирургического лечения аденоматозных форм зоба; б) резкое снижение числа хронических кишечных заболеваний среди населения; в) правильная организация питьевого водоснабжения в долине.

---

152. МАКШАНОВ И. Я.
оконч. Таджикский Госмединститут им. Абуали ибни Сино (г. Душанбе) в 1950 г. дисс. канд.

ЭНДЕМИЧЕСКИЙ ЗОБ ВАХШСКОЙ ДОЛИНЫ ТАДЖИКСКОЙ ССР И НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ЕГО ЭТИОПАТОГЕНЕЗА

1 том, 235 стр., в лит. указат. 409 источн. Защ. в марте 1960 г. в Таджикском Госмединституте им. Абуали ибни Сино (г. Душанбе).

Для успешного проведения лечебных и профилактических мероприятий по борьбе с эндемическим зобом требуется не только установление факта йодной недостаточности во внешней среде данной местности, но и выяснение тех добавочных факторов (внешних и внутренних), которые отягощают развитие и течение зобной эндемии. Имеют важное значение так-

же данные о распространении, медикостатистической характеристики и клиническом течении зоба данной местности. Эти вопросы освещаются в настоящей диссертации.

В работе, кроме подворного обследования населения бывших Октябрьского и Пянджского районов, предпринято изучение функционального состояния щитовидной железы (методом радиоиндикации) и некоторых вопросов этиопатогенеза.

В бывш. Октябрьском районе подвергнуто обследованию 1544 колхозников и членов их семей, проживающих здесь более 5 лет (вполне адаптировавшая группа) и 1160 человек рабочих и членов их семей строительства Перепадной ГЭС, проживающих в этой местности около одного года, т. е. находившихся в стадии адаптации.

В Пянджe было обследовано 4559 человек, проживающих здесь более 5 лет.

Результаты исследования показали, что у жителей б. Октябрьского района, проживающих более 5 лет увеличение щитовидной железы всех степеней составляло 31,9% к числу обследованных, из них компенсаторные гиперплазии (диффузное увеличение I и II степени) было 26%, истинный зоб—5,9%. У людей, находившихся в стадии адаптации все эти показатели значительно ниже (соответственно: 21,2%, 19,9%, 1,3%).

Вахшская долина представляет собой эндемический очаг зоба. Процент поражений всеми степенями увеличения щитовидной железы колеблется от 12,8 (Куйбышевский район) до 31,9% (б. Октябрьский район). Истинным зобом население поражено от 0,6 (Колхозабадский район) до 5,9% (б. Октябрьский район). Среди местного населения чаще встречаются узловые и смешанные формы зоба, протекающие на фоне эйтиреоза; среди пришлого населения почти половину (44,6%) истинного зоба составляют диффузные формы, протекающие более чем в 20% с явлениями гипертиреоза. Преобладание узловых и смешанных форм зоба в Вахшской долине является следствием недостаточности хирургической помощи таким больным.

В условиях йодной недостаточности организм использует йод, поступивший из внешней среды, более полно, о чем свидетельствуют: более высокий процент поглощения йода щитовидной железой, чему еще больше способствует компенсаторное (диффузное I и II степени) увеличение ее; йод, поступивший в организм из внешней среды более длительное время циркулирует в нем, совершая круговорот: щитовидная железа—ткани — желудочно-кишечный тракт — щитовидная железа, вследствие чего он может повторно и многократно использоваться организмом для синтеза гормона, не выводя во внешнюю среду.

Желудочно-кишечные заболевания в условиях йодной недостаточности отягощают развитие и течение зобной эндемии, так как усиливают эндогенную йодную недостаточность, вследствие нарушения всасывания и нарушения круговорота йода в организме. При выраженных явлениях энтероинтоксикации и тяжелых нагноительных процессах различной локализации функция щитовидной железы редко угнетается.

Для ликвидации эндемического зоба в районах Вахшской долины автор рекомендовал проводить следующие мероприятия: а) специфическая профилактика; б) профилактика желудочно-кишечных заболеваний; в) улучшение источников водоснабжения; г) поголовное обследование населения и диспансеризация больных зобом; д) улучшение хирургического лечения необратимых форм зоба.

---

153. УСМАНОВ. Н.

оконч. Самаркандский мединститут. в 1950 г., дисс. канд.

ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГНОЙНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ФУРАЦИЛИНОМ.

1 том, 210 стр., в лит. указ. 280 источн. (220 отеч., 60 иностр.). Защ. в марте 1960 г. в Таджикском Госмединституте им. Абуали ибни Сино (г. Душанбе).

Работа посвящена применению фурацилина при гнойных заболеваниях. В ней поставлена задача разработать простой способ внутритканевого введения фурацилина при острогнойных заболеваниях; проверить эффективность внутри тканевого введения фурацилина при этих заболеваниях, путем изучения динамики клеточного состава ран и систематического бактериологического контроля.

Раствор фурацилина 1:5000 применялся в смеси с равным объемом 0,5% раствора новокаина в виде новокаино-фурацилиновой блокады, которая делалась на 3-й, 5-й, 10-й, 15-й дни лечения в течение 3 дней ежедневно.

Исследования проводились на 530 больных различными острогнойными заболеваниями, из которых 242 человека составляли основную группу и подвергались лечению новокаино-фурацилиновой блокадой, а 288 больных служили контролью и лечились сульфаниламидами, антибиотиками, физиотерапией и др.

Из 242 больных основной группы, леченных новокаинофурацилиновой блокадой, у 104, помимо блокады, производился

разрез, а у 138 выздоровление получено в результате применения только блока. Из 288 больных контрольной группы, леченных различными способами, у 251 делался разрез и только 37 выздоровели без применения разреза.

Наблюдения показали, что новокаино-фурацилиновая блокада при лечении острогнойных заболеваний в стадии инфильтрата без распада в ряде случаев приводит к выздоровлению без применения разреза, чего не наблюдалось при новокаино-пенициллиновой блокаде.

Микробное обсеменение раневой поверхности после применения фурацилина резко уменьшалось и к 10—15 дню лечения наличия раневой инфекции не удавалось найти. У больных контрольной группы количество микробных колоний держалось на высоких цифрах и в дальнейшем уменьшалось очень медленно.

После применения фурацилина число моноцитарных клеток (полибластов, макрофагов) с активным фагоцитозом в раневых отпечатках быстро нарастает и достигает максимума на 5-й день лечения, а профибробластов—на 10-й день лечения. У больных контрольной группы моноцитарные клетки в раневых отпечатках созревают медленно и число их достигает максимума лишь к 10—15-му дню лечения.

Из 242 больных основной группы полное выздоровление наступило у 235 больных, улучшение—2, без перемен—у 4 ухудшение у 1 больного, а из 288 больных контрольной группы выздоровление наблюдалось у 251, улучшение—у 30, без изменений— у 3 и ухудшение—у 4 больных, из них 1 больной с карбункулом умер от сепсиса. Таким образом, в результате применения фурацилина при острогнойных заболеваниях сроки лечения сокращаются по сравнению со сроками лечения в контрольной группе и выздоровление наступает у 97% больных против 87% в контрольной группе, что свидетельствует об эффективности фурацилинотерапии при острогнойных заболеваниях.

На основании этих данных рекомендуется широкое внедрение в хирургическую практику новокаино-фурацилиновой блокады при лечении острогнойных заболеваний.

---

154. ХАМИДОВ В. К.

окончил Таджикский госмединститут им. Абуали ибни Сино (г. Душанбе) в 1950 г., дисс. канд.

К ХАРАКТЕРИСТИКЕ ЭНДЕМИЧЕСКОГО ЗОБА ГИССАРСКОЙ ДОЛИНЫ И Г. ДУШАНБЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ ЕГО ЛИКВИДАЦИИ

1 том, 255 стр., в лит. указ. 323 источн. Защ. в марте 1960 г., в Таджикском Госмединституте им. Абуали ибни Сино (г. Душанбе).

Ставилась задача изучить очаги эндемического зоба в районах Гиссарской долины Таджикской ССР, в динамическом аспекте выяснить закономерности изменения заболеваемости детского населения в связи с проводимыми профилактическими мероприятиями, обобщить опыт по изучению клиники и лечению зоба за 13 лет. Динамика распространения и клиника эндемического зоба изучались в Орджоникидзеабадском районе, в пос. Кокташ и в гор. Душанбе, расположенных в Гиссарской долине.

Исследования показали, что Орджоникидзеабадский район, поселок Кокташ и гор. Душанбе Таджикской ССР являются эндемическими очагами зоба. По Орджоникидзеабадскому району в 1956 г. общая заболеваемость составила 17,5%, соотношение между женщинами и мужчинами 1:1,6. Диффузные формы составляли 82,6%, смешанные—10,1%, узловые—7,3%. Компенсаторное увеличение щитовидной железы I—II степени выявлено в 10,2%, истинный зоб—7,2% к общему числу обследованных.

По бывшему Кокташскому району общая заболеваемость в том же году составила 37,9%, соотношение между женщинами и мужчинами 1:1,6. Диффузные формы зоба составляли 81,5%, узловые—12,1% и смешанные—6,4%. Компенсаторная гиперплазия I—II степени выявлена в 27%, истинный зоб—в 10,9% к числу всех обследованных.

По гор. Душанбе общая заболеваемость в 1952 г. составила 19,6%, в 1956 г.—14%. Соотношение между женщинами и мужчинами 1:6,7. Гиперплазия щитовидной железы I—II степени составила 12,3%, истинный зоб—1,6% к общему числу обследованных. Заболеваемость зобом среди школьников в 1952 г. составила 25,9%, в 1955 г.—14,5%, среди воспитанников детских садов соответственно 21,2% и 3,8%. Диффузные формы зоба составили 92,5%, узловые—2,6%, смешанные—4,9% (по данным 1956 г.).

Эндемический зоб у населения Гиссарской долины проте-

кает на фоне эйтиреоза с наклонностью к гипотиреозу у местного и гипертиреозу у пришлого населения.

За 12 лет под наблюдением автора на стационарном лечении находилось 330 больных с простым зобом и 47 больных со вторичным тиреотоксическим зобом. Из общего числа больных местное население составляло 76,4%, пришлое—23,6%; Диффузные формы зоба отмечались у 15,7%, узловая и смешанная формы—у 84,3% больных. При эйтиреоидном зобе каких-либо нарушений со стороны кровообращения не обнаружено. У 87,6% больных содержание белых кровяных телец было нормальным, лейкоцитоз отмечался у 7,4%, а лейкопения—у 5% больных. Красная кровь была в пределах нормы. Антитоксическая и белковая функции печени при эйтиреоидном зобе оказались не нарушенными. Но при тяжелых формах вторичного тиреотоксикоза эти функции понижались.

Проведенная широко йодная профилактика среди населения гиссарской долины (в течение 1956—1958 гг.) дала весьма хорошие результаты, которые выражались в резком снижении заболеваемости зобом (по Орджоникидзеабадскому району с 19,2% до 3,9% в колхозах и с 14,6% до 2,6% в райцентре; по пос. Кокташ с 37,9% снижена до 9,4%, среди детского населения с 24,8% до 0,3%, в препубертатном и пубертатном периоде с 49,7% до 8,2%; по гор. Душанбе общая заболеваемость снижена с 24% до 6,8%, а среди детского населения зоб ликвидирован полностью.

Диффузные гиперплазии щитовидной железы I—II степени при лечении йодом претерпевают полное обратное развитие, хуже поддаются обратному развитию диффузные формы III степени и почти не поддаются лечению диффузные зобы IV степени.

Для ликвидации эндемии зоба автор рекомендует, наряду с проведением противозобной профилактики, консервативного лечения обратимых форм зоба, широко внедрить хирургическое лечение зоба.

---

155. ЕЛМИФОМА В. З.

оконч. Таджикский мединститут в 1950 г., дисс. канд.

ОЦЕНКА РЕАКТОГЕННОСТИ, ИММУНОЛОГИЧЕСКОЙ И ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ОЧИЩЕННОГО АДСОРБИРОВАННОГО ДИФТЕРИЙНОГО АНАТОКСИНА

1 том, 115 стр., в лит. указ. 172 источн. (147 отечеств., 25 иностр.). Защ. в ноябре 1960 г. в Таджикском госмединституте им. Абуали ибни Сино (г. Душанбе)

Задачей работы явилось изучение реактогенности, иммуногенности и эпидемиологической эффективности иммунизации детей против дифтерии очищенным адсорбированным анатоксином в сравнении с до сих пор применяемым нативным анатоксином. Кроме того, в работе дана характеристика эпидемиологической обстановки, на фоне которой проводилось изучение препарата. В результате наблюдения за 1749 детьми было установлено, что реактогенность прививок очищенного адсорбированного анатоксина превышает реактогенность нативного анатоксина, однако это не является препятствием для применения препарата в широкой практике.

По данным реакции Шика, поставленной на 8127 детях, в возрасте от 6 до 15 лет, иммуногенность очищенного адсорбированного анатоксина в 2 раза выше, чем нативного. Оценка эпидемиологической эффективности была дана в результате наблюдения за заболеваемостью дифтерией среди 40.872 детей, из которых часть была иммунизирована очищенным адсорбированным анатоксином, часть иммунизирована нативным анатоксином и группа детей не была иммунизирована.

Заболеваемость детей среди привитых очищенным адсорбированным дифтерийным анатоксином была в 3 раза меньше по сравнению с детьми, привитыми нативным анатоксином. В результате проведенных исследований автор рекомендует применять очищенный адсорбированный дифтерийный анатоксин для широкой профилактики дифтерии.

---

156. РУДОИ Д. Г.

окончил Таджикский Госмединститут им. Абуали ибни Сино (г. Душанбе) в 1948 г. дисс. канд.

О ЗНАЧЕНИИ ЭОЗИНОФИЛЬНО-АЛЛЕРГИЧЕСКОЙ РЕАКЦИИ НА БРУЦЕЛЛИН И БРУЦЕЛЛЕЗНУЮ ВАКЦИНУ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ БРУЦЕЛЛЕЗА

1 том, 167 стр., в лит. указат. 278 источн. Защ. в январе 1961 г. в Таджикском Госмединституте им. Абуали ибни Сино (г. Душанбе).

Автор детально проанализировал диагностическую ценность предложенной им эозинофильно-аллергической реакции (ЭАР) на введение бруцеллина и бруцеллезной вакцины.

Проба эта основана на предположении, что реакция организма больного бруцеллезом на введение бруцеллина или бруцеллезной вакцины должна в силу предварительной сенсибилизации организма характеризоваться не только местной воспалительной и общей температурной реакцией, но и изменением числа эозинофилов в периферической крови.

Исследования проводились на 123 больных бруцеллезом в возрасте от 13 до 66 лет, из них мужчин было 68, женщин—55. С острой формой бруцеллеза было 4 больных, подострой—9, хронической—110 больных.

Из обследованных больных проба Бюрне была положительной у 66 (53,7%), слабо положительной у 19 (15,5%), сомнительной—у 6 (4,9%) и отрицательной у 32 (25,9%) человек. Реакция Хеддльсона была положительной и резко положительной у 56,1% больных, слабо положительной у 9,8%, сомнительной—у 1,6% и отрицательной—у 32,5% больных.

Оказывается, что внутрикожное введение бруцеллина и внутривенное введение бруцеллезной вакцины вызывает у больных бруцеллезом резкий сдвиг числа эозинофилов в кровн в сторону уменьшения или повышения в среднем соответственно 32,4% и 36%. Уменьшение или увеличение числа эозинофилов связано с индивидуальными колебаниями реактивности больных и разной степенью их специфической сенсибилизации. На типы ЭАР, по-видимому, влияет и предшествующее специфическое лечение бруцеллином или бруцеллезной вакциной и даже однократное их введение с диагностической целью, если таковые проводятся незадолго до постановки данной реакции.

При других заболеваниях (ревматизм, ревматоидный артрит, туберкулез, бронхиальная астма, глистные инвазии) бруцеллин не вызывает существенных изменений числа эозинофилов в периферической крови.

Проведенные исследования позволяют считать, что изменение числа эозинофилов крови после внутрикожного введения бруцеллина более чем на 10% является одним из показателей наличия у больного бруцеллеза и в таких случаях пробу следует считать положительной.

Положительный результат ЭАР на бруцеллин отмечается при бруцеллезе в 99,1% случаев, что дает основание подчеркнуть ценность этой реакции как вспомогательный тест для распознавания бруцеллеза. ЭАР при бруцеллезе бывает положительной даже в тех случаях, когда реакции Бюрне и Хеддльсона дают сомнительные или отрицательные результаты. Эозинофильно-аллергическая реакция при бруцеллезе строго специфична поскольку другие белковые раздражители не вызывают у больных бруцеллезом существенного изменения числа эозинофилов в периферической крови.

Под влиянием вакцинотерапии у части больных отмечается переход положительной эозинофильной реакции на бруцеллин в отрицательную или изменение типа реакции.

Эозинофильно-аллергическая реакция на бруцеллин, особенно на бруцеллезную вакцину, может служить одним из показателей реактивности организма больного бруцеллезом и выраженности специфических аллергических реакций при бруцеллезе. Более благоприятным показателем следует считать такой тип реакции, при котором число эозинофилов в крови после введения бруцеллина увеличивается.

Эозинофильно-аллергическая реакция на бруцеллин по условиям методики не может быть поставлена у многих больных бруцеллезом в острой фазе, т. к. в этот период болезни число эозинофилов крови резко уменьшается (ниже 70 в 1 $мм^3$ крови).

Разработанная автором простая и доступная методика диагностики бруцеллеза может быть успешно использована в любых условиях.

---

157. СЕРГИЕНКО А. Д.

оконч. Таджикский Госмединститут им. Абуали ибни Сино (г. Душанбе) в 1951 г., дисс. канд.

ИЗУЧЕНИЕ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО НЕФРОЗО-НЕФРИТА В ОЧАГЕ ЯРОСЛАВСКОЙ ОБЛАСТИ

1 том, 260 стр., в лит. указ. 245 источн. Защ. в марте 1961 г. в АМН СССР (г. Москва).

Находясь в течение ряда лет в очаге геморрагического нефрозо-нефрита (ГНН) в Некоузском р-не Ярославской области, автор провел эпидемиологическое наблюдение, изучил клиническое течение геморрагического нефрозо-нефрита на основании 33 случаев заболевания и анализа 235 историй болезни.

Установлено, что по своим эпидемиологическим показателям это заболевание носит природно-очаговый характер с выраженной сезонностью, с наиболее высокой интенсивностью распространения в осенне-зимний период (ноябрь-февраль м-цы).

Патологоанатомическая и патогистологическая картина органов лиц, умерших от геморрагического нефрозо-нефрита в Ярославском очаге сходны с изменениями, описанными у умерших от данного заболевания в других очагах.

При заражении морских свинок комбинированным методом (внутрибрюшинно и подкожно) кровью людей, страдающих ГНН, взятой в остром периоде болезни, развивается заболевание, протекающее кратковременной лихорадкой, падением веса, характерными изменениями крови. Патоморфологическая картина внутренних органов заболевшего животного сходна с той, которая наблюдаются у лиц, умерших от геморрагического нефрозо-нефрита. При систематическом исследовании мазков, отпечатков и срезов хорионаллантоисной оболочки инфицированных куриных эмбрионов, риккетсии, внутриклеточные включения или какие-либо микроорганизмы обнаружить не удается.

Культивирование возбудителя геморрагического нефрозо-нефрита удается в развивающихся куриных эмбрионах 6—7 дневной инкубации, при заражении их в желточный мешок и хорионаллантоисную полость. Возбудитель пассируется в 11—12 пассажах и выявляется с помощью реакции связывания комплемента и в реакции нейтрализации с гомологичными иммунными сыворотками. Изучение выделенного возбудителя ГНН в перекрестных реакциях связывания комплемента с сыворотками переболевших клещевым энцефалитом,

Омской, болгарской, астраханской геморрагическими лихорадками (типа Крымской лихорадки), а также с риккетсиозными антигенами (рик. Бернета и рик. Сибирикус) и иммунными сыворотками ГНН, дало возможность предположить, что возбудитель геморрагического нефрозо-нефрита в очаге Ярославской области является самостоятельной разновидностью по антигенной структуре.

Автор разработал новый метод диагностики геморрагического нефрозо-нефрита. Реакция лизиса куриных эритроцитов с сыворотками больных и реконвалесцентов ГНН может быть использована как вспомогательный метод лабораторной диагностики геморрагического нефрозо-нефрита. Особую ценность этот метод имеет для ретроспективной диагностики ГНН, а также в эпидемиологических исследованиях для выявления новых и определения границ уже выявленных очагов геморрагического нефрозо-нефрита.

Установлено, что уже в ранние сроки от начала заболевания сыворотка крови больных ГНН в 88% случаев способна растворять эритроциты кур с большим постоянством и в высоких титрах, при отсутствии этого явления в контролях. Отмечено нарастание титра реакции гемолиза с сыворотками выздоравливающих и сохранение его в течение длительного времени. Установлена термолабильная природа гемолизирующего фактора сывороток крови больных и переболевших ГНН; лиофилизация не уничтожает растворяющей способности этих сывороток.

В аллантоисной жидкости куриных эмбрионов, инфицированных материалом от больных ГНН и экспериментально зараженных морских свинок, отмечалось повышение активности альдолазы до 40—65 единиц (при норме 3—7 единиц). Специфичность повышения активности альдолазы доказана в РСК и в опытах нейтрализации с гомологичными иммунными сыворотками.

Реакция альдолазы может быть использована как дополнительный вирусологический метод диагностики геморрагического нефрозо-нефрита при соответствующих контролях.

---

158. ЗАБОЗЛАЕВА Е. А.

оконч. Таджикский Госмединститут им. Абуали ибни Сино (г. Душанбе) в 1949 г., дисс. канд.

ПЕПТОЛИЗ СЫВОРОТОЧНОГО АЛЬБУМИНА В НОРМЕ И ПОСЛЕ ВОЗДЕЙСТВИЯ ИОНИЗИРУЮЩЕГО ИЗЛУЧЕНИЯ.

1 том, 220 стр., в лит. указ. 273 источн. Защ. в июне 1961 г. в Научно-исследовательском институте радиологии (г. Ленинград).

Целью работы было исследование перевариваемости пепсином сывороточного альбумина, подвергнутого воздействию ионизирующего излучения как вне, так и внутри организма. Для установления интенсивности процесса пептолиза нативного и гамма-облученного сывороточного альбумина использован весьма чувствительный метод кондуктометрического титрования Кольтгофа. Этот метод сопоставлялся с другими общепринятыми методиками определения степени протеолиза: с методом формольного титрования аминных групп по Зёренсену в модификации Родемакера и по количеству освобождающегося тирозина по Ансону. В пептолизатах определялось не только количество свободного тирозина, но и то количество тирозина, которое оставалось в процессе переваривания связанным с белком и крупными пептидами.

Опыты по определению перевариваемости необлученного сывороточного альбумина показали, что в процессе пептолиза постепенно нарастает количество титруемых групп с 69 мэкв/л в нулевой пробе до 128 мэкв/л через 5 часов пептолиза, свободного тирозина от 0 до 2,84% в 4-х часовой пробе, азота аминных групп с 97 грамм-атомов на моль белка в нулевой пробе до 141 грамм-атома на моль белка через 4 часа переваривания. Количество связанного тирозина при этом постепенно уменьшается с 4,7% в нулевой пробе до 1,9% через 4 часа пептолиза. Наиболее интенсивный прирост числа титруемых групп, свободного тирозина и аминного азота происходит в первые 1—1,5 часа пептолиза. Начиная со второго часа переваривания нарастание числа титруемых групп, количества свободного тирозина и аминного азота замедляется.

Процесс переваривания сывороточного альбумина пепсином с самого начала сопровождается образованием как низкомолекулярных веществ, так и крупных пептидов.

Сравнительное исследование пептолиза нативного и гамма-облученного сывороточного альбумина показало, что при одинаковых условиях (температура, pH среды, фермент-субстратное соотношение, длительность процесса) количество

титруемых групп (ТГ) быстрее нарастает в пептолизатах облученного альбумина. Пептолиз облученного сывороточного альбумина быстрее достигает максимально возможного предела. Прирост числа ТГ происходит только в течение первых 3-х часов, достигнув цифры в 163 мэкв/л, в дальнейшем через 5 часов количество ТГ остается таким же, как и в 3-х часовой пробе.

Внутреннее введение собакам радиоизотопа Fe_{59}, излучающего бета- и гамма-лучи и накапливающегося в печени, приводит к изменениям в структуре сывороточного альбумина in vitro, проявляющихся в его ускоренном расщеплении пепсином. Внешнее облучение кроликов гамма-лучами Co^{60} в дозе 300 рентген не приводит к ускоренному расщеплению пепсином сывороточного альбумина.

Проводились также исследования переваривания облученного сывороточного альбумина в стерильных условиях. Оказывается, что само фильтрование через фильтр Зейца небезразлично для структуры сывороточного альбумина. Переваривание пепсином сывороточного альбумина, пропущенного через фильтр Зейца по сравнению с контролем отчетливо ускорено. Количество ТГ, определяемое в пептолизатах профильтрованного сывороточного альбумина несколько превышает количество ТГ в контроле.

Обнаруженные изменения в перевариваемости облученного альбумина свидетельствуют о том, что ионизирующее излучение приводит к изменениям структуры альбумина.

Внешнее облучение кроликов гамма-лучами Co^{60} в дозе 300 рентген и внутреннее введение собакам радиоактивного изотопа Fe^{59} в количестве 315—1182 Мс приводит к изменению белковой картины крови: у собак увеличивается относительное содержание бета-глобулинов, у кроликов через 2 недели после облучения снижается относительное количество альбуминов, проявляется добавочный глобулиновый пик и снижается альбумино-глобулиновый коэффициент. Изменения в белковом составе крови у этих животных отмечаются даже спустя 3 месяца после облучения.

---

159. МАРГУЛИС, Ф.Б.

оконч. Таджикский госмединститут им. Абуали ибни Сино (г. Душанбе) в 1952 г. дисс. канд.

ВНУТРИКОСТНЫЙ МЕТАЛЛИЧЕСКИЙ ОСТЕОСИНТЕЗ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ ПЕРЕЛОМОВ БЕДРА С ПРИМЕНЕНИЕМ ПЕРВИЧНОГО ГЛУХОГО ШВА.

2 тома, 396 стр., (1 том 266 стр., II том 130 стр.), в лит. указат. 317 источн. (233 отеч., 84 иностр.). Защ. в июне 1961 г. в Самаркандском мединституте.

В решении проблемы лечения огнестрельных переломов важное место занимает изыскание и внедрение в хирургическую практику таких методов, применение которых позволили бы достичь восстановления анатомической целости и нормальной функции конечности, добиться гладкого течения процесса заживления этих переломов путем превращнеия их в закрытые. В связи с этим большой интерес представляет метод внутрикостной фиксации переломов металлическим стержнем.

Целью исследования было выяснение ряда вопросов, связанных с лечением огнестрельных переломов.

Опыты проводились на 58 собаках. Огнестрельный перелом и последующая первичная хирургическая обработка производилась под морфин-нембуталовым наркозом. Перелом диафиза бедренной кости наносился из малокалиберной винтовки в передне-заднем направлении. Повязки на раны не накладывались, что приводило к дополнительному инфицированию ран смешанной флорой. Перед хирургической обработкой делался посев раневого содержимого из входного и выходного отверстий на сахарный бульон с последующим пересевом на твердые среды. В дальнейшем такой же посев производился и из участка перелома до его обработки.

Исследования показали, что огнестрельные переломы диафиза бедренной кости в большинстве случаев ведут к смещению костных отломков, что гипсовая повязка не всегда способна удержать костные отломки после их репозиции в правильном положении, происходит сращение их в порочном положении, атрофия мышц. При иммобилизации гипсовой повязкой сращение перелома вследствие подвижности отломков проходит через стадию хряща, что удлиняет сроки консолидации.

Внутрикостный металлический остеосинтез при огнестрельных переломах диафиза бедренной кости в эксперименте на собаках обеспечивает хорошие анатомические и функциональные результаты с полным сращением перелома через 3 месяца после операции. Дальнейшее оставление стержня в костномозговом канале является нецелесообразным, т. к. оно тормозит перестройку мозоли из зрелой губчатой кости в компактную пластинчатую кость и способствует углублению дистрофических изменений в кортикальном слое диафиза.

При применении внутрикостной фиксации огнестрельных переломов бедра лучше пользоваться металлическими стержнями Дуброва средней толщины при введении которых достигается устойчивая фиксация и хорошая консолидация перелома при малой выраженности дистрофических явлений. Первичная хирургическая обработка, произведенная в первые 72 часа после перелома, в сочетании с местным введением антибиотиков дает возможность закончить операцию наложением глухого шва. При наличии в ранах полиморфной флоры хорошие результаты дает применение пенициллина в комбинации со стрептомицином.

Сращение кости при огнестрельных переломах, леченных внутрикостным металлическим остеосинтезом протекает без осложнений по типу заживления при закрытых переломах, если наложить первичный глухой шов и в последующем ввести местно пенициллин со стрептомицином. Тщательная хирургическая обработка и внутрикостный металлический остеосинтез огнестрельных переломов бедра без применения антибиотиков не предохраняет от развития тяжелых осложнений.

При вторичном заживлении ран мягких тканей антибиотики не всегда обеспечивают гладкое послеоперационное течение огнестрельного перелома. При этом возможно развитие нагноения мягких тканей и проникновение инфекции через открытую рану в костную ткань.

При длительном латентном течении инфекции в области перелома происходит извращение эпигенеза и торможение процесса регенерации костной ткани.

Связанные с периостом костные осколки принимают активное участие в консолидации перелома. Вокруг свободных костных осколков, лишенных периоста концов костных отломков, инородных тел, гематом развивается неспецифический воспалительный процесс, который тормозит регенерацию костной ткани.

Витамины А, С и Д не влияют на скорость регенерации костной ткани, но способствуют более гладкому заживлению огнестрельных переломов, нивелируя отрицательные свойства внутрикостно расположенного металлического стрежня.

Внутрикостный металлический остеосинтез, произведенный непосредственно после первичной хирургической обработки, в сочетании с местным введением антибиотиков и глухим швом раны может явиться ценным методом при лечении огнестрельных переломов диафиза бедренной кости.

---

160. АРСКИЙ, В. Г.

оконч. 1 Московский мединститут в 1953 г. дисс. канд.

РЕАКЦИЯ НАРАСТАНИЯ ТИТРА ФАГА КАК МЕТОД ВЫЯВЛЕНИЯ ИСТОЧНИКОВ И ИЗУЧЕНИЯ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ РОЛИ НЕКОТОРЫХ ФАКТОРОВ ПЕРЕДАЧИ ДИЗЕНТЕРИИ.

1 том, 183 стр., в лит. указ. 212 источн. Защ. в октябре 1961 г. в АМН СССР (г. Москва).

В работе ставились задачи: 1. Установить целесообразность использования реакции нарастания титра фага (РНФ) для выявления различных категорий бактериовыделителей; 2. Выяснить возможность применения РНФ для изучения эпидемиологической роли отдельных факторов передачи инфекций; 3. Сделать некоторые заключения о роли изучаемых факторов передачи инфекции в эпидемиологии дизентерии на наблюдаемом участке.

Учитывая недостаточное число работ по специфичности реакции нарастания титра фага, а также значительные отличия в видовой и типовой структуре возбудителей дизентерии в г. Душанбе по сравнению с районами средней полосы СССР, автор предпослал своему исследованию данные о специфичности этой реакции и возможности использования ее в условиях Таджикистана.

Исследования автора установили высокую специфичность реакции нарастания титра фага. Узкий диапазон литического действия индикаторного фага ограничивает возможность применения ее для диагностики острой дизентерии, особенно при циркуляции среди населения различных видов и типов дизентерийных бактерий. Благодаря своей более высокой чувствительности по сравнению с бактериологическим методом, РНФ наиболее пригодна для диагностики хронической дизентерии, поскольку в данном случае, количество выделяемых с калом бактерий невелико.

Сплошное обследование населения на участке с повышенной заболеваемостью дизентерией, лиц угрожаемых профессий, а также детских коллективов с помощью РНФ позволяет выявить значительное число источников инфекций, которые не обнаруживаются при обследовании обычным бактериологическим методом.

Реакция нарастания титра фага является наиболее чувствительным методом индикации дизентерийных бактерий на различных объектах внешней среды. При ее применении частота выявления дизентерийных бактерий на этих объектах в 27 раз выше, чем при обычном бактериологическом методе исследования РНФ позволяет определить в динамике зараженность различных объектов дизентерийными бактериями, что создает возможность применения ее для изучения эпидемиологической роли отдельных факторов передачи инфекции.

В условиях Центрального Таджикистана сезонный подъем заболеваемости дизентерией нельзя объяснить активизацией контактно-бытового пути передачи инфекции. Частота выявления дизентерийных бактерий с объектов внешней среды в период наиболее высокой заболеваемости дизентерией несколько ниже, чем зимой. Это связано, как с особенностями быта населения, так и с менее благоприятными условиями для выживания бактерий во внешней среде в жаркие летние месяцы.

Контактно-бытовой путь передачи инфекции имеет решающее значение при возникновении новых заболеваний в очагах дизентерии в зимние месяцы. Это определяет необходимость проведения сплошных обследований населения на участках с повышенной заболеваемостью дизентерией с помощью РНФ осенью, лечения всех выявленных бактериовыделителей, проведения текущей дезинфекции и санитарно-просветительной работы в очагах и повторного обследования переболевших и их окружения с последующим лечением весной. Наиболее высокая заболеваемость дизентерией не совпадает с периодом максимальной численности мух, но соответствует периоду их наиболее высокой зараженности дизентерийными бактериями. Передача инфекции мухами в значительной степени обусловливает сезонный подъем заболеваемости дизентерией в г. Душанбе.

Частота выявления дизентерийных бактерий на мухах находится в прямой связи от инфицированности заразным началом внешней среды. Эпидемиологическое значение мух определяется не только численностью популяции, но и степенью их зараженности возбудителями дизентерии. Противоэпиде-

мические мероприятия нужно направлять как на снижение численности мух, так и на предупреждение возможности их инфицирования. Для выявления источников и путей передачи дизентерии следует широко внедрить в практику противоэпидемической работы реакцию нарастания титра фага.

---

161. МУХИТДИНОВ, Б. Н.

оконч. Таджикский Госмединститут им. Абуали ибни Сино (г. Душанбе) в 1944 г., дисс. канд.

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ И МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ТОЛСТОЙ КИШКИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ КОЛИТОМ ПОД ВЛИЯНИЕМ ЛЕЧЕНИЯ НА КУРОРТЕ ХОДЖА-ОБИ-ГАРМ

(динамические рентгенологические исследования)

2 тома, 544 стр., в лит. указ. 310 источн. Защ. в ноябре 1961 г. в Ереванском мединституте

В настоящей работе ставилось целью изучить динамическим рентгенологическим методом функциональные и морфологические сдвиги в толстой кишке больных колитом на разных этапах лечения на курорте Ходжа-Оби-Гарм, выяснить степень и продолжительность нормализации патологического явления толстой кишки под влиянием лечения.

Исследования проводились у 511 больных: 344 человек страдали различными колитами и 167 человек не имели каких-либо патологических явлений в пищеварительном тракте (контрольная группа). Рентгенологические исследования проводились до лечения, в конце лечения и спустя 10—12 месяцев после лечения по разработанной автором методике, которая заключалась в следующем: накануне вечером и за 2 часа перед исследованием ставилась очистительная клизма. После обзорной рентгеноскопии через кружку Эсмарха под контролем экрана вводился 30% раствор сернокислого бария (1°37—38°) в количестве от 1,5 до 5 литров в зависимости от тонического состояния и размера кишки. После заполнения и опорожнения производилась рентгенография в положении на животе. Затем продолжалось исследование желудочно-кишечного тракта обычным способом. Дальнейшие серийные исследования проводились через 8—12—24—48—72 и больше часов, до полного опорожнения кишки. Преимущество этого способа заключается в сокращении времени исследования и в

получении за короткий срок (1 день) достаточных данных о морфо-функциональных изменениях желудочно-кишечного тракта.

Собранные автором рентгенологические и клинические данные о степени нормализации патологии толстой кишки при хроническом колите, свидетельствуют об эффективности лечения таких больных на курорте Ходжа-Оби-Гарм. Из 344 больных колитом 238 выписались со значительным улучшением, 85—с улучшением, остальные—без особых улучшений; ухудшений не наблюдалось. Клиническое улучшение длилось 6—8 месяцев, а по рентгенологическим данным—8—10 месяцев.

Функциональные и морфологические изменения в толстой кишке, трудно определяемые другими методами исследования успешно выявляются рентгенологическими исследованиями моторно-эвакуаторной функции и рельефа толстой кишки. Это исследование дает также широкую возможность следить за эффективностью лечения заболеваний толстой кишки. Оказывается, что рентгенологические данные по результатам лечения не всегда соответствуют клиническим. Так, по рентгенологическим данным процент улучшения в конце лечения ниже по сравнению с клиническими данными.

Данные рентгенологического исследования здоровых лиц через 8—12—24—48 часов характеризуют нормальную эвакуаторную функцию и могут служить примером определения патологии пассажа через указанные интервалы.

Контрольные рентгенологические исследования при кишечных ваннах позволяют рекомендовать производить кишечные ванны только после предварительной очистки кишки от фекальных масс и газов.

В санаторных условиях как сокращенный метод рентгенологического исследования рекомендуется вначале ирригоскопия с одновременным исследованием желудка и спустя 8 часов—толстой кишки. Таким способом можно за один день получить довольно полные данные о морфо-функциональных сдвигах желудочно-кишечного тракта.

Метод динамического рентгенологического наблюдения при кишечных ваннах рентгенаппаратом УРП-70—1 довольно прост, не требует специального затемненного кабинета и может быть использован для контроля за состоянием толстой кишки в процессе лечения кишечными ваннами.

---

162. ГАИБОВ, А. Г.
окончил Таджикский госмединститут им. Абуали ибни Сино (г. Душанбе) в 1951 г., дисс. канд.

МОРФОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ ИЗМЕНЕНИЙ ОКОЛОУШНЫХ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ У ЛЮДЕЙ РАЗЛИЧНОГО ВОЗРАСТА, УМЕРШИХ ПОСЛЕ ЗАТЯЖНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ.

2 тома (в первом томе 240 стр., во втором—329 стр.), в лит. указ. 181 источн. Защ. в феврале 1962 г. в Туркменском госмединституте (г. Ашхабад).

Имеющиеся в настоящее время классификации заболеваний слюнных желез не включают в себя всех видов поражений и недостаточно подчинены какому-либо определенному принципу. В клинических исследованиях редко приводятся бактериологические данные, а морфологические данные часто вовсе отсутствуют.

Имеются значительные противоречия в объяснении патогенеза различных форм заболеваний слюнных желез. В литературе нет работ, касающихся установления точной локализации воспалительного процесса в слюнной железе при помощи метода гистотопографии.

С целью решения всех этих вопросов было предпринято настоящее исследование.

Сначала автором проводились специальные исследования морфологии слюнных желез у 98 лиц различного возраста, скоропостижно скончавшихся от разных причин. При изучении возрастной морфологии слюнных желез выявлен ряд последовательно развившихся изменений, соответствующих общим закономерностям возрастной эволюции организма.

Так, для слюнных желез новорожденных характерно преобладание стромы над паренхимой и наличие крупных лимфатических образований. Железистые дольки и лимфатические образования у новорожденных не всегда сформированы до конца; в срезах железы обнаруживаются по 3 лимфатических образования. У взрослых людей (31—40 лет) секреторные клетки значительно увеличиваются как в размере, так и в количестве, затем после 31—40 лет постепенно уменьшаются. В пожилом возрасте (61—70 лет) наступает огрубление межуточной ткани железы с гомогенизацией пучков, уменьшаются в объеме сецернирующие дольки, паренхима

заменяется жировой клетчаткой, количество лимфатических образований уменьшается, иногда они совершенно исчезают.

Морфологически фаза активной секреции характеризуется увеличением объема концевых отделов, обилием клеток секреторными гранулами. Выводные протоки зачастую оказываются пустыми, местами содержащими белковую массу. В стадии секреторной паузы сецернирующие концевые отделы несколько уменьшены с компактным расположением клеток; причем секреторные гранулы не выявляются и выводные протоки становятся пустыми. При импрегнации серебром (по Футу) у новорожденных в околоушных слюнных железах определяется нежная сетка ретикулярной стромы состоящей из тонких переплетающихся волокон. В возрасте 21—30 лет в околоушных слюнных железах ретикулярная основа располагается более компактно и состоит из более толстых волокон. В возрасте свыше 71 года волокна имеют значительную толщину и образуют грубые неравномерно располагающиеся пучки.

По данным автора, патологические изменения околоушных и подчелюстных слюнных желез, обнаруженные у людей, умерших после затяжных тяжелых заболеваний, занимают значительное место. Наиболее частыми видами патологии слюнных желез являются: паротиты и субмаксилиты бактериальной природы; грибковые поражения (чаще бластомикоз); инклюзионная цитомегалия; лейкемическая инфильтрация желез; явления склероза, липоматоза и атрофии паренхимы слюнных желез.

Из всех видов патологии слюнных желез при сиалоаденитах больше всего нарушаются структура и функция желез. Причиной сиалоаденитов чаще всего являются стафилококки, которые попадают, главным образом, стоматогенно-каналикулярным путем. Реже встречаются контактный и гематогенный пути проникновения инфекции в слюнные железы. Воспалительный процесс имеет гнойный, диффузный характер и протекает остро.

Грибковое поражение околоушных слюнных желез происходит стоматогенным путем. Воспалительный инфильтрат при этом состоит из круглых клеток с незначительным участием лейкоцитов. Поражаются выводные протоки с вовлечением в процесс стромы.

При лейкозах, особенно лимфоидных, происходит резчайшая гиперплазия лимфатических образований с разрастанием клеток кровотворного ряда в строме железы.

Сгущение секрета и камнеобразование всегда связано с задержкой выделения секрета. При этом в строме желез развивается вяло текущее продуктивное воспаление, сопровож-

дающееся склерозом и атрофией паренхимы. Камни локализуются в различных протоках.

Вес слюнных желез у людей, умерших от затяжных тяжелых заболеваний, резко падает. В железах могут наблюдаться явления склероза и атрофии с липоматозом.

Относительная частота обнаружения в секционном материале патологических изменений слюнных желез, ставит перед клиницистами и патологоанатомами задачу обратить специальное внимание этим болезненным изменениям.

---

163. ЕВСЕВЬЕВ Е. П.

оконч. Томский медицинский институт в 1942 г.
Дисс. докторская.

НЕКОТОРЫЕ МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ И ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫЕ ДАННЫЕ О РОЛИ СОСУДИСТО-НЕРВНЫХ ФАКТОРОВ В ПАТОГЕНЕЗЕ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА.

2 тома, в 1 томе 353 стр., во II томе 250 стр., в лит. указат. 410 источн. Защ. в феврале 1962 г. в Минском госмединституте.

В работе ставилась задача выяснить роль различных факторов, в частности роль сосудисто-нервных факторов в патогенезе острого аппендицита.

Исследования автора проводились на биопсийном и экспериментальном материале. В биопсийном материале при остром аппендиците исследовались червеобразные отростки в начальной стадии, причем особое внимание направлялось на изучение состояния нервных элементов отростка. В опыте на разных животных (собаках и кроликах) эти же явления изучались в их взаимосвязи и взаимозависимости. Как на биопсийном, так и на экспериментальном материале прослеживалась динамика развития изменений нервных элементов червеобразного отростка человека от начала процесса до деструктивной стадии и она сопоставлялась с морфологическими изменениями других компонентов отростка.

Полученные данные показывают, что в 28% всех червеобразных отростков, удаленных по поводу острого аппендицита, не обнаруживается морфологических отклонений, которые могли бы характеризовать какую-либо форму острого аппендицита (по Л. Ашофу). Обнаруживаются морфологические изменения в виде местных расстройств кровообращения (гиперемия, стаз, тромбоз, кровоизлияния, краевое стояние

лейкоцитов, отек, эмиграция лейкоцитов), лимфооттока (стаз, тромбоз, лимфорргии) и дистрофических изменений, которые ярче и резче проявляются со стороны наиболее чувствительных к недостатку кислорода нервных элементов. Описанные явления характеризуют первую стадию острого аппендицита. Эти морфологические изменения чаще обнаруживаются в дистальной трети червеобразного отростка, напротив места прикрепления его брыжеечки. Их локализация именно здесь, очевидно, объясняется худшим кровоснабжением этих отделов отростка. Из описанных выше морфологических изменений только кровоизлияния (в меньшей степени гиперемия и отек) могут быть обнаружены невооруженным глазом. Такие геморрагии большинство авторов неправильно рассматривает как результат операционной травмы.

Изменения нервных элементов, в частности дистрофия интрамуральных ганглиев и нервных волокон, местные расстройства кровообращения и лимфооттека в плохо снабженных кровью участках отростка при его остром воспалении не возможно объяснить с точки зрения инфекционной теории Л. Ашофа, но легко объясняются расстройствами сосудисто-рефлекторного характера.

Бактериоскопия срезов червеобразного отростка при его остром воспалении показывает, что инфицирование происходит не первично, а вторично. Отсюда можно предположить, что в механизме развития острого аппендицита у человека основную роль играет рефлекторный ангиоспазм, а инфицирование развивается по типу аутоинфекции вторично.

Изменения в нервных элементах стенки червеобразного отростка заключаются в повышенной аргентофилии и в четкообразных утолщениях по ходу нервных волокон, которые имеют извитой, иногда спиралеобразный ход. Наплывы нейроплазмы имеют веретенообразную и даже шарообразную форму; нервное волокно местами расщепляется, наблюдается фрагментация, т. е. распад нервных волокон на отдельные обломки. Нервные клетки имеют своеобразный вид: они увеличены в объеме, их цитоплазма интенсивно окрашивается при серебрении в черный цвет; ядра часто располагаются эксцентрично; увеличивается число отростков. Последние шаровидно утолщены и причудливо изогнуты. В нервных ганглиях мало сохраняется нейронов первого типа по Догелю, а преобладают нейроны второго типа и нейробласты.

Таким образом, при остром простом аппендиците наблюдаются следующие стадии дистрофических изменений нервных элементов отростка (по П. В. Сиповскому, М. А. Петушинову): I стадия — обратимые изменения реактивного характера; II стадия—частично обратимые изменения парабиотическо-

го или паранекротического характера; III стадия — необратимые изменения некротического характера. Установлено, что дистрофические паранекротические и некротические изменения нервных элементов в стенке червеобразного отростка чаще наблюдаются в дистальном отделе отростка на стороне, противоположной месту прикрепления его брыжейки.

При экспериментальной перевязке кровеносных сосудов червеобразного отростка, а также части лимфатических сосудов или наложении на них зажимов у животных отмечаются такие расстройства, которые по своей морфологической картине напоминают острый аппендицит человека. Подобные изменения появляются при введении в корень брыжейки червеобразного отростка кролика раствора адреналина или питуитрина Р. Важно отметить, что эти изменения резче выражены в тех отделах отростка, которые в силу анатомических условий кровоснабжаются хуже.

Проведенные специально бактериологические исследования биопсийного и экспериментального материала показывают, что в первой стадии развития аппендицита микрофлора внепросвета отростка отсутствует; во второй стадии — происходит внедрение микробов в стенку отростка из его просвета (вторичное инфицирование).

На основании полученных морфологических и экспериментальных данных автор приходит к выводу, что в начальных стадиях острого аппендицита главная роль принадлежит нервно-сосудистым факторам, обусловливающим развитие этого процесса.

---

164. ХАСАНОВА, К. А.

оконч. Ташкентский мединститут в 1951 г.

Дисс. докторская.

ОСТЕОМИЕЛОСКЛЕРОЗ И МИЕЛОФИБРОЗ, КАК ОСОБЫЕ ВАРИАНТЫ МИЕЛОПРОЛИФЕРАТИВНОГО СИНДРОМА.

1 том, 496 стр., в лит. указат. 483 источн. (122 отеч., 361 иностр.)

Защ. в марте 1962 г. в ЦИУВ (г. Москва).

Автор провел тщательный анализ 70 случаев алейкемического и сублейкемического миелоза, патоморфологической основой которого в костном мозгу являлись остеомиелосклероз (16 больных) и миелофиброз (54 больных) и на основании этого анализа составил собственное представление об этих состояниях.

Подчеркивается, что остеомиелосклероз и миелофиброз встречаются как в молодом, так и в пожилом возрасте, что описываемый до сих пор под большим числом названий (псевдолейкемия, алейкемический лейкоз, миелофиброз, остеомиелопоэтическая дисплазия и др.) клинико-гематологический синдром, характеризующийся алейкемическими и сублейкемическими изменениями крови, является по существу своеобразным вариантом миелопролиферативного синдрома. Эта форма в гистологическом плане может быть охарактеризована как остеомиелосклероз и миелофиброз, причем склеротическим изменениям в костном мозгу предшествует клеточная пролиферация всех видов костномозговых клеток.

Нарушенный остеогенез выражается избыточным фибриллообразованием и прямой метаплазией с формированием остеоидной ткани без участия остеобластов, грубозернистым обызвествлением, полным отсутствием остеокластов, что ведет к усиленному, но не полноценному костеобразованию и обусловливает развитие отеомиелосклероз и миелофиброз.

Остеомиелосклерозы и миелофиброзы имеют аналогичную клиническую, гематологическую, отчасти патоморфологическую картину. По картине периферической крови и костного мозга автор различает следующие варианты остеомиелосклероза и миелофиброза: нейтрофильный лейко-эритробластический, мегакариоцитарный, эритремический, анемический и ретикулярный. По клиническим признакам автор выделяет следующие формы: селезеночная, селезеночно-печеночная, печеночная и псевдогипопластическая и добавочные варианты-лихорадочный, оссалгический, геморрагический и тромбофлебитический.

Описываемые формы миелопролиферативного синдрома отличаются длительным и доброкачественным течением. В терминальной стадии в отдельных случаях наблюдается «лейкемизация» процесса, т. е. переход остеомиелосклероза и миелофиброза в хронический миелолейкоз или в острый миелобластный лейкоз, что свидетельствует о родстве обоих заболеваний, которых можно рассмотреть как «предлейкемические» состояния.

Неправильно и ошибочно произведенная спленэктомия нередко приводит к осложнениям в виде «лейкемизации» процесса и быстрой гибели больных. Наблюдаемая часто посте спленэктомическая геморрагическая тромбоцитемия по своему генезу является системным, миелопролиферативным, а не аспленическим.

Диагностика остеомиелосклероза и миелофиброза в связи с включением в комплекс исследований пункционного, осо-

бенно трепанобиопсического методов, а также рентгенологического исследования костей стала возможной почти во всех случаях. Дифференциальная диагностика должна проводиться между хроническим миелолейкозом, гипопластическими состояниями, гепато-лиенальным синдромом Банти, спленотромбозом.

При остеомиелосклерозе и миелофиброзе отмечаются рентгенологические изменения, которые выражаются эндостальным и очень редко периостальным костеобразованием. Изменения костной структуры выявляются главным образом в терминальной стадии болезни, но их отсутствие не исключает наличие склеротического процесса в костном мозгу.

Эффективным средством терапии остемиелосклероза и миелофиброза являются кортикостероидные гормоны. При клинико-гематологических рецидивах, не поддающихся кортикостероидной терапии, удовлетворительный эффект наступает от миелосана, лечение которым проводится циклическим методом и малыми дозами. Положительное действие цитостатических средств (рентгенотерапия, лечение радиоактивным фосфором, мышьяком, миелосаном) указывает на миелопролиферативную природу клинико-гематологических симптомов как остеомиелосклероза, так и миелофиброза.

---

165. ЯКУБОВА М. М.

Окончила Таджикский Госмединститут им. Абуали ибни Сино (г. Душанбе) в 1956 г. Дисс. канд.

К ОЦЕНКЕ ЗНАЧЕНИЯ НЕКОТОРЫХ ТЕСТОВ В ДИАГНОСТИКЕ ХОЛЕЦИСТИТОВ У ДЕТЕЙ

1 том, 273 стр., в лит. указат. 219 источн. Защ. в апреле 1962 г. в Ташкентском мединституте.

Исследование посвящено разработке некоторых вопросов диагностики холециститов у детей и выяснению частоты, особенностей течения холециститов в г. Душанбе Таджикской ССР.

Под наблюдением автора находились 163 ребенка, страдавших холециститом и 255 детей контрольной группы. Среди 163 больных детей, у 55 была острая и у 108—хроническая форма холецистита.

В связи с трудностью диагностики холециститов у детей, особенно в условиях поликлиники, часто имели место расхождения между диагнозом при поступлении и клиническим диагнозом. Правильный диагноз был установлен у 105 из 163

больных детей, остальные дети поступали в клинику с различными ошибочными диагнозами.

При постановке диагноза автор большое значение придавал жалобам ребенка. Наиболее частыми были жалобы, характеризующие расстройства деятельности органов пищеварения. Постоянным признаком воспалительного заболевания желчного пузыря и желчных путей у детей является боль, локализующаяся преимущественно в правой половине живота. При остром холецистите боли резкие и носят характер приступов, при хроническом холецистите отмечаются тупые боли. Дети, больные холециститом, у которых в порциях желчи были обнаружены лямблии, чаще жаловались на разлитую боль по всему животу, боли носили упорный характер.

Исследования автора показывают, что в условиях г. Душанбе преобладают острые формы холецистита, что противоречит литературным данным, касающимся северных районов Советского Союза. По наблюдениям автора ламблионосительство в желчных путях и желчном пузыре в условиях жаркого климата представляет в детском возрасте частое явление и составляет 24% из числа обследованных.

У детей, больных холециститом, увеличенное число лейкоцитов в порциях желчи определяется в 50%, а у практически здоровых — в 12% случаев. При увеличении числа лейкоцитов в порциях желчи свыше 10 в поле зрения установление диагноза холецистита возможно только при наличии клинической картины заболевания и использовании дополнительных методов исследования. Отсутствие лейкоцитоза в порциях желчи «В» и «С» при наличии клинических симптомов холецистита не позволяет отвергнуть диагноз.

Автор, характеризуя диагностическое значение цветной реакции желчи Финько, указывает, что эта реакция имеет диагностическое значение в отношении выявления холецистита у детей только с порцией желчи «В», но мало достоверна с порциями «А» и «С».

При диагностике холецистита у детей, автор особое значение придает методу холецистографии, и считает, что пероральное введение билитраста является наиболее целесообразным в детском возрасте.

Исследования показали, что у здоровых детей желчный пузырь располагается на уровне II—IV поясничных позвонков, форма его овальная или грушевидная, тень хорошей видимости, сокращение желчного пузыря до $^1/_4$—$^1/_5$ первоначальной величины происходит в течение первого часа исследования.

У детей, страдающих холециститом, по форме пузыря не

представляется возможным судить о наличии патологического процесса.

Хотя результаты дуоденального зондирования, цветной реакции желчи Финько, холецистографии не могут иметь самостоятельного значения в диагностике холецистита у детей, все же при ведущем значении клинической картины заболевания эти исследования при их комплексном выполнении представляют важность для диагностики, следовательно, должны шире применяться в практике.

---

166. АБДУРАХМАНОВ, М. К.

оконч. Куйбышевский мединститут в 1957 г. Дисс. кандид.

ВИТАМИН А В ПИТАНИИ СЕЛЬСКОГО НАСЕЛЕНИЯ ЮЖНОГО ТАДЖИКИСТАНА.

1 том, 149 стр., в лит. указ. 212 источн. (138 отеч., 74 иностр.).

Защ. в мае 1962 г. в Ташкентском госмединституте.

Исследование автора посвящено выявлению особенностей питания колхозников в группе экономически развитых колхозов Южного Таджикистана, причем основное внимание обращено на установление степени удовлетворения потребности в витамине А. С этой целью проводились изучение фактического питания избранной группы населения, исследование содержания витамина А и его предшественника — каротина в местных продуктах и определение размеров потерь каротина в процессе обработки продуктов, изучение степени насыщенности организма витамином А.

Изучение фактического питания проводилось в 300 семьях колхозников Вахшской долины с использованием опросно-весового метода. При исследовании содержания витамина А и каротина в местных продуктах и степени сохранности каротина при приготовлении национальных блюд использовались стандартные методики Института витаминологии Минздрава СССР. У 34 человек исследовался порог световой чувствительности глаз по методике Н. П. Рипака. Для оценки результатов определения содержания витамина А и каротина в крови, а также адаптометрических исследований была создана и обследована контрольная группа из здоровых, нормально питающихся горожан.

Изучение фактического питания колхозников из экономически развитых колхозов Южного Таджикистана позволило выявить ряд существенных особенностей питания: недостаточное поступление с пищей белков и жиров животного происхождения, рибофлавина, аскорбиновой кислоты (зимой, весной и в меньшей степени летом) и кальция, при избыточном поступлении углеводов.

Питание обследованной группы населения по калорийности несколько превышает принятую в Советском Союзе норму. Однако рекомендуемые физиологическими нормами соотношения пищевых веществ в рационе выдерживаются не полностью.

Показатели поступления с пищей витамина А соответствуют принятой в Советском Союзе норме. Однако уточнение фактического потребления витамина А и каротина в местных продуктах при кулинарной обработке показывает существенный дефицит в питании обследованного населения этих веществ.

Важнейшим источником витамина А в питании обследованной группы является каротин растительных продуктов (гл. образом, моркови и тыквы). Содержание каротина в местной тыкве (палав-каду) превышает сводные данные по СССР в несколько раз.

Определение содержания витамина А и каротина в плазме крови и исследования адаптационной способности глаз выявляют существенное отставание вычисленных средних показателей у обследованной группы населения по сравнению с контрольной группой. Относительная нормализация показателей после применения белково-жировой и А—витаминной нагрузки свидетельствует о том, что пониженное содержание витамина А в плазме крови и нарушения адаптационной способности глаз у обследованных являются следствием недостаточности поступления витамина А с пищей. Установлено наличие прямой связи между показателями содержания витамина А в плазме и световой чувствительностью глаз (коэффициент корреляции $+0{,}65 \pm 0{,}11$).

Главной причиной погрешностей в питании колхозников, обуславливающей недостаточную обеспеченность витамином А, является весьма слабое представление населения о нормах и правилах питания и питательной ценности продуктов. Это ставит задачу осуществлять ряд мероприятий, касающихся широкой пропаганды рационального питания, особенно в части увеличения разведения и потребления овощей, развития рыбоводства, организации производства молочнокислых продуктов и витаминизации отдельных продуктов.

---

167. ДЕНИСОВ А. Б.

оконч. Таджикский госмединститут в 1951 г., дисс. канд.

КЛИНИКО-ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ КОЛИТАМИ

1 том, 204 стр., в лит. указат. 421 источн. Защ. в июне 1962 г. в Ташкентском мединституте.

Работа посвящена изучению вопроса о значении патологического процесса в кишечнике в развитии некоторых функциональных нарушений сердечно-сосудистой системы.

Исследования проводились на 106 больных хроническими формами колита и 31 здоровом человеке. У испытуемых (как больных колитом, так и здоровых) искусственно вызывался метеоризм и на этом фоне изучались изменения основных показателей сердечно-сосудистой системы (артериальное и венозное давление, скорость кровотока, плетизмограмма, электрокардиограмма и баллистокардиограмма).

Данные показывают, что среди больных хроническим колитом выявляется 68,8% лиц, имеющих, кроме жалоб кишечного характера, также жалобы на сердцебиения и боли в области сердца различной интенсивности. Боли в области сердца часто сочетаются со вздутием и болезненными ощущениями в правой подвздошной области. В анамнезе у таких больных нередко имеются указания перенесенные в прошлом инфекционные заболевания. У больных с наличием болей в области сердца раздувание кишечника воздухом в ряде случаев приводит к появлению колющих болей в области верхушки сердца.

Под влиянием раздражения рецепторов толстого кишечника у больных с болями в области сердца происходит значительное ослабление артериального и венозного тонуса, что проявляется снижением диастолического давления, венозного давления, замедлением скорости кровотока и депрессорной реакцией при плетизмографическом исследовании.

Создание искусственного метеоризма у больных хроническим колитом приводит к уменьшению коронарного кровообращения, что подтверждается (по данным ЭКГ) уменьшением вольтажа зубцов R и T, увеличением систолического показателя, нередко поворотом электрической оси сердца вправо и изредка смещением интервала RS-T выше изолинии.

По данным баллистокардиографии после раздувания кишечника у больных с болями в области сердца происходит выраженное снижение сократительной способности миокарда.

Степень изменений сердечно-сосудистой системы, происходящих под влиянием раздражения интерорецепторов толстого кишечника, не обнаруживает какой-либо зависимости от возраста обследованных, характера, тяжести и длительности заболевания.

Наблюдаемые обычно у больных хроническим колитом низкие цифры артериального и венозного давления, замедленная скорость кровотока, сниженный вольтаж зубцов P, R и T электрокардиограммы представляют аналогию с теми результатами, которые получены при искусственном раздражении интероцепторов кишечника у этих больных. Это означает, что в естественных условиях состояние этих показателей также является следствием постоянного раздражения интероцепторов кишечника газами.

Сочетание кардиальных болей, максимальных сдвигов отдельных показателей сердечно-сосудистой системы являются рефлекторными и что источником патологических интероцептивных импульсов, идущих к сердцу, является илеоцекальная рефлексогенная зона. Обезболивание илеоцекальной области у больных с рефлекторными кардиальными болями часто приводит к прекращению болей в сердце, небольшому увеличению пульсового давления и электрокардиографическим сдвигам, выражающимся в увеличении вольтажа зубцов R и T, урежении сердечного ритма, уменьшении систолического показателя, а в случаях со смещением интервала RS-T в его нормализации.

При возникновении у больных хроническим колитом рефлекторных болей в области сердца и болезненных ощущений в правой подвздошной области сердечные боли могут быть устранены введением новокаина в ретроцекальную клетчатку.

---

168. МУХАМЕДЖАНОВ, И. А.

окончил Таджикский госмединститут им. Абуали ибни Сино в 1956 г., Дасс. канд.

ОБЩИЕ НАРУШЕНИЯ КАПИЛЛЯРНОЙ ПРОНИЦАЕМОСТИ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ АСЕПТИЧЕСКОМ ВОСПАЛЕНИИ.

Защ. в июне 1962 г. в Пермском мединституте.

Работа посвящена изучению механизма возникновения нарушений капиллярной проницаемости при воспалении.

Для изучения состояния общей сосудистой проницаемости автор применял меченые белки и синий Эванса (Т-1824). В исследованиях был использован 5% раствор альбумина сыворотки крови человека, йодированного по видоизмененной методике Бенкс, Френсис, Муллигена и Вормеля.

Опыты проводились в 4-х сериях, в которых изучалось распределение внутривенно введенного белка в организме кроликов через 2 часа после его введения:

В 8-и группах первой серии экспериментов изучалось распределение внутривенно введенного 5% раствора йодированного альбумина в организме здоровых кроликов (контрольная группа) и у кроликов со скипидарным воспалением спустя 3, 6, 12, 24, 48, 72 и 96 часов.

Эти опыты показали, что внутривенно введенный йодированный альбумин равномерно распределяется в организме здоровых кроликов. Отмечается лишь более высокое содержание меченого белка в ткани печени.

Было установлено, что повышение проницаемости кровеносных капилляров в очаге воспаления кроликов и крыс отмечается в начальном периоде развития воспалительного процесса, вследствие чего внутривенно введенные меченые белки (альбумин — J^{131} и кроличья сыворотка — S^{35}) более усиленно проникают в воспаленную ткань, чем в симметричные участки здоровой ткани. Начиная со вторых суток, отмечается отграничение очага воспаления и поэтому циркулирующие в крови меченые белки в меньших количествах проникают в воспалительные ткани по сравнению с симметричными здоровыми тканями.

В формировании барьерных и фиксирующих свойств очага воспаления фибрин существенной роли не играет, т. к. степень отечности и проницаемости воспаленной ткани у кроликов и крыс на фоне введений гепарина и неодикумарина были такими же, как и у животных, не получавших гепарина и неодикумарина.

У кроликов при ограниченном скипидарном воспалении развиваются нарушения капиллярной проницаемости вне очага воспаления. В это время внутривенно введенные меченые белки в больших концентрациях обнаруживаются в отдаленных от очага воспаления тканях и органах, чем в соответствующих тканях здоровых кроликов. Исключением является ткань головного мозга, где содержание меченого белка во все периоды развития воспаления не изменяется.

Изучением скорости удаления Т-1824 из сосудистого русла при экспериментальном воспалении, установлено, что общие нарушения сосудистой проницаемости у собак наблюдается в течение всего острого периода воспаления. Повышение общей сосудистой проницаемости вне очага воспаления нельзя объяснить изменениями кровообращения, так как капиллярное кровообращение в мышцах бедер и в коже груди не меняется при развитии воспаления в подкожной клетчатке бока.

Предварительные введения кортизона, подавляя развитие клинических проявлений воспалительной реакции на введение скипидара, не оказывают влияния на развитие общих нарушений капиллярной проницаемости. Это видно из того, что внутривенно введенный альбумин — J^{131} в организме кролика со скипидарным воспалением на фоне предварительных введений кортизона распределяется так же как и у кроликов со скипидарным воспалением, не получавших кортизона.

Введения димедрола существенно не влияют на развитие клинических проявлений воспалительной реакции, но они ослабляют развитие как местных, так и общих нарушений капиллярной проницаемости при воспалении.

Таким образом, по мнению автора, ослабление интоксикации, наблюдаемое при применении антигистаминных препаратов при ожоговом воспалении следует объяснить понижением проницаемости кровеносных капилляров, вследствие чего продукты распада, образующиеся в воспаленной ткани, в меньшей степени проникают в общую сосудистую систему.

---

169. ДЖУМАНБАЕВА, А. А.

оконч. Таджикский госмединститут им. Абуали ибни Сино (г. Душанбе) в 1956 г., дисс. канд.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-КЛИНИЧЕСКОЕ ИЗУЧЕНИЕ ДЕЙСТВИЯ АНТИБИОТИКОВ ПРИ ТРАХОМЕ

1 том, 170 стр., в лит. указат. 228 источн. (134 отеч., 94 иностр.). Защ. в октябре 1962 г. в АМН СССР (г. Москва).

Изучался вопрос об активности различных антибиотиков и их лекарственных форм в отношении вируса трахомы, а также вопрос разработки простой и доступной схемы лечения больных трахомой.

В культуре ткани первично трипсинизированных клеток фибробластов куриных эмбрионов выяснялась активность тетрациклина, дибиомицина, дитетрациклина и мутомицина в отношении вируса трахомы штамма «Мирза». При введении антибиотиков через 24 часа после заражения ткани вирусом установлено, что наиболее эффективными являются дибиомицин и дитетрациклин, менее эффективным — тетрациклин и неэффективным — мутомицин.

При изучении на куриных эмбрионах активности антибиотиков в отношении вируса штамм «Мирза» выяснилось, что одинаковым действием обладают хлортетрациклин, тетрациклин, дибиомицин, дитетрациклин и сигмамицин. Менее активным является эритромицин и не эффективным пенициллин.

Испытание действия дитетрациклина, дибиомицина и тетрациклина при инфекции белых мышей, вызванной вирусом трахомы показывает зависимость выживаемости животных от сроков введения антибиотиков, эффективность которых оказывается одинаковой как при введении за 24 часа до заражения, одновременно с заражением, так и спустя 24 часа после заражения. В более поздние сроки (через 38 и 72 часа) после заражения эффективными препаратами являются дибиомицин и дитетрациклин.

Проведено клиническое испытание 1% дибиомициновой мази у больных трахомой по разработанной автором схеме: закладывание мази в конъюнктивальный мешок раз в 48 часов. По этой схеме испытание проведено на 171 больном; 210 больных получили 1% дибиомициновую мазь каждые 24 часа и 78 больных—4—5 раз в сутки. Из последней группы больных за 2 месяца было вылечено 39,7% больных, за 4—5 месяцев —61,5%, а за 7 месяцев — 73% больных. эффект не был достигнут в 3%.

При лечении дибиомициновой мазью раз в 24 часа из 210 больных было вылечено за 2 месяца — 119 больных, за 4—5 месяцев — 114, а за 7 месяцев — 198 больных; у 4 больных эффекта не было. После лечения через каждые 48 часов из 171 больного лечебный эффект достигнут за 2 месяца у 87 больных, за 4—5 месяцев — у 127 и за 7 месяцев — у 159 больных; излечение не достигнуто у 4 больных.

Испытание лечебного действия 1% дибиомициновой мази по схеме автора (один раз в 48 часов) проводилось в сельской местности Таджикистана у 459 больных трахомой, подавляющее большинство которых (438) страдало третьей стадией трахомы.

Сравнение результатов лечения 1% дибиомициновой мазью каждые 24 и 48 часов показывает, что предложенная автором методика лечения более проста, доступна и рациональна, особенно для применения в условиях сельской местности.

---

170. ПУЛАТОВ, М. А.

оконч. Таджикский госмединститут им. Абуали ибни Сино (г. Душанбе) в 1952 г. Дисс. канд.

СОВРЕМЕННЫЕ МОДИФИКАЦИИ УШИВАНИЯ КУЛЬТИ БРОНХА ПРИ РЕЗЕКЦИИ ЛЕГКИХ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ.

1 том, 168 стр., в лит. указат. 300 источн. Защ. в октябре 1962 г. в Таджикском госмединституте им. Абуали ибни Сино (г. Душанбе).

Работа посвящена изучению зависимости возникновения бронхиальных свищей от способов закрытия культи бронха при различных видах резекции легких у больных туберкулезом.

Для выполнения поставленной задачи автор проанализировал истории болезни 302 больных, подвергавшихся различным видам операции на легких по поводу туберкулеза. Эти больные подвергались различным методам закрытия культи бронха (метод Суита, механический шов аппаратом УКБ—25, способ Метра в модификации Л. К. Богуша и циркулярная лигатура с погружным швом при сегментарных резекциях). При этом наибольшее число случаев бронхиальных свищей было получено при применении аппарата УКБ-25, что, по-видимому, объясняется недостаточной герметичностью шва при работе этим аппаратом. В сравнительно меньшем, но довольно значительном числе случаев развивались бронхиальные

свищи у больных, оперированных методом Суита. Хотя этот метод простотой выполнения соблазняет хирурга, его не следует широко рекомендовать, т. к. вызывает целый ряд нежелательных последствий (травма, распространение инфекции и др.). Разработанный Метром и Богушом метод закрытия культи бронха привлек особое внимание специалистов своей большой эффективностью.

Под наблюдением автора находилось 114 больных, которым производились операции пульмонэктомии, лобэктомии и сегментэктомии различными методами.

На основании своих экспериментальных и морфологических исследований и клинических наблюдений автор дает характеристику каждому из примененных методов и в частности обосновывает широкое применение способа Метра-Богуша и костной клеммы для закрытия культи бронха при резекциях легких у больных туберкулезом.

Исследования привели автора к выводу, что наиболее эффективными и перспективными способами хирургического лечения больных легочным туберкулезом при ограниченных казеозных и казеозных формах туберкулеза являются резекции легкого в комплексе с длительным антибактериальным лечением; лучшими способами закрытия культи бронха при резекциях по поводу туберкулеза являются перибронхиальные швы и костная клемма.

При пульмонэктомии по поводу туберкулеза наиболее эффективными способами закрытия культи бронха являются перибронхиальные швы по Метру-Богушу, костная клемма и танталовые скобки, накладываемые на бронх аппаратом УКЛ-60. Эти же способы дают лучшие результаты при лобэктомии, но с дополнительным прошиванием бронха вместе с сосудами ножки доли аппаратом УКЛ-60.

При сегментарной резекции наилучшие результаты получаются при наложении круговой лигатуры на бронх с погружением культи и при наложении на культю костной клеммы.

При сегментарных резекциях без обработки бронха и сосудов лучшие результаты получены при наложении шва танталовыми скрепками аппаратом УКЛ-60.

Заживление культи бронха у экспериментальных животных при различных способах ушивания имеет свои особенности. Так, при ушивании по методу Суита процесс заживления сопровождается выраженной воспалительной реакцией и некрозом хрящевых колец; при перибронхиальном шве по методу Метра-Богуша воспалительная реакция отсутствует, а репаративные процессы протекают быстро; при закрытии культи бронха танталовыми скрепками аппаратом УКЛ-60 имеют

место грубые дистрофические изменения в стенке бронха, особенно в его хрящах, с последующим замещением грубой фиброзной тканью; при закрытии культи бронха костной клеммой воспалительные и дистрофические изменения отсутствуют, культя бронха надежно закрывается рубцом.

Автор считает, что основным моментом в предупреждении возникновения бронхиальных свещей после резекции легкого у больных туберкулезом является щадящая, физиологически оправданная техника ушивания культи бронха, к которой относятся перибронхиальный шов, костная клемма и танталовый шов аппаратом УКЛ-60.

---

171. УМЕДЖАНОВ, Н. Х.

оконч. Таджикский госмединститут им. Абуали ибни Сино (г. Душанбе) в 1950 г. дисс. канд.

МАТЕРИАЛЫ К ХИРУРГИЧЕСКОЙ АНАТОМИИ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА

1 том. 230 стр., илит. указат. 280 источн. (210 отеч., 70 иностр.).

Защ. в октябре 1962 г. в Первом Московском мединституте

Настоящее исследование посвящено изучению структуры и топографии костей, участвующих в образовании тазобедренного сустава; топографии капсулы сустава и ее слабых мест; фасциально-клетчаточных пространств области сустава и их отношений с суставной капсулой и ее слабыми местами; топографии околосуставных слизистых сумок. Исследования топографии тазобедренного сустава производились комплексной анатомо-экспериментальной методикой на 130 конечностях.

В работе установлено, что форма и величина костей, участвующих в образовании тазобедренного сустава индивидуально изменчивы: 1) абсолютные размеры диаметров вертлужной впадины и головки бедренной кости у мужчин больше, чем у женщин и они прямопропорциональны длине тела; 2) шейка бедренной кости у мужчин длинная и толстая, у женщин короткая и тонкая; она длиннее сзади, короче спереди и ее верхне-нижней диаметр всегда преобладает над передне-задним; 3) шеечно-диафизарный угол значительно варьирует; у мужчин этот угол больше, чем у женщин, у молодых он более тупой, чем у пожилых.

Фиброзный и синовиальный слои капсулы тазобедренного сустава сращены, причем фиброзный слой развит не везде одинаково. Характер и место фиксации капсулы тазобедрен-

ного сустава к краям вертлужной впадины отличается большим постоянством. Имеется два варианта прикрепления капсулы на задней поверхности шейки бедренной кости: 1) фиброзная оболочка прикрепляется к шейке бедра рыхло; 2) она не прикрепляется к задней поверхности шейки бедра, а заканчивается в круговой зоне.

При втором варианте синовиальная оболочка, выпячиваясь из-под края фиброзного слоя, образует дивертикул, который автор называет надмаловертельным.

Полость тазобедренного сустава делится на шеечный и ацетабулярный отделы, которые сообщаются между собой. Емкость сустава колеблется от 15 до 25 см³. Складками синовиальной оболочки полость сустава разделяется на несколько карманов и щелей, где может задерживаться инъекционная масса. Топографию этих карманов следует иметь в виду при первичной хирургической обработке проникающих повреждений тазобедренного сустава и при вскрытии и дренировании гнойных кокситов.

По данным автора, связки капсулы тазобедренного сустава (подвздошно-бедренная, лобково-бедренная, седалищно-бедренная и круговая зона) составляют утолщенные участки фиброзного слоя. Участки капсулы, не укрепленные связками, являются ее «слабыми» местами и таких «слабых» мест в капсуле тазобедренного сустава два: а) участок полуовальной формы на передне-медиальной поверхности капсулы, под подвздошно-гребешковой слизистой сумкой; б) нижне-задний «слабый» участок капсулы, находящийся у места прикрепления фиброзной оболочки к шейке бедра или у места образования дивертикула синовиальной оболочки.

Вокруг капсулы сустава имеется 6 слизистых сумок: подвздошно-гребешковая сумка, сумки большой, средней и малой ягодичных мышц, внутренней запирательной мышцы и сумка грушевидной мышцы (непостоянно). Практический интерес представляет подвздошно-гребешковая слизистая сумка, имеющая эллипсоидную форму, верхняя граница которой лежит на уровне подвздошно-гребешкового возвышения, а нижняя не доходит на 5—1,0 мм до малого вертела. Фасциально-клетчаточные пространства этой области являются местом локализации параартикулярных затеков при инъекциях в тазобедренный сустав. Непосредственно к «слабым» местам капсулы тазобедренного сустава принадлежат фасциальные футляры подвздошно-поясничной и наружной запирательной мышц.

Фасциальный футляр подвздошно-поясничной мышцы служит центральным местом локализации инъекционной массы, откуда возможны вторичные затеки: в подвздошную ямку, в

забрюшинную область, переднюю поверхность бедра, ягодичную область, и в ложе приводящих мышц бедра.

Фасциальный футляр наружной запирательной мышцы реже является проводником инъекционной массы, но и отсюда возможны вторичные затеки в ягодичную область, в полость таза и в ложе приводящих мышц бедра.

---

172. ЮНУСОВА, Е. Т.

оконч. Таджикский госмединститут им. Абуали ибни Сино (г. Душанбе) в 1957 г. Дисс. канд.

О ДИАГНОСТИЧЕСКОМ ЗНАЧЕНИИ ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ АНТИСТРЕПТОГИАЛУРОНИДАЗЫ, АНТИСТРЕПТОЛИЗИНА — О И АНТИСТРЕПТОКИНАЗЫ ПРИ НЕЙРОРЕВМАТИЗМЕ.

1 том, 214 стр., в лит. указат. 353 источн. Защ. в октябре 1962 г. в 1 Московском мединституте.

Задачей исследования является изучение дифференциально-диагностической ценности определения в сыворотке крови больных с различными формами нейроревматизма содержания антистрептогиалуронидазы (АСГ), антистрептолизина —О (АСЛ — О) и антистрептокиназы (АСК). Для выявления нервно-соматической параллели величину и динамику указанных антител автор изучал в зависимости от клинических особенностей заболевания и вида терапии и дал оценку комплексу клинико-лабораторных критериев.

Для характеристики содержания АСГ, АСЛ-О и АСК в крови автор пользовался результатами исследования 368 сывороток, полученных в разные периоды и фазы заболевания 77 больных нейроревматизмом. Сыворотки (188) неврологических больных (63) и 20 сывороток от 20 практически здоровых лиц служили в качестве контроля.

Данные автора показывают, что независимо от выраженности признаков нейроревматизма, в активной фазе обнаруживаются в различных титрах антистрептогиалуронидаза, антистрептолизин-О и антистрептокиназа. Повышение титра этих антител в период, свободный от приступов нейроревматизма, а также в контрольной группе неврологических больных наблюдается редко. Нейроревматизм не всегда сопровождается одновременным повышением титров всех трех антител. Наиболее чувствительными иммунологическими показателями

малой хореи являются АСГ и АСЛ-О, энцефалитической формы — АСГ, сосудистой формы — АСК.

На величину титров антистрептогиалуронидазы, антистрептолизина — О и антистрептокиназы острая или хроническая инфекция носоглотки влияния не оказывает. Отмечается некоторый параллелизм между титрами антител и течением нейроревматизма. Более высокие титры отмечаются при остром течении малой хореи и при затяжном течении сосудистой и энцефалитической форм.

Малая хорея сопровождается более высокими титрами антител с первой атакой, а энцефалитическая и сосудистая формы — с повторными атаками. При всех формах нейроревматизма высокие титры антистрептолизина — О и антистрептокиназы отмечены у больных с первичным поражением нервной системы ревматизмом, а антистрептогиалуронидазы — с нейрорецидивами.

Выраженной взаимозависимости титров антител и неспецифических показателей (РОЭ, лейкоцитоз, температура тела) не обнаруживается. Иногда титры антител могут оказаться единственными признаками наличия нейроревматизма.

При проведении противоревматической терапии отмечаются изменения в иммунологической характеристике нейроревматизма, указывающие на снижение остроты ревматического процесса и связанной с этим ответной реакции организма. Эти изменения отмечаются как при лечение салицилатами или пиразолидином, так и при комбинированном лечении в сочетании с гормонами. Эффективность лечения зависит от характера течения нейроревматизма и клинической тяжести. При клинико-иммунологическом анализе нейроревматизма выявляются различные типы реакций, соответственно течению болезни, и независимо от метода лечения.

Комплексное изучение иммунологических показателей в сыворотке крови больных нейроревматизмом подтверждает и уточняет ревматическую природу неврологического заболевания и делает возможным оценку состояния защитных сил организма.

Определение титров антистрептогиалуронидазы, антистрептолизина-О, антистрептокиназы в сыворотке крови больных с различными формами нейроревматизма заслуживает серьезного внимания, т. к. расширяет диагностические возможности, а отсюда следует, что оно должно быть использовано в клинической практике.

---

173. ЖАВОРОНКОВ, А. А.

оконч. Таджикский госмединститут им. Абуали ибни Сино (г. Душанбе) в 1954 г. дисс. канд.

К ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКОЙ ХАРАКТЕРИСТИКЕ ИНТОКСИКАЦИИ ЯДОМ ГЮРЗЫ (VIPERA LEBETINA) В ЭКСПЕРИМЕНТЕ.

1 том, 171 стр., в лит. указат. 180 источн. Защ. в ноябре 1962 г. в Таджикском госмединституте им. Абуали ибни Сино (г. Душанбе).

В условиях эксперимента автор изучал морфологическую картину изменений, вызываемых ядом гюрзы (Vipera lebetina).

Опыты проводились на кроликах, которые отравлялись сухим ядом гюрзы. У подопытных животных регистрировались внешние проявления отравления, а после гибели производились морфологические исследования органов (головного мозга, легких, сердца, селезенки, печени, почки, желудка, кишечника и отчасти зобная железа, костный мозг, поджелудочная железа и лимфатические узлы).

Исследования показали, что патогенез отравления ядом гюрзы при различных способах введения (внутривенном, подкожном и внутримышечном) различен. Это обусловливает различие в клинической и морфологической картинах отравления при этих способах введения. При внутривенном введении летальной дозы яда гюрзы (0,1 мг/кг) у кроликов через 3 — 6 минут развиваются паралич дыхания и явления коллапса. Постоянным и наиболее характерным морфологическим субстратом при этом является тромбоз сосудов внутренних органов.

Предварительное внутривенное введение животным гепарина, как правило, предотвращает их гибель от дозы яда гюрзы, превышающей смертельную в 2—3 раза, причем тромбоза сосудов во внутренних органах не обнаруживается. Это свидетельствует о том, что тромбоз играет важную роль в механизме отравления, вызванного внутривенным введением яда и что предварительное введение антикоагулянта (гепарина) предотвращает развитие паралича дыхания.

При внутримышечном введении яда гюрзы доза в 4 мг/кг всегда приводит к гибели кролика. При подкожном впрыскивании в дозах от 0,4 до 16 мг/кг наблюдается картина местных и общетоксических нарушений. К последним относятся увеличение проницаемости сосудов, тромбоз и анемия, имеющая преимущественно постгеморрагический характер. Местные морфологические изменения при подкожном и внутримышеч-

ном впрыскивании яда характеризуется серозно-геморрагическим воспалением, возникающим через несколько минут после затравки. Наблюдается депонирование крови и ее жидкой части, что играет важную роль в развитии анемии и других общих проявлений воспаления. В разгаре отравления возникает обширный некроз тканей и изъязвление в зоне поражения. В дальнейшем воспаление приобретает гнойный характер. Изменения нервной системы в зоне поражения характеризуются тяжелыми явлениями дегенерации. Они обусловлены как токсическим действием яда, так и циркуляторными нарушениями в этой области .

Наложение жгута на пораженную конечность при подкожном введении яда гюрзы существенно не препятствует развитию общих изменений и усугубляет течение местного патологического процесса. Новокаиновая блокада места поражения, проведенная в ранние (через 5 минут) сроки отравления, уменьшает тяжесть местных морфологических изменений, особенно сказываясь на развитии отечно-воспалительной реакции. Введение антитоксической сыворотки («антигюрза») в ранние сроки отравления не приводит к видимой задержке развития местных морфологических изменений в течение первых 5 часов.

Успех лечебных мероприятий при отравлении ядом гюрзы тем больший, чем они раньше начали проводиться.

---

174. ШАХТАХТИНСКИЙ Т. А.

оконч. Азербайджанский госмединститут (г. Баку) в 1952 г.

дисс. канд.

СОСТОЯНИЕ КАПИЛЛЯРНОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ ПРИ ОБЛИТЕРИРУЮЩЕМ ЭНДАРТЕРИИТЕ И ДИНАМИКА ЕГО ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ НЕКОТОРЫХ МЕТОДАХ ЛЕЧЕНИЯ.

1 том, 219 стр., в лит. указат. 159 источн. (120 отеч., 39 иностр.).
Защ. в ноябре 1962 г. в Таджикском госмединституте им. Абуали ибни Сино (г. Душанбе).

В своей работе автор ставит целью с помощью метода меченых атомов изучить состояние капиллярного кровообращения при облитерирующем эндартериите, дать оценку диагностическим возможностям указанного метода, а также изучить в динамике влияние на капиллярное кровообращение некоторых методов лечения облитерирующего эндартерита.

Капиллярное кровообращение в коже у 96 больных облитерирующим эндартериитом и у 20 здоровых лиц исследовалось методом внутрикожного введения радиоизотопа.

Оказалось, что у практически здоровых лиц среднее время полуудаления изотопа фосфора равняется 14,3 минутам. У больных облитерирующим эндартериитом отмечается резкое замедление резорбции изотопа, что свидетельствует о глубоких нарушениях капиллярного кровообращения при этом заболевании.

Специальное изучение влияния некоторых консервативных методов лечения на состояние капиллярного кровообращения больных облитерирующим эндартериитом показало, что при введении в артерию 30—40 мл 0,5% раствора новокаина через 30—45 минут после первого внутриартериального вливания раствора новокаина отмечается заметное ускорение капиллярного кровообращения и повышение суммарной проницаемости капилляров, что выражается в ускорении резорбции изотопа фосфора из кожи конечности. Ускоренная резорбция сохраняется и спустя 6—7 дней от начала лечения. Таким образом, внутриартериальное вливание новокаина оказывает положительное влияние на капиллярное кровообращение больной конечности.

При изучении влияния циркулярных новокаиновых блокад на капиллярное кровообращение выяснилось, что после однократной циркулярной блокады спустя 30—45 минут заметно ускоряется резорбция изотопа фосфора и эта ускоренная резорбция также держится 6—7 дней.

Изучение влияния комплексного консервативного лечения (внутривенное вливание новокаина и никотиновой кислоты, пахикарпин, витаминотерапия, физиотерапия) показало, что при комплексной терапии облитерирующего эндартериита значительно ускоряется резорбция изотопа, что свидетельствует об улучшении капиллярного кровообращения. У больных облитерирующим атеросклерозом комплексная терапия заметного влияния на капиллярное кровообращение в коже не оказывает и при этом заболевании отмечается выраженное нарушение капиллярного кровообращения на обеих нижних конечностях.

Под влиянием поясничной симпатэктомии во II—III стадиях облитерирующего эндартерита на 7-й и особенно 20-й день после операции отмечается ускорение капиллярного кровообращения и повышение суммарной проницаемости капилляров. В поздних стадиях облитерирующего эндартерита при наличии некротических изменений в ближайшие 7-20 дней после симпатэктомии капиллярное кровообращение не меняется. В отдаленные после операции сроки (спустя 6 месяцев и позже) у больных во II—III стадиях болезни, наряду с клини-

ческим улучшением, отмечается падение капиллярного кровообращения, которое приближается к показателям при консервативных методах лечения.

Таким образом, радиоиндикация, являясь объективным методом, позволяет судить о состоянии капиллярного кровообращения и суммарной проницаемости капилляров при облитерирующем эндартериите.

---

175. АМИНОВ, А. И.

оконч. Таджикский госмединститут им. Абуали ибни Сино (г. Душанбе) в 1949 г. дисс. канд.

АКТИВНОСТЬ ХОЛИНЭСТЕРАЗЫ И ПРИЖИЗНЕННЫЕ МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ПЕЧЕНИ ПРИ ГЕПАТИТАХ И ЦИРРОЗАХ.

1 том, 258 стр., в лит. указат. 389 источн. Защ. в декабре 1962 г. в Киргизском госмединституте (г. Фрунзе).

Целью работы было выяснение диагностического значения определения холинэстеразы при хронических заболеваниях печени (гепатитах и циррозах), зависимости изменения активности энзима от особенностей гистологических сдвигов в печени, определение места применяемого теста среди других функциональных проб печени.

Исследования проводились в условиях эксперимента и клиники.

Определение активности холинэстеразы сыворотки крови и эритроцитов проводилось биологическим методом Шейнера и колориметрическим методом Борисова и Розенгарта.

Результаты исследований активности холинэстеразы сыворотки крови сопоставлялись с клинической картиной болезни Боткина в разные периоды ее течения, а в группе хронических заболеваний печени также с учётом активности патологического процесса. Параллельно с определением активности холинэстеразы исследовался билирубин сыворотки крови, ставились реакции Таката-Ара, Вельтмана, определялся уробилин в моче и общее количество белка сыворотки. Соотношение белковых фракций сыворотки крови определялось с помощью электрофореза. Прижизненная биопсия делалась иглой Вим-Сильвермана.

Экспериментами на кроликах и собаках было установлено, что активность холинэстеразы сыворотки у кроликов в нормальных условиях составляет в среднем 0,51 микромоля, а

у собак — 1,6 микромоля уксусной кислоты в 1 минуту. При повреждении печени CCl_4 у кроликов активность холинэстеразы сыворотки крови существенно не изменяется, в то время как у сабак при поражении печени CCl_4 активность холинэстеразы снижается.

При клиническом изучении активности холинэстеразы у 382 человек установлено различие активности холинэстеразы, при определении ее разными методами. Так, при применении биологического метода средняя активность холинэстеразы составляет 1,69, а при определении химическим методом—4,02 микромоля уксусной кислоты в 1 минуту.

При болезни Боткина активность холинэстеразы снижается с первых же дней заболевания. Степень ее изменения в основном соответствует тяжести клинической картины и периодам заболевания. По мере клинического выздоровления активность холинэстеразы повышается.

У больных хроническими гепатитами и особенно циррозами активность энзима намного снижается при наличии активного процесса в печени.

При заболеваниях желчевыводящих путей активность холинэстеразы сыворотки крови снижается лишь при нарушении функции печеночной ткани.

При гепатитах и циррозах отмечается определенный параллелизм между морфологическими изменениями паренхимы печени и снижением активности холинэстеразы в том смысле, что оба эти показателя почти одинаково отражают тяжесть патологического процесса.

При острых и хронических заболеваниях печени величины активности холинэстеразы идут параллельно с изменениями показателей тимол-вероналовой пробы, реакций Таката-Ара, Вельтмана, уробилина мочи и данных электрофореза белковых фракций сыворотки. У указанных больных проба на активность холинэстеразы чувствительнее, чем другие пробы.

Установить закономерную взаимосвязь между активностью холинэстеразы и степенью поражения печени не удается.

Таким образом, определение изменений активности холинэстеразы сыворотки крови является простым и доступным методом исследования, с помощью которого можно судить о ранних стадиях нарушения функции печени.

---

176. ЗАДВОРНЯК П. В.

оконч. Таджикский госмединститут им. Абуали ибни Сино (г. Душанбе) в 1952 г., дисс. канд.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИЗУЧЕНИЕ ИММУНОЛОГИИ КОЛИЭНТЕРИТА.

1 том, 149 стр., в лит. указат. 165 источн. Защ. в феврале 1963 г. в Одесском госмединституте.

Разработка новой экспериментальной модели колиэнтерита и изучение на ней характера иммунитета при колиэнтерите, в целях обоснования специфического лечения этого заболевания у детей, составляют задачу настоящей работы.

Экспериментальный колиэнтерит вызывался введением морским свинкам пенициллина ежедневно подкожно в дозе 20000 ЕД на 1 кг веса в течение 15 дней. В течение этого периода проводилось клиническое наблюдение, бактериологическое и бактериоскопическое изучение микрофлоры кишечника, термометрирование и взвешивание подопытных животных.

После введения пенициллина у морских свинок возникало заболевание, характеризовавшееся первоначальным возбуждением, сменяющимся общим угнетением, малоподвижностью, вялостью, потерей аппетита, падением веса, вздутием живота, запором или поносом с примесью слизи. В дальнейшем нарастали явления токсикоза, развивалась адинамия, гипотония мышц, одышка, парезы задних конечностей. Заболевание протекало при нормальной температуре, а в части случаев наблюдалась гипотермия. Животные погибали через 3—4 дня опыта при явлениях общих судорог, усиливающейся одышки и сердечно-сосудистой слабости.

Бактериологическое исследование испражнений показало, что колонии кокков с 3—4 дня исчезали и полностью замещались колониями кишечной палочки. К этому времени микроскопия нативных мазков, окрашенных по Граму, показывала, что нормальная грамположительная микрофлора кишечника замещалась грамотрицательными палочками. Патолого-анатомическая картина заболевания характеризовалась явлениями энтерита. Из содержимого кишечника в чистой культуре выделялись кишечные палочки.

Заражение 30 морских свинок кишечными палочками энтеропатогенных типов 0111:B_4, 055:B_5 или 026:B_6 через рот в дозе 1 миллиард микробных тел без введения пенициллина не вызывало никаких патологических явлений. Иные результаты были получены при заражении свинок через рот энтеропатогенными кишечными палочками тех же типов, в той же дозировке, но с ежедневным подкожным введением пенициллина в течение 15 дней: при этом способе заражении погибло более 68% подопытных животных. Наиболее тяжелое течение заболевания наблюдалось в группе животных, зараженных культурой типа 0111:B_4, наименее тяжелое—у животных, зараженных типом 026:B_6.

С целью выяснения характера иммунитета при экспериментальном колиэнтерите ставился опыт на 60 морских свинках. Группы по 20 животных иммунизировались подкожно гретой вакциной из кишечной палочки типов 026:B_6, 055:B_5 и 0111:B_4. Перед иммунизацией и через 8—10 суток после нее определялось наличие в сыворотках О-агглютининов к введенным штаммам и определялась способность сыворотки нейтрализовать гемолизин кишечной палочки. До иммунизации в крови подопытных животных агглютининов не было; после иммунизации их сыворотки содержали агглютинины к соответствующим типам кишечной палочки в титре 1:600, но не обладали способностью нейтрализовать гемолизин кишечной палочки. Через 10 дней после иммунизации все свинки заражались кишечными палочками гомологичного типа в дозе 1 миллиард микробных тел и одновременно им вводился подкожно пенициллин 20000 ЕД на кг веса в течение 15 дней. Эти опыты показали почти безуспешность проведенной иммунизации.

Другой опыт был поставлен также на 60 свинках, которые иммунизировались фильтратом суточной бульонной культуры кишечной палочки, выделенной от больного циститом, не имевшей антигенного родства с энтеропатогенными типами и условно обозначенной автором, как штамм 2ч.» Последний обладал резко выраженными дерматонекротическими и гемолитическими свойствами, а также токсичностью для мышей при внутрибрюшинном введении. Иммунизация проводилась подкожно в дозах 0,5; 1,0 до 5 мл фильтрата с промежутками между инъекциями в 4—5 дней. В процессе иммунизации у свинок отмечался выраженный токсикоз.

Иммунизированные экзотоксином кишечной палочки морские свинки не реагируют на заражение через рот энтеропатогенными кишечными палочками с одновременным введением пенициллина. Эти данные подтверждают предположение об антитоксическом характере иммунитета у детей, переболевших диспепсией.

Иммунизация морских свинок гретой вакциной из культур кишечной палочки типов 0111:B_4, 055:B_5, 026:B_6 не защищает свинок от заражения гомологичным типом кишечной палочки.

Полученные результаты позволяют считать, что иммунитет

при колиэнтерите носит антитоксический характер, а накопление антитоксина в крови иммунизированных экзотоксином животных характеризуется способностью сыворотки животных нейтрализовать гемолизин кишечной палочки. Это явилось основанием для изучения возможности применения антитоксической колисыворотки для терапии колиэнтерита.

Опыты показали, что антитоксическая колисыворотка обладает выраженным лечебным действием при экспериментальном колиэнтерите, вызванном энтеропатогенными кишечными палочками типов 0111:B_4 и 026:B_6, в то время как антибактериальные колисыворотки не имеют терапевтического эффекта при экспериментальном колиэнтерите, вызванном гомологичным типом кишечной палочки.

---

177. ПИСАНОВА А. А.

оконч. Таджикский госмединститут им. Абуали ибни Сино (г. Душанбе) в 1951 г., дисс. канд.

ВЛИЯНИЕ РИБОФЛАВИНА НА НЕКОТОРЫЕ ФУНКЦИИ ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ С ПОРАЖЕНИЕМ ПЕЧЕНИ.

1 том, 301 стр., в лит. указат. 468 источн. Защ. в феврале 1963 г. в Донецком госмединституте.

Учитывая малочисленность работ по изучению влияния рибофлавина на функциональное состояние печени при острых и хронических её поражениях в частности, при гелиотропном токсикозе, было предпринято настоящее исследование.

Больные подвергались всестороннему клиническому исследованию, при котором изучались показатели ряда функций печени. Проводились количественные определения билирубина по ван ден Бергу; осадочные пробы; общий белок крови и белковые фракции; содержание общего и свободного холестерина с подсчетом показателя эстерификации; активность альдолазы сыворотки крови; проба Квика-Пытеля; гликемические кривые после нагрузки глюкозой.

Функциональное состояние печени у здоровых лиц (контрольная группа) определялось четырехкратно: до введения рибофлавина, через 10 часов, 24 часа и после десятидневного применения витамина.

Исследования показали, что при нагрузке рибофлавином внутрь и внутривенно у лиц контрольной группы содержание билирубина, общего белка и отдельных его фракций, осадочные пробы, активность сывороточной альдолазы и показатель эстерификации холестерина не изменяются.

Под влиянием однократной нагрузки рибофлавином в разгаре болезни Боткина отмечается уменьшение содержания билирубина сыворотки крови, понижение активности сывороточной альдолазы, более выраженное при внутривенном введении рибофлавина, кратковременное повышение показателя эстерификации при введении рибофлавина внутрь, и более длительное при внутривенном его введении. На осадочные пробы, общий белок сыворотки крови рибофлавин влияния не оказывает.

В период спада желтухи рибофлавин ведет к уменьшению уровня билирубина, снижению активности альдолазы кратковременному повышению показателя эстерификации холестерина (при внутреннем введении) и более длительному повышению (при внутривенном введении рибофлавина). Внутривенное введение рибофлавина ведет к увеличению содержанию альбумина, уменьшению глобулинов и бета-глобулиновой фракции. Нагрузка рибофлавином внутрь на уровень общего сывороточного белка и его фракции не влияет.

При гелиотропном токсикозе от введения рибофлавина внутрь уровень билирубина сыворотки крови, осадочные пробы, общий белок и его фракции не изменяются. Показатель эстерификации холестерина при приеме внутрь 30 мг рибофлавина повышается, а при приеме 100 мг, наоборот, уменьшается. Что касается активности сывороточной альдолазы, то при введении рибофлавина она ослабляется, имея низкие исходные цифры.

У больных гелиотропным токсикозом длительное применение рибофлавина внутрь вызывает улучшение аппетита, сна, мочеотделения и уменьшение асцитической жидкости, понижение активности альдолазы, постгипергликемического коэффициента, повышение показателя эстерификации холестерина, экскреции гиппуровой кислоты и нормализацию гипергликемического коэффициента.

Рибофлавин на уровень сывороточного билирубина, общего белка и его фракции, на осадочные пробы не действуют.

У лиц, страдающих циррозом печени, при однократной нагрузке рибофлавином осадочные пробы, активность сывороточной альдолазы, содержание общего белка и его фракции не изменяются. У части больных с гипертрофическим циррозом печени содержание билирубина сыворотки уменьшается.

Показатель эстерификации холестерина возрастает у больных с циррозом, особенно в случаях атрофического цирроза. Длительное применение рибофлавина у этих больных ведет к улучшению самочувствия, уменьшению асцита, повышению

показателя эстерификации холестерина, увеличению выделения гиппуровой кислоты при пробе Квика. На осадочные пробы, содержание общего белка и его фракции рибофлавин в этих случаях не влияет, но у больных с гипертрофическим циррозом ведет к понижению уровня билирубина.

Рибофлавин активно влияет на пигментную, углеводную, антитоксическую, холестериноэстерифицирующую функции печени и его следует включать в качестве лечебного средства при острых и хронических заболеваниях печени.

---

178. СЕИД-МАНСУРИ БЕЮК МИР-АБДУЛЛА.
оконч. Таджикский госмединститут им. Абуали ибни Сино (г. Душанбе) в 1958 г., дисс. канд.

К ИЗУЧЕНИЮ ОБМЕНА ФОСФОРА ПРИ ЛУЧЕВОЙ БОЛЕЗНИ.

1 том. 172 стр., в лит. указат. 164 источн. (122 отеч., 42 иностр.).
Защ. в феврале 1963 г. в Ташкентском госмединституте.

Изучалась включаемость радиоактивного фосфора в нуклеиновые кислоты, фосфопротеиды, фосфолипиды, и кислоторастворимую фосфорсодержащую фракцию паренхиматозных органов животных в различные промежутки времени после их облучения.

Опыты проведены на белых мышах, морских свинках и белых крысах. Животные облучались различными дозами на установке ГУТ-Со-400 и на рентгенотерапевтическом аппарате РУМ-3. Радиоактивный фосфор в виде $Na_2HP^{32}O_4$ вводился экспериментальным животным подкожно в различные сроки после облучения (от 30 минут до 8 месяцев). Животные забивались обычно через 2 и 24 часа после облучения. Выделение фосфорсодержащих фракций проводилось по методу Граховец, а также по методу Граховец в модификации В. М. Сорокина и К. Г. Иоффе. Радиоактивность образцов определялась на установке типа «Б-2» с помощью счетчиков АС-2 и МТС-17.

Предварительно исследовалась интенсивность накопления радиоактивного фосфора в органах облучённых белых мышей, а также скорость выведения радиоизотопа из организма.

Опыты по уточнению размера накопления и выведения радиоактивного фосфора проводились в первые часы после облучения, в разгаре лучевой болезни и при выздоровлении. При этом было установлено, что первый период характеризуется интенсивным накоплением радиоиндикатора в органах, второй

период — скоростью его выведения из органов. Выяснено также, что в облученном организме наблюдаются значительные нарушения процессов накопления радиофосфора в различных органах и его выведения из них. Нарушения эти носят волнообразный характер. Однако, в основном, происходит ускорение процесса накопления радиофосфора в органах и замедление его выведения.

Полагая, что указанные нарушения обусловлены главным образом изменениями проницаемости сосудов, сорбирующей способности тканей, выделительной функции организма и метаболизма фосфора, в последующих опытах была сделана попытка уточнить характер этих изменений в различные периоды лучевой болезни. Опыты ставились на белых мышах, облученных 800 р. Эти опыты показали, что увеличение содержания изотопа в органах облученных животных происходит прежде всего в результате повышения сосудистой проницаемости и замедления выведения вещества из организма и извращения синтеза фосфорсодержащих фракций.

Наиболее существенные изменения в распределении P^{32} по фосфорсодержащим фракциям происходит в селезенке облученных животных и менее выраженные — в почках.

Нарушения фосфорного обмена выявляются в первые часы после облучения, а нормализация их затягивается на длительный срок. Изменения в интенсивности включаемости P^{32} в фосфоросодержание фракции носят волнообразный характер.

В отдаленный срок после облучения (через 8 месяцев) выявлено значительное снижение включаемости P^{32} в фосфолипиды селезенки и повышение радиоактивности фосфопротеидов. Определенной зависимости в распределении радиоактивного фосфора между нуклеиновыми кислотами и другими фосфорсодержащими фракциями в органах облученных животных отметить не удалось.

Применение комплексного соединения кобальта — Со-30 препятствует развитию нарушений фосфорного обмена при лучевой болезни.

---

179. МАКШАНОВА Л. В.

оконч. Таджикский госмединститут им. Абуали ибни Сино (г. Душанбе) в 1949 г. Дисс. канд

ЛЕЧЕНИЕ И ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ ПОДГОТОВКА БОЛЬНЫХ ТИРЕОТОКСИКОЗОМ РАДИОАКТИВНЫМ ЙОДОМ (J^{131}).

1 том, 245 стр., в лит. указат. 436 источн. Защ. в марте 1963 г. в Минском госмединституте.

Автор обобщает многолетний опыт лечения радиоактивным йодом, показывает ближайшие и отдаленные результаты терапии, выясняет причины возникающих рецидивов, обосновывает клинически и гистологически применение радиоактивного йода с целью предоперационной подготовки больных тяжелым тиреотоксикозом при узловом и смешанном зобе.

Лечению радиоактивным йодом подвергнуто 170 больных тиреотоксикозом, в том числе легким тиреотоксикозом 16, средней тяжести — 98 и тяжелым — 56 больных. Для определения разовой терапевтической дозы радиоактивного йода учитывалось два основных момента—тяжесть тиреотоксикоза и площадь щитовидной железы. Больным легким тиреотоксикозом радиоактивный йод назначался 75 μc на 1 см² площади, больным средней тяжести — 100 μc на 1 см² площади железы и больным тяжелым тиреотоксикозом — 150 μc на см². Повторное введение изотопа производилось через 1,5—2,5 месяца. Средняя разовая доза при легком тиреотоксикозе составляла 2 mc, средней тяжести—4 mc и при тяжелом тиреотоксикозе—6 mc. Средняя суммарная доза соответственно была равной 3 mc, 8 mc и 15 mc.

Лечение проводилось комплексно: больные кроме радиоактивного йода, получали сердечные, глюкозу, инсулин, витамины, кортизон, резерпин, переливание крови, снотворные и ряд других средств, направленных на восстановление функций организма.

Отдаленные результаты лечения радиоактивным йодом тиреотоксикоза прослежены у 116 больных. Полное устранение симптомов наступило у 110 больных (94,8%), улучшение — у 3 (2,6%) больных, у 1 больного развился гипотиреоз, у 2 человек возник рецидив.

Тиреотоксикозы, протекающие на фоне узлового и смешанного зоба, лечению радиоактивным йодом поддавались хуже, чем при диффузном зобе. Щитовидная железа в подавляющем большинстве случаев к нормальным размерам не возвращалась. Следовательно, в таких случаях более радикальным является оперативное лечение. Показанием для лечения тиреотоксикозов с узловым или смешанным зобом радиоактивным йодом может быть только отказ больных от операции или наличие противопоказаний.

Предоперационная подготовка радиоактивным йодом 38 больных тяжелым тиреотоксикозом проводилось также комплексно. Расчет разовой дозы йода производился так же, как и при лечении,, но суммарная доза была меньшей и составляла 8,6 mc. В результате предоперационной подготовки значительно уменьшались явления интоксикации и предотвращалась возможность возникновения тиреотоксического криза. Обострение симптомов тиреотоксикоза в послеоперационном периоде было только у 4 из 38 оперированных больных и носило легкий характер. Гипотиреоз, как осложнение после операции, наблюдался в 1 случае. Развития спаек вокруг железы и повышенной кровоточивости тканей не было.

---

180. РУБИНОВ, Р. С.

оконч. Таджикский госмединститут им. Абуали ибни Сино (г. Душанбе) в 1952 г. Дисс. канд.

РОЛЬ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО МЕТОДА ИССЛЕДОВАНИЯ В ИЗУЧЕНИИ РЕЛЬЕФА СЛИЗИСТОЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ ПРИ РАКЕ И ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

1 том, 284 стр., в литер. указат. 226 источников. Защ. в марте 1963 г. в Государственном н/и рентгенологическом институте МЗ РСФСР (г. Москва).

В работе подвергались сравнительному изучению основные методики рентгенологического исследования толстой кишки в условиях анатомо-физиологической нормы с целью определить более четкие показания к практическому применению того или иного метода. Изучались также некоторые другие вопросы, относящиеся к рентгенологической диагностике рака, хронических колитов и пр. заболеваний толстой кишки с точки зрения диагностических возможностей ряда предложенных методов.

Решаются следующие вопросы: 1) выяснение преимущества и недостатка различных методик рентгенологического исследования толстой кишки и определение условий для лучшего выявления рельефа слизистой; 2) изучение влияния добавления некоторых фармакологических веществ к контрастной

клизме (танин, клизодраст, тальк), а также целесообразность использования танина для предварительных очистительных клизм перед проведением ирригоскопии; 3) оценка диагностических возможностей современных методов рентгенологического исследования рельефа слизистой толстой кишки в диагностике рака и хронических колитов; 4) сравнение рентгенологической картины рельефа слизистой с результатами исследования анатомических препаратов; 5) сопоставление рентгенологической картины слизистой с результатами гистологического исследования и выяснения возможности диагностики относительно небольших степеней воспалительных изменений слизистой оболочки толстой кишки. Для решения этих задач проводилось клинико-рентгенологическое исследование 384 человек.

Для сравнительного изучения различных методов ретроградного контрастирования толстых кишок 101 чел. исследован с применением обычной контрастной клизмы, 126 — контрастной клизмы с добавлением танина, клизодраста, талька, 137 человек — с добавлением танина в очистительную и контрастную клизму.

Примененные методы исследования показали, что обычная контрастная клизма является более физиологичной, чем другие методы ретроградного исследования. Рельеф слизистой, полученный при этом способе, отражает истинную картину внутренней поверхности стенки толстой кишки. При этом методе не всегда можно получить полное опорожнение кишечника, в результате чего в 40% случаев рельеф слизистой остается невыявленным. Напротив, контрастная клизма с танином позволяет выявить рельеф слизистой в 88% случаев. Однако рельеф слизистой, выявляемый после клизмы с танином, имеет мало общего с данными последних лет о структуре нормального рельефа, полученными с помощью обычной контрастной клизмы без добавления раздражающих фармакологических средств. Получаемую при добавлении к клизме танина картину слизистой толстой кишки автор условно называет «таниновым рельефом».

В тех случаях, когда кишечная стенка подвержена морфофункциональным изменениям, эти участки слизистой остаются свободными от действия танина, сохраняют свою патологическую перестройку и здесь «таниновый рельеф» не возникает.

Применение больших доз танина часто вызывает у больных побочные явления в виде болей и резких позывов на дефекацию, тошнот и рвот. Эти явления можно устранить путем уменьшения дозы танина до 3 г на 1 л контрастной взвеси и добавления в очистительную клизму 5 г танина на 1 л воды.

Одной из основных задач работы было также изучение па-

тологической перестройки рельефа слизистой при раке и воспалительных заболеваниях. Для решения этой задачи проводились исследования с применением различных рентгенологических методик у 50 человек, страдающих опухолями толстой кишки.

Сравнительные исследования показали, что диагностика опухолей толстой кишки значительно улучшается при применении контрастной клизмы с танином. При этом методе можно обнаружить более ранние стадии раковых поражений, создаются условия для изучения рельефа слизистой в пограничных с опухолью участках.

Гистологическое исследование слизистой вырезанных по поводу рака участков толстой кишки показало, что в окружности опухоли всегда имеется воспалительный процесс (колит), вторичный по отношению к раковому поражению. Этот колит не находит своего отражения в рентгенологической картине рельефа слизистой.

Рентгенологическая картина очень часто недостаточно полно отражает истинную морфологию опухоли, что объясняется наличием циркулярной инфильтрации стенок кишки и, следовательно, суммированием в рентгенологической картине изменений противоположных стенок, и скоплением каловых масс над местом ракового поражения. Эти расхождения, однако, нисколько не умоляют диагностической ценности рентгенологического исследования.

Специальными исследованиями было установлено, что методика двойного контрастирования толстых кишок не может считаться самостоятельным методом изучения рельефа слизистой кишечника. Она может быть ценным дополнением к методике таниновой клизмы, поскольку способствует лучшему выявлению и уточнению локализации и размеров ракового поражения.

181. КАСЫМОВ Х. К.

оконч. Таджикский госмединститут им. Абуали ибни Сино (г. Душанбе) в 1955 г. Дисс. канд.

МОЧЕВИНООБРАЗОВАНИЕ В ПЕЧЕНИ ПРИ ВТУТРЕННЕМ ОБЛУЧЕНИИ РАДИОАКТИВНЫМ ИЗОТОПОМ Fe-59 и ОТРАВЛЕНИИ ЧЕТЫРЕХ-ХЛОРИСТЫМ УГЛЕРОДОМ

1 том, 171 стр., в лит. указат. 202 источн. (100 отеч., 102 иностр.). Защ. в апреле 1963 г. в Тартуском государственном университете.

Выяснению механизма нарушения синтеза мочевины в печени при экспериментальном гепатите, вызванном отравлением CCl_4 и при внутреннем облучении радиоактивным изотопом железа-59, посвящена эта работа.

Методика исследования. Собаки подвергались в течение 10—11 дней внутреннему облучению путем дачи им с пищей железа-59 в дозе 450—550 мккюри. Разные группы крыс получали с пищей в течение 3, 7, 14, 21 дня 28 мккюри дробными порциями: первая группа крыс ежедневно получала по 9,3 мккюри, вторая, — по 4,0, третья — по 2,0 и четвертая — по 1,4 мккюри. CCl_4 вводился подкожно через день по 0,25 мл на 1 кг веса собак в течение 10 дней, всего 5 раз. CCl_4 крысам вводился 3 раза через день по 0,25 мл на 100 г веса. На 7-й день крысы забивались. Исследованию подвергались сыворотка крови и гомогенат печени. В них определялось содержание мочевины с последующим определением аммиака методом Конвея. Содержание аминного азота определялось по методу Г. А. Узбекова. Активность аргиназы печени определялись по количеству мочевины, образующейся за 2 часа инкубации при 37+0,5°С из добавленных 20 мг моносахарида аргинина к гомогенату печени. Определение общего количества белка в печени производилось после сжигания с 5 N раствором серной кислоты с последующим определением азота по Конвею. АТФ определялся по увеличению количества неорганического фосфата в безбелковом фильтрате после 10-минутного гидролиза в кипящей водяной бане в присутствии 2N соляной кислоты. Определение неорганического фосфата производилось колориметрически сульфитгидрохиноным методом. Содержание менидов определялось по разности в весе высушенной до постоянного веса навески до и после многократной экстракции смесью Блура. Для определений в субклеточных фракциях печени ткань гомогенизировалась в 0,25М растворе сахарозы, приготовленной на 0,15 М растворе

KCl. Активность аргиназы и АТФ определялась в каждой отдельной фракции. Наряду с определением активности ферментов, в каждой фракции определялось содержание белка.

Опыты показали, что малые дозы внутреннего понизирующего бета—и гамма-облучения железа-59 при длительном введении его в организм животных приводит к уменьшению содержания мочевины в сыворотке крови и печени, что связано с понижением активности аргиназы, которое наступает позже, чем уменьшение образования мочевины. Угнетение активности аргиназы является по-видимому, одной из главных причин нарушения процесса мочевинообразования при таком виде внутреннего облучения.

Введение крысам CCl_4 приводит к снижению содержания белка в тканях печени. При исследовании распределения белка в субклеточных фракциях обнаружено снижение сорежания его в ядрах, митохондриях и надосадочной жидкости; понижена концентрация мочевины в печени и сыворотке крови; повышена активность АТФ-азы в гомогенатах. При исследовании распределения АТФ-азной активности по субклеточным фракциям печени выявлено наибольшее ее повышение при отравлении CCl_4 в ядрах, затем в митохондриях и надосадочной жидкости как при расчете на 1 г свежей ткани печени, так в особенности на 1 мг белка соответствующей фракции. Уменьшение содержания АТФ в тканях печени пропорционально снижению количества тканевого белка.

Введение крысам CCl_4 приводит к увеличению общего количества липидов в печени, а содержание воды при этом не меняется. Повышается концентрация остаточного и аминного азота в сыворотке крови.

Уменьшение мочевинообразования в печени подопытных животных, отравленных CCl_4 связано с уменьшением количества нормально функционирущей ткани. При более значительном поражении печеночной ткани, по-видимому, снижается синтез аргиназы в ядрах и практически остается неизменной активность аргиназы, находящейся в гиалоплазме.

---

182. РАХИМОВ, С. И.

оконч. Таджикский госмединститут им. Абуали ибни Сино (г. Душанбе) в 1951 г., дисс. канд.

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ И МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПЕЧЕНИ ПРИ НЕКОТОРЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

1 том, 325 стр., в литер. указат. 482 источн. (373 отеч., 109 иностр.). Защ. в апреле 1963 г. в Таджикском госмединституте им. Абуали ибни Сино (г. Душанбе).

В работе ставилась задача выявить степень функциональных и морфологических нарушений печени при остром холецистите, тиреотоксической форме зобной болезни и язвенном стенозе привратника, установить влияние оперативного лечения в комплексе с консервативной терапией на функциональное состояние печени в динамике послеоперационного периода, определить зависимость степени функциональных и морфологических изменений в печени от тяжести заболевания, изучить характер функционального состояния печени в отдельные сроки после оперативного лечения при указанных заболеваниях.

Тщательному клиническому обследованию до и в разные сроки после операции подвергались 205 больных острым холециститом, 62—тиреотоксическим зобом и 55—язвенным пилоростеназом. У них общий белок определялся с помощью погружного рефрактометра, электрофоретически-белковые фракции сыворотки крови, осадочные печеночные пробы; антитоксическая функция печени определялась пробой Квика-Пытеля, углеводная — методом алиментарных гликемических кривых при нагрузке галактозой, протромбинообразовательная—при нагрузке викасолом, пигментообразовательная—по билирубину сыворотки крови. Кроме того, производились морфологические исследования прижизненно биопсированных кусочков печеночной ткани.

Проведенные исследования показали, что у больных острым холециститом, тиреотоксикозом и язвенным пилоростенозом отмечаются значительные изменения сывороточных белков крови в виде гипоальбуминемии, гипергаммаглобулинемии, снижении А/Г коэффициента соответственно тяжести заболевания при нормальном количестве общего белка крови до и после операции. Исследование белковообразовательной функции печени при помощи осадочных печеночных проб не представляет большой ценности, т. к. результаты этих реакций очень незначительны.

Степень антитоксической функции печени зависит от тяжести заболевания. Полного восстановления этой функции у всех 3-х групп больных за период наблюдения не отмечено.

Полное восстановление нарушенной протромбинообразовательной функции печени у больных острым холециститом происходит на 20-22-й день, тиреотоксическим зобом на 15—16-й день и язвенным пилоростенозом на 9—12-й день после операции.

У значительного числа больных до и после операции отмечается нарушение углеводной функции печени. У всех 3 групп больных зависимости между типом гликемической кривой и характером течения болезни не наблюдается; это говорит за то, что нарушение углеводной функции печени не имеет связи с тяжестью заболевания. Изучение алиментарных гликемических кривых не имеет ценности, т. к. не позволяет судить о течении, тяжести и прогнозе заболевания.

Пигментная функция печени нарушается меньше, чем другие ее функции. После операции нарушенная пигментная функция печени быстро восстанавливается. Изучение пигментной функции при тиреотоксикозах и язвенных пилоростенозах не имеет большой практической ценности.

При патогистологическом исследовании биопсированных кусочков печени у больных острым холециститом и язвенным пилоростенозом обнаруживаются морфологические изменения, свидетельствующие о вовлечении сосудов и стромы печени в воспалительный процесс при поражении желчных путей. Обнаруженные морфологические изменения печени соответствуют тяжести и длительности заболевания. Они подтверждают необходимость более раннего оперативного вмешательства.

Обнаруженные нарушения функционального состояния печени в отдаленные сроки после операции свидетельствуют о диспропорции между понятием клинического выздоровления и биохимическими сдвигами.

При низких показателях функциональных печеночных проб не следует воздерживаться от оперативных вмешательств, ибо оперативное удаление болезненного очага, наряду с послеоперационным консервативным лечением, является лучшим фактором для нормализации функций печени. Об этом свидетельствуют благоприятные исходы у больных после холецистэктомии, струмэктомии и резекции желудка, произведенных при низких показателях функционального состояния печени.

183. КАХАРОВ А.

оконч. Таджикский госмединститут им. Абуали ибни Сино (г. Душанбе) в 1958 г. Дисс. канд.

ЛОКАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЛИМФАТИЧЕСКОЙ И КРОВЕНОСНОЙ СИСТЕМЫ БРЫЖЕЕЧНОЙ ЧАСТИ ТОНКОЙ КИШКИ.

1. том, 154 стр., в лит. указат. 157 источн. (103 отеч., 54 иностр.). Защ. в мае 1963 г. в АМН СССР (г. Москва).

Проведено комплексное исследование лимфатической и кровеносной систем стенки тощей и подвздошной кишок.

Исследовалось 70 препаратов из тонкой кишки людей различного возраста (от 4-х месяцев внутриутробной жизни, до 85 лет), умерших от различных травм; 20 препаратов были приготовлены из трупов взрослых людей, умерших от цирроза печени и сердечной декомпенсации.

Методика исследования состояла из инъекции, рентгенографии и серебрения сосудистой системы мезентериальной части тонкой кишки. Для выявления внутриорганных лимфатических капилляров и сосудов тонкой кишки, производилась внутритканевая инъекция синей массой Герота. Кровеносные сосуды тонкой кишки инъицировались 30% водной взвесью черной туши, а также масляной краской. Препараты фиксировались в 5—10% растворе формалина и просветлялись по способу Шпатегольца в модификации Д. А. Жданова. Диаметр лимфатических и кровеносных капилляров и сосудов, а также размеры их петель измерялись с помощью микролинейки окуляра 8 х бинокулярной лупы МБС-1. Для изучения артерий и вен подслизистого слоя тощей и подвздошной кишки был применен также метод рентгенографии. В качестве контрасных масс использовались свинцовые белила, разведенные хлороформом или эфиром.

Было установлено, что внутриорганная лимфатическая система брыжеечной части тонкой кишки складывается из поверхностных лимфатических капилляров и сосудов, расположенных в серозной и мышечной оболочках стенки тонкой кишки и глубоких лимфатических капилляров и сосудов, находящихся в подслизистом слое и слизистой оболочке органа. Глубокие и поверхностные лимфатические сосуды соединяются между собой по всей окружности кишки. Корнями лимфатической системы тощей и подвздошной кишки являются центральные млечные синусы. Были обнаружены млечные синусы как на макроскопических, так и микроскопических препаратах. Подсчеты показали, что число ворсинок у взрослого составляет 14—16 на мм² слизистой оболочки тощей кишки и 12—14 ворсинок в подвздошной кишке. Ворсинки имеют различные размеры и формы.

В верхней части тощей кишки взрослых преобладают ворсинки с 2—3 млечными синусами, тогда как ворсинки подвздошной кишки содержат обычно по одному млечному синусу.

Диаметр млечных синусов ворсинок верхней части тощей кишки больше, чем диаметр млечных синусов ворсинок средней и нижней частей подвздошной кишки.

В подслизистом слое на границе с мышечной пластинкой залегает сеть лимфатических капилляров, которая соединяется с сетью лимфатических капилляров слизистой оболочки и дает начало лимфатическим сосудам, образующим подслизистое сплетение.

Внеорганные лимфатические сосуды брыжеечной части тонкой кишки формируются слиянием лимфатических сосудов IV порядка серозной оболочки и подслизистого слоя при выходе из органа или в брыжейке.

Возрастные изменения заключаются в увеличении диаметра и количества лимфатических капилляров слизистой оболочки и лимфатических сосудов подслизистого слоя до 18—20 лет; в формировании после рождения сетей лимфатических капилляров в слизистой оболочке и между продольным и циркулярным мышечными слоями; в образовании корзинчатых сетей капилляров вокруг лимфатических узелков и широких лакун у их основания; в формировании у детей крупнопетлистой сети лимфатических капилляров серозной оболочки и в преобразовании ее к 25—30 годам в мелкопетлистую сеть.

В старческом возрасте лимфатические капилляры сети слизистой оболочки деформируются, а сама сеть теряется, вследствие чего млечные синусы ворсинки большей частью непосредственно переходят в лимфатические капилляры подслизистого слоя. Широкие лимфатические лакуны у основания лимфатических узлов пейеровых бляшек исчезают. Диаметр лимфатических капилляров серозной оболочки уменьшается; ранее замкнутые петли лимфатических капилляров серозной оболочки местами становятся разомкнутыми.

При застойных явлениях в системе воротной вены лимфатические капилляры и сосуды стенки тонкой кишки расширяются, однослойная сеть лимфатических капилляров серозной оболочки превращается в двуслойную, выявляется больше связей между глубокими и поверхностными лимфатическими капиллярами и сосудами.

Кровоснабжение брыжеечной части тонкой кишки осуществляется за счет прямых артерий и многочисленных артериол

брыжейки. Прямые артерии образуют в подслизистом слое мощное сплетение. Кровоснабжение мышечного слоя тощей и подвздошной кишок происходит из субсерозного, подмышечного и подслизистого сплетений артерий.

Архитектура кровеносного русла тощей и подвздошной кишок не одинакова по длине. Внутриорганная кровеносная система брыжеечной части тонкой кишки претерпевает возрастные изменения. На протяжении слизистой оболочки брыжеечной части тонкой кишки встречаются участки с различной густотой сетей кровеносных и лимфатических капилляров. Однако, в общем плотность сети кровеносных капилляров уменьшается, тогда как сеть лимфатических капилляров увеличивается.

---

184. МАКСУНОВА М. К.

оконч. 1 Ленинградский мединститут в 1941 г. Дисс. канд.

НЕКОТОРЫЕ ВЕГЕТАТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ЗАКРЫТОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ

2 тома, 365 стр., в лит. указат. 324 источн. (256 отеч., 68 иностр.).
Защ. в мае 1963 г. в Таджикском госмединституте
им. Абуали ибни Сино (г. Душанбе).

Исходя из того, что представление о характере повреждений, вызванных в организме травмой мозга, может дать только комплексное исследование, отражающее сдвиги в ряде ведущих систем организма, автор провел исследование некоторых вегетативных нарушений у больных в остром периоде закрытой черепно-мозговой травмы, причем стремился показать возможность использования данных комплексного исследования вегетативных функций организма в качестве объективного критерия при уточнении диагноза, при назначении индивидуально обоснованного лечения, сроков госпитализации и т. д.

С этой целью изучалось состояние артериального, венозного давления, пульса и капиллярного кровообращения, ликворного давления и состава ликвора, состояние дыхания и морфологический состав крови. Применялись методы, не требующие сложной аппаратуры, доступные врачам в условиях любого лечебного учреждения: артериальное давление измерялось аппаратом Рива-Роччи по методу Короткова; пульс определялся пальпаторно на лучевой артерии; венозное давление исследовалось флеботонометром Вальдмана. Для исследования капиллярного кровообращения в коже применялся метод, основанный на определении скорости резорбции внутрикожно введенных радиоактивных изотопов. Измерение ликворного давления производилось манометрической трубкой во время люмбальной пункции. Дыхание регистрировалось с помощью пневмографа с чернильной записью.

Исследовано 154 больных, лечившихся в остром периоде закрытой черепномозговой травмы в нейрохирургическом отделении республиканской клинической больницы (г. Душанбе).

Было установлено, что у всех больных в остром периоде закрытой черепномозговой травмы отмечаются нарушения вегетативных функций. Со стороны некоторых функций сердечно-сосудистой системы отмечено: артериальное давление у большинства больных остается в пределах нормальных цифр. Нарушение артериального давления чаще выражается в его понижении, реже — повышении. Венозное давление у большинства больных повышается (в 60,4%), реже понижается (в 17,1%), в 5,4% случаев оно грубо асимметрично и в 17,1% — остается нормальным. Пульс у трети больных нормальный. Брадикардия имеет почти такую же частоту, как и тахикардия. Артериальное давление и пульс нормализуются значительно быстрее, чем венозное давление. У всех больных выявляется нарушение капиллярного кровообращения. Методом радиоиндикации обнаруживается замедление скорости резорбции радиоизотопов и асимметрия ее, исчезающее по мере улучшения состояния больного.

Люмбальная пункция у половины больных с легкой травмой черепа и мозга показывает нормальное ликворное давление, у четверти-повышенное и у другой четверти — пониженное давление. При тяжелой травме у 20 больных из 39 давление спинномозговой жидкости было повышено,, а у 15 больных понижено. Количество белка и цитоз в ликворе при легкой травме черепа остаются нормальными, а при тяжелой — повышаются.

У подавляющего большинства больных отмечаются нарушения частоты, ритма и глубины дыхания. При тяжелой травме у части больных наблюдаются грубые нарушения дыхания, у другой части — неравномерное дыхание. При легкой травме изменения дыхания (неравномерное, волнообразное дыхание) отмечаются почти у всех больных. По мере улучшения состояния больных дыхание нормализуется.

Изменения морфологического состава белой крови характеризуются тем, что у 32,4% больных с легкой черепномозговой травмой и у 54,3%—с тяжелой травмой имеется умеренно

выраженный лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево. У 10—12% больных отмечается лейкопения. У 32,1% — небольшое ускорение РОЭ при легкой и у 45,8% — при тяжелой черепномозговой травме. По мере выздоровления число больных с лейкоцитозом снижается, но несколько возрастает число больных с лейкопенией.

У 20% обследованных больных вегетативные нарушения являются единственным объективным подтверждением жалоб. Это имеет значение для диагностики легких степеней травмы, при которых часто отсутствуют симптомы органического поражения центральной нервной системы. Вегетативные нарушения являются объективным критерием для индивидуального подхода к больному при решении вопросов терапии, сроков госпитализации и прогноза.

Учёт вегетативных нарушений, возникающих в остром периоде закрытой травмы черепа и мозга, должен производиться комплексно, во взаимосвязи с данными анамнеза, жалобами больного, клиническим обследованием.

---

185. ПУЛАТОВ А. Т.

оконч. 1 Московский мединститут в 1949 г. Дисс. докторская.

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ ПРИ НЕКОТОРЫХ ВИДАХ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ И ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

2 тома, 567 стр., в лит. указат, 380 источн. Защ. в июне 1962 г. в Ленинградском санитарно-гигиеническом медицинском институте.

Система гипофиз-кора надпочечников является важным звеном в защитно-приспособительной реакции организма как в нормальных, так и в патологических условиях. В функциональном отношении гипофизоадреналовая система находится в тесном субординационном взаимодействии с центральной и вегетативной нервной системой, где нервной системе в известных отношениях принадлежит доминирующая роль.

Реакция организма, в том числе и системы гипофиз-кора надпочечников, зависит от характера основного заболевания, психического состояния и подготовки больного к операции, вида обезболивания, тяжести и продолжительности операционной травмы и других факторов.

Изучение функционального состояния коры надпочечников автором произведено у 401 хирургического больного. В работе использованы исследования 17-оксикортикостероидов (17—ОКС) в крови и моче, 17-кетостероидов (17—КС) в моче и абсолютного числа эозинофилов в периферической крови. Всего произведено около 5000 определений показателей функционального состояния коры надпочечников.

Исследование динамики 17-ОКС в плазме может служить хорошим и достаточно отчетливым показателем оценки тяжести оперативных вмешательств и особенно отдельных видов обезболивания. Определение 17-ОКС в моче свидетельствует о биосинтезе глюкокортикоидов в коре надпочечников и процессе ближайшего метаболизма их в печени. Концентрация 17-КС в моче является вторичным показателем функционального состояния коры надпочечников, и естественной функциональной пробой печени в метаболизме стероидных гормонов коры надпочечников. В практической работе подсчет абсолютного числа эозинофилов в периферической крови может быть рекомендован как вторичный показатель уровня 17-ОКС в крови. Для изучения потенциальных возможностей коры надпочечников целесообразно применение пробы с внутримышечным однократным введением 30 единиц АКТГ с параллельным определением динамики эозинофилов и 17-КС в течение трех суток.

В повышении функциональной активности коры надпочечников перед операцией большое место принадлежит психическому напряжению больных. Общепринятый метод медикаментозной предоперационной подготовки больных не предотвращает повышения концентрации 17-ОКС в плазме. Содержание свободных 17-ОКС в плазме повышается к середине операции вне зависимости от ее тяжести и вида обезболивания. Но, тем не менее, интенсивность реакции системы гипофиз-кора надпочечников, главным образом, зависит от характера основного заболевания, вида обезболивания, тяжести и продолжительности хирургического вмешательства, техники выполнения последнего и т. д.

Повышение уровня 17-ОКС в крови на 150—200% (от уровня перед началом операции) в течение всего операционного и раннего послеоперационного периода соответствует оптимальной реакции системы гипофиз-кора надпочечников при проведении сложных хирургических вмешательств под эндотрахеальным эфирным наркозом в стадии аналгезии. Для нормализации функции коры надпочечников во время хирургического вмешательства, а также в послеоперационном периоде, метод общего обезболивания должен предусматривать торможение вегетативной иннервации. В этом отношении целесообразнее применение антидеполяризующих миорелаксантов (диплацина), а при использовании релаксантов депо-

ляризующего действия (дитилина), необходимо комбинировать их с введением небольшой, не вызывающей отчетливой гипотонии, дозы ганглиолитического вещества (пентамина).

Максимальное напряжение функционального состояния коры надпочечников наблюдается к концу операции или к началу вторых суток после операции и продолжается в течение первых двух дней после операции средней тяжести (грыжесечение, аппендэктомия и т. д.), произведенных под местным обезболиванием и в среднем в течение 3—4 дней после сложных операций (резекция желудка, холецистэктомия и т. д.) под наркозом в стадии аналгезии. Нормализация функционального состояния коры надпочечников в зависимости от тяжести операционной травмы и характера основного заболевания происходит на 6—9 день после операции. Продолжительность периода максимального напряжения функционального состояния коры надпочечников, в ответ на операционную травму, находится в прямой зависимости от тяжести общего состояния больного и метода обезболивания.

В предоперационной подготовке больных с инертными надпочечниками целесообразен активный метод, направленный на мобилизацию собственных ресурсов коры надпочечников. В этом отношении, кроме АКТГ, следует использовать и другие способы повышения резистентности организма (переливание крови, закаливание организма физическими упражнениями и т. д.). Непосредственно перед началом или во время операции введение АКТГ у больных с недостаточностью надпочечников может вызвать острую недостаточность надпочечников в результате суммированного воздействия на них операционной травмой и специфическим гормональным стимулятором. Поэтому в этот период наиболее показанными являются введение экзогенных кортикостероидных гормонов.

В послеоперационном периоде, у больных с явлениями недостаточности надпочечников, следует считать показанным применение кортикостероидных гормонов только в период максимального напряжения функционального состояния коры надпочечников. Исключение составляют только те больные, которые получали кортикостероидные гормоны продолжительное время вплоть до начала хирургического вмешательства.

---

186. ХАМИДОВ Н.

оконч. Таджикский госмединститут им. Абуали ибни Сино (г. Душанбе) в 1957 г. Дисс. канд.

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПЕЧЕНИ У БОЛЬНЫХ ТИРЕОТОКСИКОЗОМ В СВЯЗИ С ЛЕЧЕНИЕМ J^{131}

1 том, 210 стр., в литер. указат. 208 источн. Защ. в июне 1963 г. в ЦИУВ (г. Москва).

Изучалось функциональное состояние печени у больных тиреотоксикозом комплексом печеночных проб до, в процессе и после лечения йодом — 131.

Пигментная функция печени изучалась путем количественного и качественного определения содержания билирубина в сыворотке крови по Гиманс ван ден Бергу и качественной реакцией на уробилин в моче. Содержание холестерина в сыворотке крови определялось по методу Энгельгардта и Смирновой. Количество общего белка сыворотки определялось рефрактометрическим способом, а его отдельные фракции — методом электрофореза на бумаге. Углеводная функция печени выяснялась исследованием содержания сахара в крови методом Хагедорна и Иенсена, антитоксическая функция — при помощи пробы Квика-Пытеля.

Исследования показали, что у практически здоровых лиц уровень билирубина в сыворотке крови находится в пределах 0,2—08 мг%, а реакция мочи на уробилин у всех оказывается отрицательной; количество общего холестерина сыворотки крови находится в пределах 140—200 мг%, содержание общего белка колеблется от 7,75 до 8,77% (альбуминов — 55,2 — 60,6%, альфа — 1 глобулинов — от 4,4 до 5,8%, альфа-2 глобулинов — от 6,6 до 8,8%, бета-глобулинов — от 9,7 до 12%, гамма-глобулинов — от 16,7 до 20,3%). Показатели альбумино-глобулинового коэффициента составляют в среднем 1,3; реакция Таката-Ара у всех отрицательная. Количество сахара в крови составляет натощак от 80 до 120 мг%; показатель пробы Квика-Пытеля колеблется в пределах от 71,3 до 80%.

Как видно, у контрольной группы людей показатели исследованных печеночных проб не имеет отклонений от известной нормы.

У преобладающего большинства больных тиреотоксикозом средней тяжести и у всех больных с тяжелым тиреотоксикозом до лечения йодом — 131 функциональное состояние печени претерпевало нарушения. Так, со стороны пигментной

функции отмечались гипербилирубинемия и повышенная уробилинурия. Тяжелый тиреотоксикоз, особенно осложненный тиреотоксическим гепатитом, сопровождается выраженной гипохолестеринемией. У больных же тиреотоксикозом средней тяжести содержание общего холестерина крови находится в пределах нормы. Нарушение белковообразовательной функции печени проявляется гипопротеинемией, уменьшением альбуминовой и увеличением глобулиновых подфракций. У таких больных выявляются патологические сахарные кривые после нагрузки галактозой с высокими гипергликемическим и постгипергликемическим коэффициентами.

Степень нарушения исследованных функций печени находится в прямой зависимости от тяжести тиреотоксикоза: чем тяжелее клиническое течение болезни, тем резче выражены нарушения.

В процессе лечения йодом — 131 (в течение первой недели после приема его лечебной дозы) печеночные пробы не выявляют ухудшения функционального состояния печени у больных тиреотоксикозом. После лечения йодом-131 по мере стихания явлений тиреотоксикоза функциональное состояние печени нормализуется.

Полученные данные свидетельствуют о том, что поражения печени у больных тиреотоксикозом не являются противопоказанием к лечению йодом-131. Напротив, учитывая большой риск оперативного вмешательства и малую эффективность консервативной антитиреоидной терапии в этих случаях, лечение йодом-131 приобретает особую важность.

---

187. ШЕНИГСОН (ПАРИЖСКАЯ) Б. С.

оконч. Таджикский госмединститут им. Абуали ибни Сино (г. Душанбе) в 1943 г. Дисс. канд.

РАСПРОСТРАНЕНИЕ ЛАМБЛИЙ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ ЛАТВИЙСКОЙ ССР И РАЗРАБОТКА НОВОГО МЕТОДА ХИМИОТЕРАПИИ ЛАМБЛИОЗА НИТРОФУРАНАМИ.

1 том, 197 стр., в лит. указат. 312 источн. (240 отеч., 72 иностр.).

Защ. в июне 1963 г. в Рижском медин-те.

В связи с недостаточной изученностью распространения ламблий в Латвийской ССР, а также необходимостью дальнейших поисковых работ в области химиотерапии ламблиоза, автор поставил для разрешения такие задачи: 1) Изучить распространение ламблий среди населения республики; 2) изучить на экспериментальной модели ламблиоза терапевтическую активность важнейших представителей из ряда нитрофуранов; 3) изучить в клинических условиях терапевтическое действие наиболее эффективного в эксперименте препарата нитрофуранового ряда—фуразолидона и разработать метод его клинического применения.

Автор первым предпринял изучение распространения и видового состава кишечных простейших в 1956 г.

Исследование фекалий на кишечные простейшие производилось в нативных мазках и в мазках, окрашенных йодным раствором. Всего обследовано 5908 человек и просмотрено 23632 копрограммы. 3083 человека одновременно обследованы и на гельминтозы.

Ламблии были обнаружены в кале у 974 человек или 16,6% к числу обследованных.

Инвазированность ламблиями различных контингентов населения неодинаковая: наиболее пораженным контингентом являются дети детских яслей (33,6%), вслед за ними — группа детей домов ребенка (28,1%) и дети детских садов (10,3%). Среди работников пищевых предприятий гор. Риги инвазированность выявлена в 5,4%. Возможно, что при несоблюдении правил личной гигиены, работники пищевых предприятий могут играть некоторую роль в передаче ламблиозной инвазии.

Чтобы уточнить наличие взаимосвязи между инвазированностью ламблиями и заболеваниям кишечника у детей в возрасте до 3-х лет, автор группу детей в 475 человек разделил на несколько подгрупп: здоровые дети, дети с неустойчивым стулом и дети, больные хронической дизентерией. Обследование показало, что среди детей с неустойчивым стулом инвазированность ламблиями была выше почти в 2,5 раза, а с хронической дизентерией — в 2 раза, чем среди здоровых детей.

Было проведено также сравнительное обследование на пораженность ламблиями детей из детских учреждений и детей, постоянно проживающих в домашней обстановке. При этом оказалось, что дети, постоянно живущие дома, примерно в 3 раза меньше инвазированы ламблиями, чем дети детских яслей. 3083 человека были одновременно обследованы на гельминтозы и кишечные простейшие. Из отдельных видов гельминтов были обнаружены аскариды, власоглавы, острицы, карликовые цепни. Процент инвазированности ламблиями в два раза ниже среди лиц, инвазированных аскаридами, чем не инвазированных.

Экспериментальное изучение противоламблиозной активности нитрофуранов показало, что фуразолидон при введении per os

в дозе 10—30 мг/кг белым мышам, зараженным L. muris оказывает выраженное противоламблиозное действие и приводит к освобождению большинства животных от ламблий. При пятидневном введении препарата в дозе 30 мг/кг веса освобождение животных от паразитов достигается в 98%. Непосредственно после окончания введения фуразолидона удается вызвать повторное заражение подопытных животных.

Противоламблиозная активность фуразолидона, фуразидина, фурадонина значительно превышает активность фурацилина. Активность фуразолидона выше, чем активность фурадонина и фуразидина.

Терапевтический эффект от применения акрихина при ламблиозе белых мышей получен в дозах 100 мг/кг у 30 животных из 48 и 200 мг/кг веса у 9 животных из 10. Непосредственно после окончания введения акрихина удается вызвать повторное заражение подопытных животных ламблиями.

Резохин и нистатин противоламблиозной активностью не обладают.

Для лечения ламблиоза и санации ламблионосителей самым эффективным средством является фуразолидон, применение которого должно проводиться по такой схеме: суточная доза для детей 7,5 мг/кг, для взрослых 0,4—0,5 в течение 5—7 дней. При этом наблюдается освобождение от ламблий 100% леченных лиц.

При контрольных обследованиях в детских учреждениях установлено, что с увеличением срока, прошедшего с момента окончания лечения детей фуразолидоном, процент положительных находок у них возрастает, достигая к концу года 45,6.

В результате лечения фуразолидоном у детей наблюдается нормализация стула и увеличение средней прибавки в весе. Субъективных и объективных проявлений побочного действия фуразолидона у леченных больных не отмечается.

окончил Ростовский на Дону госмединститут в 1939 г. Дисс. докторская:

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ ПО ПЛАСТИКЕ ДЕФЕКТОВ СУХОЖИЛИЙ.

1 том, 519 стр., в лит. указат. 601 источн. (376 отеч. и 225 иностр.)
Защ. в сентябре 1963 г. в Минском госмединституте.

Чтобы установить при каком из наиболее употребляемых в клинической практике способов замещения дефектов наступает наиболее совершенное восстановление структуры и функции поврежденного сухожилия; определить характер образующегося регенерата при заживлении сухожильной раны; выяснить значение фактора натяжения сухожилия и других условий, при которых происходит регенерация, автор в первой части своей работы предпринял экспериментальные исследования на скакательных сухожилиях 146 кроликов, у которых производились 192 операции с различными способами замещения дефектов сухожилия.

Методика всех 5 серий опытов была одинакова: у всех кроликов резецировалось скакательное сухожилие при сохранении сухожильного влагалища и полученный дефект замещался: кровяным сгустком (I серия), шелковыми нитями (II серия), сухожильным автотрансплантатом (III), лиофилизированным сухожильным гомотрансплантатом (IV) и капроновой сеткой (V серия).

Для изучения динамики морфологических изменений в тканях регенерирующих сухожилий препараты брались в сроки от 7 дней до 18 месяцев после произведенной пластики сухожилия. Препараты сухожилия изучались под лупой и под микроскопом, делались гистиограммы и микрофотограммы.

Проведенные эксперименты с замещением дефекта сухожилия кровяным сгустком показали, что образующаяся, вследствие кровоизлияния и травмы сухожилия, грануляционная ткань через месяц превращается в зрелую волокнистую соединительную ткань с заметным в препаратах беспорядочным ходом волокон, переплетающихся в различных направлениях. Через 3—4 месяца после операции появляется некоторая продольная ориентация волокон, часть из которых напоминает сухожильные, идущие непрерывно от одного конца препарата к другому. Через 6—18 месяцев с момента операции морфологическая картина существенно не меняется.

Во второй серии опытов наблюдалось более организованное формирование волокнистой ткани в регенерате. Эти опыты

подтвердили, что шелковые нити по своим физико-химическим свойствам не могут считаться хорошим материалом для замещения дефектов сухожилия.

Таким образом, из опытов с замещением дефектов сухожилия кровяным сгустком и шелковыми нитями было видно, что если сама сухожильная ткань полностью выключена из процесса регенерации, то происходит неполная репарация— восстанавливается очень тонкое, растянутое, неполноценное в анатомическом и функциональном отношениях, сухожилие.

В опытах III серии с аутопластикой было замечено, что в ранние сроки после пластики (1—2 недели) уже наступают отёк, набухание и гомогенизация трансплантата.

В результате проведенных наблюдений в опытах с сухожильной аутопластикой автор считает, что аутотрансплантат, которым замещается дефект сухожилия, играет роль временного прореза и является направляющей канвой, вдоль которой формируется регенерирующая сухожильная ткань.

В IV серии экспериментов с гомопластикой сухожилий гомогенизация была видна уже через неделю после операции. Эти эксперименты привели к заключению, что при гомопластике сухожилий возможно два способа восстановления сухожильной ткани: 1) рассасывание гомотрансплантата и постепенное замещение его новообразованной тканью; 2) инкапсуляция гомотрансплантата с постепенным обызвествлением и одновременным прорастанием и врастанием сухожильной ткани между его волокнами.

В опытах с замещением дефекта капроновой сеткой (V серия) уже в препаратах двухнедельного срока регенерат макроскопически имел одинаковую с нормальным сухожилием толщину. Примерно через 1 месяц после операции новообразованная ткань микроскопически по своему строению напоминала сухожильную. К 2—3 месяцам после пластики дефект заполнялся волокнистой тканью, гистологически сходной с сухожильной.

Таким образом, капроновая сетка, прочно соединяющая концы сухожилия, восстанавливает нормальный физиологический тонус сухожилия и обеспечивает условия для направленной регенерации сухожильной ткани. Капроновые нити являются индиферентным пластическим материалом для реципиента, трансплантация их дает ничтожную клеточную реакцию. Капроновая сетка лучше обеспечивает восстановление непрерывности сухожильной ткани, что является главным условием регенерации сухожилия.

Результаты экспериментального исследования легли в ос-

нову применения капроновой сетки при пластике сухожилий в клинических условиях.

С применением капроновой сетки автор прооперировал 100 больных с различными дефектами сухожилий.

Используя капроновую сетку при сухожильной пластике, автор видоизменил и упростил ряд ортопедических операций.

На основании полученных результатов делаются следующие выводы, касающиеся клинических показаний к аллопластике сухожилий.

1. При укорочениях ахиллова сухожилия поперечная тендотомия с последующей пластикой дефекта капроновой сеткой дает хорошие клинические результаты и показана при деформациях стопы по типу конской и конско-полой у больных, перенесших полиомиелит и спастический паралич. При повреждении ахиллова сухожилия замещение дефекта его капроновой сеткой в поздние сроки дает хороший эффект.

2. При деформациях пятки укорочение ахиллова сухожилия с укреплением его капроновой сеткой, как метод оперативного лечения, пока не может быть рекомендован.

3. Удлинение сухожилий сгибателей бедра после поперечной тендотомии капроновой сеткой или надставление сеткой при пересадке на надколенник, либо на апоневротическое растяжение четырехглавой мышцы бедра, дает хорошие результаты и может быть рекомендовано у больных с паралитическими и спастическими сгибательными контрактурами коленных суставов.

4. Субспинальная миотомия при сгибательных контрактурах в тазобедренном суставе с аллопластикой пересеченных мышц и сухожилий и с последующим ношением ортопедических аппаратов дает вполне удовлетворительные результаты.

5. Удлинение сухожилий передней большеберцовой или малоберцовой мышцы с надставлением капроновой сеткой при пересадке на наружный или внутренний край стопы с трансоссальным креплением их дает хорошие результаты.

6. Удлинение сухожилий сгибателей кисти и пальцев на предплечье с поперечной тендотомией и замещением дефектов капроновой сеткой при мышечно-сухожильных контрактурах обеспечивает хорошие анатомические и функциональные последствия.

7. Пластика дефектов сухожилий глубоких сгибателей в области ладони и на пальцах дает у большинства больных удовлетворительные результаты. Они еще более улучшаются, если больные в послеоперационном периоде занимаются лечебной гимнастикой.

8. При травмах собственной связки надколенника, наружных связок коленного сустав восстановление их с помощью капроновой сетки проходит успешно и такая аллопластика может быть рекомендована при пластических операциях на связочном аппарате.

---

189. ПЛОТНИКОВ И. П.

оконч. Таджикский госмединститут им. Абуали ибни Сино (г. Душанбе) в 1951 г. Дисс. канд.

СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ СИСТЕМА В ПЕРИОД АДАПТАЦИИ ЧЕЛОВЕКА К УСЛОВИЯМ ВЫСОКОГОРЬЯ.

1 том. 154 стр., в лит. указат. 259 источн. Защ. в сентябре 1963 г. в Таджикском госмединституте им. Абуали ибни Сино (г. Душанбе).

Выяснение реакции сердечно-сосудистой системы на климатические условия высокогорья (Восточный Памир) вновь прибывших и людей, живущих здесь длительный период, и коренных жителей являлось задачей диссертации.

С этой целью были обследованы две группы людей. Первую группу составляли участники высокогорной экспедиции (28 человек), вторую — местные жители и лица, живущие длительное время на высоте 3600 м.

Помимо детального общеклинического обследования, проводилось также изучение электрической возбудимости сердца методом электрокардиографии и сократительной способности сердца методом баллистокардиографии.

У участников экспедиции во время пребывания в условиях высокогорья (4200 м) из основных субъективных ощущений была одышка, которая продолжалась на протяжении всего периода пребывания на высоте. Она усиливалась при малейшем движении, разговоре, периодически наблюдалась потребность в глубоком вдохе. В период сна одышка нередко приобретала характер дыхания Чейн-Стокса.

Несколько реже испытуемые жаловались на сердцебиение, особенно в начальный период пребывания на высоте. В дальнейшем оно регистрировалось в единичных случаях. Головная боль, тошнота, рвота отмечались значительно реже.

При объективном исследовании со стороны сердца у большинства испытуемых отмечалось приглушение тонов сердца и в половине всех случаев расщепление и акцент II тона на легочной артерии. Последний симптом в дальнейшем участился и к четвертой неделе наблюдался у всех участников экспедиции. Нередко прослушивался систолический шум в легочной артерии. Увеличивалась частота пульса.

Артериальное давление характеризовалось повышением диастолического давления и незначительным кратковременным повышением систолического, в результате чего пульсовое давление оказалось пониженным.

Более закономерным изменением сердечно-сосудистой системы было усиление функции правого желудочка сердца, которое выражалось появлением акцентуации и расщепления II тона, реже — появлением систолического шума на легочной артерии, электрокардиографически-сдвигом электрической оси сердца вправо.

В процессе адаптации к условиям высокогорья уже с первых дней нарастала сила сердечных сокращений.

Весь комплекс обнаруженных со стороны сердечно-сосудистой системы — акцент и расщепление II тона, систолический шум на легочной артерии, девиация электрической оси сердца вправо, нарастание амплитуды волн H и L баллистокардиограммы—свидетельствует о повышении давления в малом кругу кровообращения в процессе пребывания в условиях высоты.

Относительная стабилизация отмеченных показателей сердечно-сосудистой системы при адаптации к условиям высокогорья наступает к 6 — 9 неделе. После этого периода наблюдается постепенное обратное развитие ряда показателей.

По возвращении в долинную местность наступает обратное развитие отмеченных сдвигов сердечно-сосудистой системы. Тем не менее, к 23 неделе не все показатели ее возвращались к исходным величинам. Из субъективных показателей у отдельных испытуемых наблюдалось сердцебиение, головная боль, покалывание в области сердца. В ряде случаев было отмечено приглушение тонов сердца, расщепление II тона на легочной артерии. Со стороны электрокардиограмм иногда наблюдалось смещение сегмента RS—T выше изоэлектрической линии.

В период длительного проживания в высокогорной местности со стороны сердечно-сосудистой системы развивались определенные адаптационные изменения, приближающиеся к акклиматизационным, наблюдаемым у аборигенов больших высот. Пятилетний срок пребывания в этих условиях не может быть достаточным для наступления полной акклиматизации.

Повышенная нагрузка на сердце в условиях гипоксической гипоксии у длительно живущих и постоянных жителей высо-

когорья иногда приводит к нарушению функционального состояния сердечной мышцы.

Наблюдаемые изменения сердечно-сосудистой системы в условиях высокогорья являются физиологической приспособительной реакцией на своеобразные климатические условия, способствующие нормальной жизнедеятельности человека в горах.

---

190. ГАЛЬЦЕВ В. А.

оконч. Таджикский госмединститут им. Абуали ибни Сино (г. Душанбе) в 1952 г. Дисс. канд.

ВЛИЯНИЕ ВИТАМИНОВ B_2 и B_6 НА КРОВОТВОРЕНИЕ ПРИ АНЕМИЯХ.

1 том, 223 стр., в лит. указат. 254 источн. Защ. в октябре 1963 г. в Таджикском госмединституте им. Абуали ибни Сино (г. Душанбе).

Работа ставит целью выяснение возможности и эффективности применения витаминов B_2 и B_6 при лечении анемий.

В качестве контроля для оценки полученных результатов исследовалась группа практически здоровых лиц, родившихся и выросших в Таджикистане.

Анемии, встречающиеся в Таджикистане, в связи с учётом ведущего патогенетического фактора подразделялись на 3 группы: энтероколитическую, гепатолиенальную и «сочетанную».

В связи с тем, что в последние годы гепатолиенальный синдром в «чистом виде» редко являлся причиной анемического состояния, влияние рибофлавина и пиридоксина на кровотворение изучалась в двух группах — энтероколитической и «сочетанной». Энтероколитическую группу составляли больные анемией, возникшей на фоне хронического энтероколита; в сочетанную группу отнесены больные, у которых анемия развилась на фоне гепатолиенального синдрома (гепатоспленомегалии) и хронического энтероколита.

В обследованных группах отмечалась эритропения и лейкопения. В формуле белой крови закономерных отклонений не обнаружено. Ретикулоцитоз был умеренным. Анемия характеризовалась нормомикроцитозом, гипо-нормохромией, нормобластическим типом костномозгового кровотворения; последняя особенность отличала анемию от ранее описанного в Таджикистане малокровия, которое характеризовалось макроцитозом при мегалонормобластическом типе костномозгового кровотворения. Цифры сывороточного железа колебались в пределах 14—84 гамма-процентов. Клинически в $^1/_3$ случаев были отмечены симптомы гиповитаминоза комплекса В.

Методика исследования заключалась в проведении повторных общих анализов крови, определении сывороточного железа, построении эритроцитометрической кривой и вычислении среднего диаметра эритроцитов, изучении пунктата костного мозга с вычислением ряда индексов.

Исследования проводились до лечения, через сутки и после курсового (10 дней) применения рибофлавина или пиридоксина. Ретикулоциты определялись ежедневно, миелограмма — до и после лечения.

При изучении группы здоровых людей выяснилось, что число ретикулоцитов, эритроцитометрическая кривая, средний диаметр эритроцитов, цифры сывороточного железа и картина костного мозга, полученная при пункции грудины, практически не отличаются от средних норм.

Изучение влияния рибофлавина и пиридоксина показало, что как через сутки, так и после курсового применения этих витаминов изменений со стороны функций кровотворных органов у них не отмечается.

От применения пиридоксина в энтероколитической группе анемий отмечено улучшение субъективных и ряда объективных показателей. Указанный терапевтический эффект наблюдается у больных с резко выраженной анемией с явным микроцитозом, гипохромией и с нормобластическим типом кровотворения.

В результате лечения пиридоксином динамика показателей эритропоэза характеризовалась увеличением (на 39%)) числа эритроцитов, нарастанием (в среднем на 35%) содержания гемоглобина, регенерацией крови с определенным ретикулоцитозом, увеличением диаметра эритроцитов, снижением содержания железа в сыворотке. В костном мозгу до лечения имела место некоторая гипоплазия эритроцидного ростка при выраженном нарушении созревания эритробластов. После лечения в эритрограмме отмечалось умеренное увеличение процента полихроматофильных и оксифильных эритробластов. Эти данные свидетельствуют о том, что пиридоксин в ряде случаев обладает стимулирующим действием на эритропоэз.

У больных «сочетанной» группы субтропических анемий при лечении витамином B_6 получены данные, аналогичные вышеизложенным.

При нормоцитарной гипохромной анемии с гиповитаминозом комплекса В лечение рибофлавином иногда дает положительный терапевтический эффект. Применение рибофлавина

не дает закономерных сдвигов в показателях белой крови у больных с анемиями.

Результаты исследований показывают, что пиридоксин и рибофлавин в ряде случаев при анемиях обладают стимулирующим действием на кровотворение и их применение показано в комплексной терапии анемий.

---

191. ПУЛАТОВ, А. М.

оконч. Таджикский госмединститут им. Абуали ибни Сино (г. Душанбе) в 1950 г., дисс. докторская

НАРУШЕНИЕ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ, КЛИНИЧЕСКИ ПРОЯВЛЯЮЩИЕСЯ ОПУХОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ.

1 том, 360 стр., в лит. указат. 560 источн. Защ. в октябре 1963 г. в АМН СССР (г. Москва).

Учитывая большую важность разработки вопросов патогенеза, клиники, дифференциальной диагностики и патолого-анатомической характеристики нарушений мозгового кровообращения, напоминающих клиническую картину опухоли головного мозга, автор провел исследование, которое охватывает 140 больных с очаговым поражением головного мозга, поступивших в Институт нейрохирургии АМН СССР.

Все наблюдения были изучены с использованием комплекса современных методов клинического исследования и с последующим клиническим анализом каждого случая. Детальному анализу подвергались очаговая церебральная симптоматика, вторично-дислокционные симптомы и синдром повышения внутричерепного давления. Ретроспективный анализ этих наблюдений показал, что истинным источником очагового поражения головного мозга в 58 случаях была гипертоническая болезнь, в 59—церебральный атеросклероз и в 23—их сочетание.

Проведенные исследования показали, что гипертензионно-дислокационный синдром с относительной стационарностью гнездного полушарного очага, отмечаемый в клинике расстройства мозгового кровообращения, большей частью связан с гипертоническим инсультом. В случаях же подкорково-паравентрикулярной локализации гнездного очага гипертензионно-дислокационный симптомокомплекс возникает независимо от этиологии инсульта. Патоморфологическую основу этого синдрома составляет общий отёк мозга с дисгемическими явлениями в сосудах полости черепа.

Медленно формирующаяся очаговая симптоматика с последующим её прогрессированием, при минимальной выраженности симптомов повышения внутричерепного давления, в большинстве случаев этиологически связана с атеросклерозом. В её патогенетической основе лежит расширение ишемического очага размягчения в результате постоянно действующей хронической недостаточности мозгового кровообращения.

Гипертензионно-дислокационный симптомокомплекс с медленным формированием очаговой симптоматики в нозологическом отношении связан в большей частью случаев с церебральным атеросклерозом, сочетающимся с гипертонической болезнью. В патогенезе гипертензионно-дислокационного синдрома доминирующее место принадлежит, очевидно, гипертонической болезни, а прогрессирование гнездного очага в мозгу зависит от тяжести церебрального атеросклероза.

Диффузный церебральный атеросклероз с дистрофическими изменениями мозговой паренхимы, особенно лобных долей, имитирует клинику опухолей лобной и лобно-каллезной локализации. Отсутствие гипертензионного синдрома в этих случаях наводит на мысль о злокачественной природе предполагаемой опухоли.

Гипертензионный синдром, возникающий при гипертонических кризах и динамических растройствах мозгового кровообращения с дисгемическими явлениями в системе базилярно-мозжечковых артерий, в сочетании с очаговой симптоматикой направляют мысль в сторону возможности опухоли задней черепной ямки, а при возникновении дисгемических явлений в сосудах диэнцефальной области возникает предположение об опухоли диэнцефально-гипоталамической области.

При гипертоническом и атеросклеротическом инсульте застой не ограничивается пределами соска зрительного нерва, а распространяется и в ткань сетчатки. Интенсивность мелкоточечных периваскулярных геморрагий в области соска и в окружающей сетчатке, скорее всего, зависит от степени гипертонической болезни и высоты артериального давления, а не от выраженности застоя. Застойные соски и нарушения полей зрения, обусловленные повышением внутричерепного давления и локальным очагом в мозгу, при этих заболеваниях более динамичны и часто обратимы.

При локализации сосудистого очага в зоне васкуляризации корковых ветвей средней мозговой артерии, а также при диффузном церебральном атеросклерозе возникает диссоциированное снижение слуха, в случаях же подкорково-стволовой локализации очага-диффузное снижение слуха как на тоны, так и на речь.

При мозговых инсультах характер вестибулярных расстройств зависит как от степени повышения внутричерепного давления, так и от уровня поражения вестибулярных проводников. В случае расстройств мозгового кровообращения, обусловленных гипертонической болезнью, независимо от степени возбудимости вестибулярного аппарата, отмечается выраженная вегетативно-сосудистая реакция при функциональных пробах.

Очаговые изменения биотоков мозга при гипертоническом инсульте выявляются в виде дельта-активности небольшого периода, сочетающейся с бета-ритмом, которые обычно записываются на более распространенном участке, нежели клинически предполагаемый очаг. Если в этих случаях болезнь осложняется синдромом повышения внутричерепного давления, то, наряду с очаговыми изменениями ЭЭГ, выявляется диффузная дельта-активность низкой амплитуды.

При атеросклеротическом инсульте очаговая дельта активность более замедленного периода регистрируется в зоне морфологически обнаруживаемого очага. Отсутствие патологической электрической активности на ЭЭГ при наличии клинического очага в коре или постепенная нормализация данных ЭЭГ больше говорят в пользу сосудистого генеза очагового поражения головного мозга.

При очаговом поражении головного мозга, обусловленном расстройством мозгового кровообращения, ликворная гипертензия чаще возникает там, где в генезе церебральной симптоматики лежит гипертоническая болезнь, но, в отличие от опухолевой, ликвор содержит мало белка; в случаях очаговой церебральной симптоматики атеросклеротического происхождения, напротив, обнаруживается гиперпротеинорраxия, но при наличии либо ликворной нормотензии, либо даже гипотензии.

При диэнцефально-гипоталамической локализации очага размягчения возникает ликворная гипертензия с гиперпротеинорраxией, а в случаях паравентрикулярной локализации процесса они сочетаются с плеоцитозом и наличием клеток эпендимы и арахноэндотелия в осадке ликвора.

Наличие сосудистых борозд и венозных выпускников, часто встречающихся на обзорных рентгенограммах черепа больных гипертонической болезнью и церебральным атеросклерозом, не всегда является краниографическим признаком повышения внутричерепного давления, и чаще обусловлена либо декомпенсационной стадией гипертонической болезни, либо слабостью правого сердца, возникающей при атеросклерозе. Это имеет место при опухолях головного мозга. При атеросклеротическом генезе указанных очагов размягчения на

пневмограммах отмечается излишнее скопление воздуха в субарахноидальных щелях при ликворной нормо—или даже гипотензии.

Изредка встречающееся смещение сосудистых пробегов при инсультах менее значительно, чем при опухолях головного мозга. Ангиографическим выражением тромбозов и эмболий мозговых сосудов является обрыв сосудов и незаполнение их выше места закупорки с наличием бессосудистой зоны в области их васкуляризации.

Этиопатогенетическое лечение, направленное на нормализацию ликворо- и кровообращения в полости черепа, а также на стабилизацию последствий сосудистой катастрофы в случаях атипично проявляющихся гипертонических и атеросклеротических инсультов, кризов и хронической недостаточности мозгового кровообращения, в известной степени способствует обратному развитию церебральных симптомов, что также свидетельствует о сосудистом генезе указанных очаговых поражений головного мозга.

---

192. ИСМАИЛОВ, Д. Р.

оконч. Таджикский госмединститут им. Абуали ибни Сино в 1958 г., дисс. канд.

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ОПУХОЛЕЙ ЗАТЫЛОЧНОЙ ДОЛИ И ПРИЛЕГАЮЩИХ К НЕЙ ОТДЕЛОВ ТЕМЕННЫХ И ВИСОЧНЫХ ДОЛЕЙ МОЗГА.

1 том, 214 стр., в лит. указат. 284 источн. Защ. в декабре 1963 г. в АМН СССР (Москва).

Своевременная и точная диагностика опухолей затылочной доли и соседних с нею отделов теменных и височных долей мозга имеет большое практическое значение.

Исходя из этого, автор провел комплексную разработку 80 наблюдений опухолей затылочной доли и прилегающих к ней отделов теменных и височных долей мозга, уточненных на операции или аутопсии.

Исследования показали, что в типичных случаях диагностика опухолей затыглочной доли и прилегающих к ней отделов теменных и височных долей мозга не представляет особых затруднений. В атипичных случаях, особенно в стадии прогрессирования заболевания возникают значительные диагностические трудности. В таких случаях неоценимую по-

мощь оказывают рентгенологические методы исследования (краниография, пневмография и ангиография).

Краниография является простым и общедоступным диагностическим методом, а при наличии первичных или локальных изменений оказывает большую помощь в определении локализации опухоли. Обнаружение только вторичных гипертензионно-компрессионных изменений при краниографии может лишь указывать на наличие процесса, суживающего пространство. В тех случаях, когда краниография не дает представления о топике процесса, часто приходится прибегать к контрастным методам рентгенологического исследования.

Метод пневмогрфаии (вентрикулография и вентрикулокистография) в ряде случаев дает возможность определить локализацию опухолевого или иного рода образования, размеры, глубину залегания, направление роста опухоли и ее отношение к желудочковой системе мозга. Наряду с этим, при внутримозговой опухоли нередко появляется возможность определить в полости ее кисты даже край тени нависающей опухоли, что представляется важным как для определения локализации опухоли, так и для суждения о морфологической ее природе. Однако анатомо-топографические особенности затылочной доли и случаи неудач в производстве вентрикулографии, а также возможные осложнения при этом методе требуют иногда более сдержанного отношения к нему. Во избежание неудач и возможных осложнений при опухолях затылочной доли и прилегающих к ней отделов теменных и височных долей мозга желательно вводить воздух не через задние, грубо деформированные, а через передние рога боковых желудочков. Следовательно, в каждом конкретном наблюдении применение пневмографии должно быть тщательно обсуждено, и в ходе обсуждения решены некоторые вопросы хирургического лечения и технического ее выполнения.

Метод ангиографии в большинстве случаев способствует раннему и более точному определению месторасположения опухолей и других патологических образований. Решающее значение для полноценной ангиографической диагностики опухолей затылочной доли и прилегающих к ней отделов мозга имеет выявление основных ветвей задней мозговой артерии. Поэтому применение вертебральной ангиографии при этих опухолях не только значительно расширяет возможности постановки локального диагноза, но особенно помогает дифференциации опухолей супра—и субтенториального расположения. Данные ангиографии в сочетании с другими клинико-неврологическими симптомами в подавляющем большинстве случаев позволяют до операции судить о локализации опухолей и об их предполагаемой морфологической структуре. Эти практически важные стороны метода дают необходимые данные для более успешного проведения оперативного вмешательства. Однако и этот метод небезразличен для больных и встречающиеся в норме разнообразные варианты отхождения задней мозговой артерии от системы внутренней сонной и от вертебральной артерии препятствует успешному решению вопросов локальной и качественной диагностики.

Таким образом, при опухолях затылочной доли и прилегающих к ней отделов теменных и височных долей мозга каждый из методов рентгенологического исследования имеет свои диагностические возможности и ограничения в решении конкретных вопросов уточненного и качественного диагноза. Все эти вопросы могут быть решены лишь комплексным использованием и сопоставлением данных клинико-неврологических и рентгенологических методов исследования.

---

193. КАЮМОВА, М.

окончила Таджикский госмединститут им. Абуали ибни Сино (г. Душанбе) в 1957 г., дисс. канд.

БИОЛОГИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА L-ФОРМ ДИЗЕНТЕРИЙНЫХ БАКТЕРИЙ.

1 том, 168 стр., в лит. указат. 123 источн. Защ. в декабре 1963 г. в Самаркандском госмединституте им. И. П. Павлова.

В работе ставилась задача разработать методику получения L-форм бактерий дизентерии, исследовать их морфологические, ферментативные, вирулентные и антигенные свойства. Особое значение придавалось культурам, возникающим из L-форм при их реверсии, возможно имеющим определенное патогенетическое значение.

Первые опыты получения L-форм проводились на питательной среде, которой пользовались другие авторы для L-форм брюшнотифозных бактерий. Эта среда состояла из бульона Готтингера с 0,3% агар-агара, 20% нормальной лошадиной сыворотки и от 32 до 2000 единиц пенициллина на 1 мл среды. В дальнейшем из-за трудности образования L-форм на указанной среде пришлось подыскивать другие более благоприятные условия выращивания. В качестве основы для полужидкого 0,3% агара был использован, вместо бульона Готтингера, плацентарный бульон. Вводимый в среду дрожжевой экстракт в количестве 0,25 мл на 10% мл среды служил ростовым фак-

тором. Кроме того, в среду добавлялось 10% сахарозы и 0,1% сернокислого магния. L-формы дизентерийных бактерий хорошо росли при добавлении в среду 2,5—5% NaCl.

Для опытов использовались культуры от больных острой и хронической дизентерией с предварительной проверкой морфологии, ферментативной активности, серологических свойств и отношения к дизентерийному бактериофагу. Под наблюдением было 174 штамма свежевыделенных бактерий всех видов дизентерийной группы и 27 штаммов из музейной коллекции ДИЭГ. Из числа свежевыделенных культур L-форму удалось получить только у 7 культур по прошествии 9—10 месяцев в результате проведения 18—20 пассажей. Среди музейных штаммов на 15 пассаже L-форму образовал один штамм бактерий Флекснер.

Проведенные исследования показали, что культивирование L-форм дизентерийных бактерий представляет большие трудности. Из числа взятых для опытов 201 культуры бактерий дизентерии 145 штаммов палочек Флекснер образовали L-формы в 7 случаях, 23 штамма Зонне—в 1 , от остальных 32 штаммов дизентерийных палочек бактерий Григорьева-Шига, Штуцер-Шмитца, Ньюкестл, Бойд-Новгородской L-формы не были получены.

Трансформирующим агентом, использованным при культивировании L-форм дизентерийных бактерий, является пенициллин. Введение в питательную среду левомицитина и фталазола в дозах от 0,01 до 0,4 мг первого вещества и от 0,001 до 0,2 мг второго на 1 мл питательной среды не приводит к образованию L-форм. Благоприятной средой для получения L-форм дизентерийных бактерий является 0,3% плацентарный агар с добавлением 20% бычьей сыворотки и 1000—2000 ед/мл пенициллина. При этом L-формы дизентерийных бактерий хорошо развиваются при 2,5—5% концентрации NaCl и добавлением дрожжевого экстракта. Введение в питательную среду 10% сахарозы и 0,1% сернокислого магния способствует стабилизации культуры в L-форме.

Появление L-форм отмечается на 18—20 пассаже длительностью до 3 недель в каждом случае. При исключении из состава питательной среды пенициллина L-формы реверсируют в исходное бактериальное состояние. Реверсировавшие из L-форм культуры могут образовывать L-форму уже на 4—6 пассаже, т. е. значительно быстрее, чем это происходит у исходных культур.

Биохимические свойства у L-форм и реверсировавших из них культур в сравнении с исходными представляют ряд отклонений. L-формы бактерий Зонне и Флекснер являются в ферментативном отношении менее активными, чем исходные

бактерии, т. к. ни одна из L-культур не сбраживает рамнозу и арабинозу. Реверсировавшие культуры не восстанавливают способность разлагать рамнозу и арабинозу.

По степени вирулентности L-формы и реверсировавшие из них бактериальные культуры не одинаковы.

В процессе L-трансформации значительно изменяются серологические свойства, что выражается в снижении агглютинационных титров L-культур с гомологичными сыворотками и сыворотками к исходным формам.

Проведенные исследования создают предпосылки к выяснению некоторых сторон патогенеза обострений и рецидивов при дизентерии.

---

194. ХОДЖАЕВА, Т. И.

оконч. Таджикский госмединститут им. Абуали ибни Сино (г. Душанбе) в 1956 году дисс. канд.

К СИМПТОМАТОЛОГИИ И ПАТОГЕНЕЗУ ЦЕФАЛГИЧЕСКОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ РЕВМАТИЗМОМ.

1 том, 234 стр. в лит. указат. 314 источн. Защ. в декабре 1963 г. во втором Московском мединституте.

Ставилась задача изучить клинику головных болей у больных ревматизмом и выяснить патогенетические механизмы, лежащие в их основе и осветить результаты лечения. Работа проводилась путем тщательного клинического наблюдения с использованием дополнительных методов исследования (измерение венозного, ликворного давления, осциллография, исследование глазного дна, рентгенография черепа и др.).

Наблюдения проводились у 190 больных, из которых детальному обследованию подвергались 119 человек страдавших частыми головными болями.

Исследования показали, что головные боли при ревматизме представляют частое явление, а в отдельных случаях единственный симптом, указывающий на поражение нервной системы. Поражение нервной системы может иметь место в любой фазе болезни. Головные боли, по данным автора, чаще возникают при третьей и второй атаке ревматизма.

Локализация головных болей весьма разнообразна. У большинства больных они локализуются в затылочной и лобно-височной области. Имеется некоторая зависимость интенсивности болей от времени года. Так, у большинства больных

они усиливаются весной и осенью. У части больных усиление головных болей сопровождается ухудшением общего состояния и обострением ревматического процесса, тошнотой, рвотой, чувством давления на глазные яблоки и резкими болями в них, у некоторых больных побледнением лица и изменением зрения. У большинства больных с различными формами ревматизма при осциллографическом исследовании отмечается снижение кровяного давления. Относительно более высокие цифры кровяного давления наблюдаются при ревматическом диэнцефалите. Асимметрия максимального, среднего и минимального давления чаще отмечается у больных с гемипарезом и ревматическим диэнцефалитом. У подавляющего большинства больных повышается тонус сосудов (особенно на голенях).

У больных с различными формами ревматического поражения мозга, а также в случаях ревматизма без клинических симптомов поражения нервной системы выявляется повышенное височное давление в различных фазах болезни, к тому же отмечается асимметрия давления (более высокие цифры показывает левая сторона). Приступы усиления головных болей сопрвождаются повышением височного давления на 30—40 мм рт. ст., при этом давление в плечевой артерии остается стабильным.

Наиболее высокие цифры венозного и спинномозгового давления отмечаются у больных с ревматическими васкулитами, хотя у этих больных симптомы органического поражения нервной системы менее выражены, чем у больных ревматическими арахно-энцефалитами. Изменения глазного дна и черепа резче выражены у больных с арахно-энцефалитами. Приступы усиления головных болей сопровождаются повышением венозного давления.

Обнаруживаются изменения электрической активности мозга у всех больных. Однако эти изменения не являются характерными, специфическими только для ревматических поражений нервной системы. Наиболее грубые нарушения выявляются в острый период заболевания и в случаях с тяжелым клиническим течением.

Комплексная терапия при ревматических поражениях нервной системы приводит к положительным результатам. При головных болях гипертензионного характера назначается дегидратационная терапия.

Полученные данные говорят о том, что патогенез головных болей у больных с ревматическими поражениями нервной системы и у больных ревматизмом, но без поражений нервной системы неодинаков: в одних случаях боли обусловливаются

повышением внутричерепного давления, в других—гипоксемией мозга. Иногда головные боли могут быть обусловлены сосудистой дистонией, в начальных стадиях ревматического заболевания боли могут быть связаны с токсико-инфекционными факторами.

---

195. ГАФУРОВ Р. А.

окон. Таджикский госмединститут им. Абуали ибни Сино (г. Душанбе) в 1956 г., дисс. канд.

О МЕХАНИЗМЕ БАРЬЕРНОЙ ФУНКЦИИ МИНДАЛИН В НОРМЕ И ПАТОЛОГИИ

1 том, 174 стр., в лит. указат. 385 источн. (232 отеч., 153 иностр.). Защ. в январе 1964 г. в Московском медицинском стоматологическом институте.

Изучение и выяснение условий, способствующих усилению или ослаблению барьерной функции миндалин, представляется одной из важнейших задач в разработке тонзиллярной проблемы.

Учитывая, что нарушение барьерных свойств миндалин и превращение их в ворота инфекций происходит при развитии в них патологического процесса, обусловленного ангиной или хроническим тонзиллитом, естественно считать особенно важным изучение вопроса о значении воспаления в ткани миндалин для развития тех осложнений тонзиллита, которые связаны с проникновением из миндалин в организм различных инфекционных, токсических, аллергизирующих и прочих патогенных факторов.

Изучение резорбирующей способности миндалин автор проводил в эксперименте на собаках. Для этого был использован радиоактивный изотоп йода—J^{131}, который применялся в виде раствора йодистого натрия и в виде соединения с белками. Это давало возможность проследить резорбцию низкомолекулярного (радиоактивного йодида натра) и высокомолекулярных веществ (сывороточных белков, меченных радиоактивным йодом) и раздельно судить о процессах всасывания в кровеносные и лимфатические капилляры.

В соответствии с задачами эксперимента, метке радиоактивным йодом подвергались лошадиная, собачья и кроличья сыворотки, а также очищенные препараты человеческого сывороточного альбумина и глобулина.

После определения фона радиоактивности, животным в обе

миндалины вводился раствор радиоактивного вещества в объеме 0,1 или 0,05 мл, в зависимости от исходной активности раствора и задач эксперимента.

Проведенные исследования показали, что резорбция меченых радиоактивным йодом белков и йодистого натра, содержащего радиоактивный йод, из небных миндалин и заминдалиновой области собак в норме происходит с одинаковой скоростью с обеих сторон. Резорбция меченых белков происходит в несколько раз медленнее, чем резорбция йодистого натра, что отражает различия в скорости всасывания через лимфатические и кровеносные капилляры.

Асептическое воспаление в миндалинах собак, вызванное скипидаром, сопровождается задержкой резорбции меченых белков. Эту задержку удается обнаружить в ранние сроки развития воспаления. Замедление резорбции меченых белков из миндалин сохраняется первые два дня после развития воспаления, затем оно исчезает или сменяется ускорением.

При повторном воспроизведении асептического воспаления задержка резорбции белков из миндалин становится менее выраженной, а с третьего-пятого повторного воспроизведения воспаления переходит в ускорение.

Местное охлаждение интактных миндалин не вызывает выраженных изменений в их резорбирующей способности как по отношению к высокомолекулярным, так и низкомолекулярным веществам. Охлаждение миндалин на фоне асептического воспаления вызывает уменьшение задержки резорбции высокомолекулярных веществ, обусловленной воспалением и не оказывает существенного влияния на скорость резорбции низкомолекулярных веществ.

Введение культуры стрептококка в очаг асептического воспаления в миндалинах снимает фиксирующую (барьерную) способность этого воспаления. При введении культуры стрептококка в интактные миндалины повышается их резорбирующая способность по отношению к высокомолекулярным веществам.

Изменения процессов резорбции из миндалин при разных формах и на разных стадиях воспаления отражают формирование в миндалинах барьера или, наоборот, входных ворот инфекции и раскрывают механизм развития тонзиллогенных поражений.

---

196. СМОЛИЧЕВ, Е. П.

окончил Таджикский госмединститут им. Абуали ибни Сино (г. Душанбе) в 1944 г., дисс. докторская.

ОСНОВНЫЕ ЗАКОНОМЕРНОСТИ НАРУШЕНИЯ БЕЛКОВОГО СОСТАВА КРОВИ.

1 том, 312 стр., в лит. указат. 404 источн. Защ. в январе 1964 г. в Ростовском на Дону медицинском институте.

Патогенез нарушений белкового состава крови при различных заболеваниях сложен и связан с участием ряда механизмов.

Вопросы регуляции белкового состава крови в условиях нормы и патологии изучены недостаточно.

Приступив к исследованиям диспротеинемий, автор вначале пользовался методом свободного электрофореза, сконструировав аппарат с оптической схемой развертки по Г. В. Троицкому. В дальнейшем, начав применять электрофорез на фильтровальной бумаге, установил условия, при соблюдении которых он дает результаты, аналогичные результатам, полученным методом свободного электрофореза.

Воспользовавшись методикой радиоактивной индикации в сочетании с электрофорезом на бумаге, после уточнения ряда методических условий, автор использовал скорость синтеза отдельных белковых фракций сыворотки по включению в них S^{35}.

С помощью этих методов были изучены нарушения белкового состава сыворотки крови при экспериментальной патологии печени, экспериментальной острой лучевой болезни, при воздействии на организм комплекса высокогорных факторов с целью выяснения основных закономерностей патогенеза этих состояний.

На основе собственных экспериментальных данных и анализа литературных сведений, автор предложил патогенетическую классификацию диспротеинемий. Наряду с этим осуществлена им попытка подойти к объяснению механизма регуляции белкового состава крови в условиях нормы и патологии.

Исследования показали, что гипоальбуминемия является характерным признаком диспротеинемий. Обусловлено это тем, что синтез альбуминов нарушается значительно легче, чем у других плазменных белков. Наиболее резко страдает синтез альбуминов при поражениях паренхимы печени.

Однократное введение кроликам четыреххлористого углерода (0,5 мл/кг) вызывает уже через день нарастание общей концентрации белка, увеличение содержания β-глобулинов и увеличение относительных концентраций альбуминов и γ-глобулинов. Новокаинизация подкожной клетчатки не меняет характера нарушений состава сывороточных белков крови, что свидетельствует о нерефлекторной природе этого процесса. Через полтора месяца после однократного введения четыреххлористого углерода у кроликов отмечается полная нормализация картины крови с уменьшением морфологических изменений в печени. Четырехкратное введение углерода вызывает увеличение общей концентрации белка в сыворотке при уменьшении относительного содержания альбуминов и увеличении концентрации глобулинов, в первую очередь β-глобулинов.

Пребывание в условиях высокогорного климата (4200 м) не оказывает влияния на характер изменений белкового состава сыворотки крови, вызванных отравлением CCl_4.

У здоровых кроликов включение S^{35} происходит интенсивнее в глобулиновые фракции сыворотки крови, чем в альбуминовую. После отравления CCl_4 у них сохраняется та же закономерность, но включение S^{35} в альбумины уменьшается, а в глобулины—увеличивается, что указывает на ослабление синтеза сывороточных альбуминов и усиление синтеза β и γ-глобулинов. Ослабление синтеза альбуминов является следствием поражения печени четыреххлористым углеродом. Нарастание относительной концентрации глобулинов при полном сохранении интенсивности включения в них S^{35}, свидетельствует об усилении поступления в кровь сывороточных глобулинов.

Подкожное введение $Na_2HP^{32}0_4$ кроликам (2,5 мккюри/г) вызывает тяжелое лучевое поражение, сопровождающееся прогрессивным падением веса и гибелью на 8—10 день, уменьшением концентрации альбуминов и увеличением содержания α_2 и β-глобулиновых фракций в сыворотке, уменьшением интенсивности включения S^{35} в α- и в меньшей степени в β-глобулиновые фракции. При внутреннем β-облучении кроликов снижается интенсивность синтеза альбуминов и усиливается синтез α- и β-глобулиновых фракций.

Внешнее рентгеновское облучение (400г) собак вызывает тяжелое лучевое поражение, сопровождающееся падением веса, уменьшением концентрации альбуминов, увеличением α_1-глобулинов, без особых количественных изменений общей концентрации белка, а также β- и γ-глобулиновых фракций.

На фоне функциональной перестройки организма, вызванной пребыванием в условиях высокогорья (на высоте 4200 м)

изменения в белковом составе крови у экспериментальных животных вызываются такими дозами внешнего рентгеновского облучения, которые в обычных атмосферных условиях недействительны.

Несоответствие между тяжестью клинической картины лучевого поражения и относительно небольшими изменениями белков сыворотки свидетельствуют о том, что ионизирующая радиация не вызывает глубоких нарушений в механизме регуляции синтеза белков плазмы.

Наблюдающиеся нарушения белкового состава сыворотки крови у облученных животных не специфичны и характерны для реакции организма на воздействие самых различных факторов.

В течение первого месяца после подъема людей из обычных атмосферных условий на высоту 4200 м общая концентрация белка сыворотки у них повышалась, а спустя 4 месяца пребывания несколько снизилась, но все же оставалась несколько выше исходного уровня.

Концентрация сывороточных альбуминов после подъема людей на высоту сразу снижалась, продолжая оставаться сниженной еще в течение месяца после обратного спуска. Концентрация α_2- и γ-глобулинов нарастала сразу после подъема; увеличивалась и обсолютная концентрация α_2-глобулинов.

Перемещение людей из высокогорных в обычные атмосферные условия не вызывало реальных изменений концентраций общего белка и альбуминов, несколько повышалось относительное содержание β-глобулинов.

Основным стимулом, влиявшим на белковый состав крови людей являлось не столько их пребывание в условиях высокогорья, как сам момент перехода к ним из обычных атмосферных условий, вызывавший неспецифическую реакцию организма.

Длительность диспротеннемии не позволяет объяснить ее происхождение только сгущением крови, хотя не исключено, что перераспределение белков между кровью и внеклеточной жидкостью внесосудистого пространства могло играть определенную роль в возникновении диспротеннемии.

Несмотря на значительное снижение концентрации сывороточных альбуминов, онкотическое давление крови в большинстве случаев остается практически неизменным из-за компенсаторного нарастания концентрации глобулинов. Онкотическое давление крови, по-видимому, играет важную роль в системе регуляторных механизмов, поддерживающих относительное постоянство белкового состава плазмы.

Методика электрофореза на бумаге при соблюдении ряда технических условий и строгом учете возможных источников

ошибок, позволяет получать результаты, весьма близкие к тем, которые получаются при исследовании методом свободного электрофореза. Таким же способом можно получать вполне удовлетворительные данные о количественном распределении радиоактивной метки по отдельным белковым фракциям крови после электрофоретического разделения сыворотки на бумаге.

---

197. ПЕСАХОВИЧ Л. В.

оконч. Московский фармацевтический институт в 1954 г., дисс. канд.

РЕЗЕРПИН В ХИМИКО-ТОКСИКОЛОГИЧЕСКОМ ОТНОШЕНИИ. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЭЛЕКТРОФОРЕЗА В ХИМИКО-ТОКСИКОЛОГИЧЕСКОМ АНАЛИЗЕ.

1 том, 161 стр., в лит. указат. 227 источн. Защ. в феврале 1964 г. в 1 Московском медицинском институте.

Ставилась задача разработать методы судебнохимического (химико-токсикологического) исследования биологического материала на резерпин; обнаружить его в препаратах; изучить и разработать реакции обнаружения резерпина, установить их специфичность и чувствительность; предложить простой, доступный и доказательный метод обнаружения резерпина в таблетках; изучить распределение резерпина и продуктов его распада в животном организме, чтобы выяснить какие органы наиболее целесообразно использовать для судебно-химического анализа; выяснить вопрос о сохраняемости резерпина и продуктов его распада при гнилостном разложении трупного материала.

Изучение реакций обнаружения резерпина производилось с растворами кристаллического алкалоида в 1% растворе уксусной кислоты.

При изучении отношения резерпина к общеалкалоидным реактивам установлено, что наиболее чувствительной является реакция с реактивом Зонненшейна, позволяющая обнаружить 0,6 γ резерпина (предельная концентрация 1:32000). Менее чувствительной оказывается капельная реакция на бумаге с реактивом Мунье-Машбефа, при которой открываемый минимум составляет 2,5 γ резерпина, предельная концентарная 1:8 000.

Свежеприготовленные растворы резерпина в 1% растворе

уксусной кислоты обладают выраженной желтовато-зеленой флуоресценцией еще в концентрации 1:1000000.

Изучены и предложены легко воспроизводимые и специфичные микрокристаллоскопические реакции обнаружения резерпина с 5% и насыщенным раствором роданида аммония, раствором дихлорида ртути в растворе хлорида натрия и раствором тетрароданмеркуриата аммония в насыщенном растворе роданида аммония.

Специфическими реакциями окрашивания для резерпина являются: а) реакции с ванилином, концентрированной азотной кислотой и реактивами Манделина, Мекке и Марки; б) флуоресценция продуктов реакций окрашивания на резерпин, этакридин (риванол), акрихин, рибофлавин, тетрациклин, хлортетрациклин и окситетрациклин может служить дополнительным признаком обнаружения указанных веществ.

Разработан простой и доказательный метод обнаружения резерпина в таблетках с использованием микрокристаллоскопической и ванилиновой реакций.

Установлена возможность разделения методом электрофореза на бумаге смеси резерпина, акрихина, этакридина, рибофлавина, котарнина и хинина. При использовании электрофореза тетрациклины полностью отделяются от перечисленных веществ, за исключением резерпина.

Предложены качественные флуоресцентные реакции на резерпин, акрихин и этахридин.

Длина пути фореза (ДПФ) равна: кристаллического резерпина—74 мм; резерпина, изолированного из биологического материала—72 мм; рибофлавина—38 мм; этакридина—58 мм; котарнина—100 мм; акрихина—107 мм; хинина—128 мм.

Разработанная автором методика дает возможность использовать электрофорез на бумаге не только для обнаружения, но и для изолирования всего количества алкалоида или алкалоидоподобного вещества, выделенного из биологического материала. Применение указанной методики электрофореза для исследования биологического материала позволяет произвести изолирование и обнаружение резерпина и продуктов его распада, с последующим подтверждением качественными флуоресцентными реакциями и флуорометрическим определением алкалоида и продуктов его распада. Использование электрофореза на бумаге позволяет освободиться от примесей, в присутствии которых невозможно применение флуорометрических и фотоколорометрических методов при химическом исследовании биологического материала.

Сравнительная оценка методов извлечения 2% водными растворами винной и щавелевой кислот, спиртом, подкислен-

ным винной кислотой и 10% раствором уксусной кислоты показали преимущества применения последней для извлечения резерпина из биологического материала. Разработанный метод исследования биологического материала с использованием 24-часового варианта извлечения 10% раствором уксусной кислоты позволяет изолировать до 18,5% резерпина.

Количественное определение резерпина возможно при содержании 20 γ алкалоида в 100 г трупного материала. Граница обнаружения резерпина равна 10 γ алкалоида в 100 г объекта. Доказательство резерпина возможно при изолировании менее 1 γ алкалоида из объекта.

Предлагаемый метод исследования биологического материала позволяет обнаружить и определить резерпин и продукты его распада в животном организме в присутствии акрихина, этакридина, рибофлавина, котарнина, тетрациклина, хлортетрациклина, окситетрациклина, хинина и нефлуоресцирующих веществ.

В опытах на животных через 4 часа после перорального введения резерпина наибольшее количество алкалоида и его распада обнаружены в желудке, тонком и толстом кишечнике, печени, легких, селезенке, почках; концентрация резерпина в моче в 2—18 раз больше, чем в паренхиматозных органах.

Установлено, что при проведении ванилиновой реакции с продуктами распада резерпина в животном организме фиолетово-карминовое окрашивание не наблюдается. Появление такого окрашивания при ванилиновой реакции с элюатами, полученными при исследовании желудочно-кишечного тракта, может быть использовано как доказательство приема резерпина незадолго перед смертью.

Установлена возможность обнаружения резерпина и продуктов его распада после хранения трупного материала в течение 3 месяцев (при анаэробном гниении) и 10 месяцев (при аэробном гниении).

Окончил Таджикский госмединститут им. Абуали ибни Сино (г. Душанбе) в 1956 г., дисс. канд.

ГАСТРЭКТОМИЯ С ПРЯМЫМ ЭЗОФАГОДУОДЕНОАНАСТОМОЗОМ ПРИ РАКЕ ЖЕЛУДКА

1 том, 260 стр., в лит. указат. 300 источн. Защ. в марте 1964 г. в Институте экспериментальной и клинической онкологии АМН СССР (г. Москва).

Гастрэктомия с прямым соединением пищевода с двенадцатиперстной кишкой привлекательна большей физиологичностью и быстротой выполнения операции, которая требует наложения лишь одного соустья, тогда как при гастрэктомии с эзофагеюноанастомозом необходимо ещё зашивание просвета двенадцатиперстной кишки, нередко и накладывание дополнительного межкишечного анастомоза.

Накопившиеся наблюдения в клинике Института экспериментальной и клинической онкологии АМН СССР по эзофагодуоденоанастомозу позволили подвести некоторые итоги и дать оценку эффективности этого метода при гастрэктомии, заняться выяснением вопроса о показаниях и противопоказаниях с точки зрения анатомических соотношений. Изучение последнего вопроса проведено на 50 трупах лиц, умерших от злокачественных опухолей, вне желудочно-кишечной локализации.

В результате проведенных исследований автор считает, что операции гастрэктомии с эзофагодуоденоанастомозом, выполненные с соблюдением онкологических принципов, не уступают в радикальности другим вариантам операции и могут быть рекомендованы.

Вопрос о возможности наложения эзофагодуоденоанастомоза после гастроэктомии может быть решен лишь после вскрытия брюшной полости; этот вид анастомоза можно осуществить в 1/3 случаев операции гастрэктомии.

Возможность соединения пищевода с двенадцатиперстной кишкой зависит от достаточной длины пищевода и подвижности двенадцатиперстной кишки. Эти условия достигаются в известной степени мобилизацией упомянутых органов.

Гастрэктомия с прямым эзофагодуоденоанастомозом при раке должна производиться с учётом локализации и характера опухоли и показана, в основном, при раке малой кривизны и тела желудка, а также при тотальном поражении его. Противопоказанием к прямому пищеводно-двенадцатиперстному

соустью является переход опухоли на пищевод или двенадцатиперстную кишку, когда имеется повод расширять гастрэктомию и удалять значительную часть пищевода или двенадцатиперстной кишки, а также при несоответствии просветов анастомозируемых органов.

Опасность осложнений (недостаточность швов анастомоза из-за большого натяжения соединяемых отрезков, рубцового сужения и др.) преувеличена. По данным автора, из 67 больных, оперированных по указанному способу, умерли после операции 14 человек. Основной причиной смерти была несостоятельность швов анастомоза.

При гастрэктомии с эзофагодуоденоанастомозом целесообразно сохранить кольцо кардии желудка, если это возможно по онкологическим соображениям.

После гастрэктомии у подавляющего большинства больных независимо от способа восстановления непрерывности пищеварительного тракта отмечается ряд расстройств пищеварения (эзофагиты, демпингсиндром, истощение, энтероколиты). Но у больных с эзофагодуоденоанастомозом эти явления встречаются значительно реже.

Сопоставление ряда клинических и некоторых биохимических показателей (гликемическая кривая, белковые и липопротеидные фракции сыворотки крови) показало, что эти данные больше приближаются к нормальным у больных с эзофагодуоденоанастомозом.

Прямое соединение пищевода с двенадцатиперстной кишкой имеет преимущества перед соустьем между пищеводом и тощей кишкой

---

199. КАМАРДИНОВ Х. К.

оконч. Таджикский госмединститут им. Абуали ибни Сино (г. Душанбе) в 1958 г., дисс. канд.

ТЕЧЕНИЕ ГРИППА И ЕГО ОСЛОЖНЕНИЙ (ПНЕВМОНИЙ И АНГИНЫ) В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ХАРАКТЕРА ОБНАРУЖЕННОЙ МИКРОФЛОРЫ.

1 том, 188 стр., в лит. указат. 377 источн. (270 отеч., 107 иностр.). Защ. в марте 1961 г. в Киевском медицинском институте им. А. А. Богомольца.

Изучению—а) микробного пейзажа выделений из зева при некоторых гриппозных осложнениях и при неосложненном гриппе; б) этиопатогенетической роли выделенной микрофлоры в развитии осложнений гриппа; в) зависимости клинического течения этих осложнений и неосложненного гриппа от характера микрофлоры дыхательных путей; г) чувствительности обнаруживаемой микрофлоры к антибиотикам—посвящена излагаемая работа.

Для решения перечисленных задач автор проводил клиническое наблюдение над 645 больными с неосложненным гриппом и гриппом, осложнившимся пневмонией и ангиной, а также бактериологические и серологические исследования.

Заболевание неосложненным гриппом протекало, как правило, в легкой и средне-тяжелой форме, тяжелое течение отмечалось только у 6,9% больных.

Наиболее частыми осложнениями гриппа были пневмонии. Заболевания у большинства людей протекали в средне-тяжелых формах (58,9%), тяжелое течение отмечалось у 13,5% больных. При гриппе, осложненном лакунарной и фолликулярной ангинами, явления интоксикации были выражены более интенсивно, а отдельные клинические симптомы (лихорадка, головная боль, слабость) были более продолжительными, чем при неосложненном гриппе.

Бактериологическими исследованиями установлено, что при неосложненном гриппе из слизи зева чаще всего выделяются стрептококки (77,6% случаев), реже-стафилококки (6,9%) или смешанная флора (стрепоткокки+стафилококки)—12,4% случаев.

При постгриппозных пневмониях в мокроте обнаруживаются преимущественно стафилококки (52,7%), реже—стрептококки (22,1%) или смешанная флора (21%); пневмококки выделены только в 4,2% случаев.

При ангинах на фоне гриппа в 71,8% случаев найдены стрептококки, в 13,8%—стафилококки и 12,8% случаев—смешанная флора.

При гриппе и его осложнениях в 0,1—2,5% случаев выделены кишечные палочки или Candida albicans.

При изучении биологических свойств 70 штаммов стафилококка, выделенных из мокроты больных постгриппозной пневмонией оказалось, что 57 из них являются безусловно патогенными.

Штаммы стрептококка, выделенные при ангине, в 25 случаях из 90 оказались гемолитическими.

Уровен агглютининов к стафилококкам увеличивался в 86,5% случаев при пневмониях. Повышенные титры анти—О—стрептолизинов обнаружены у 75,8% лиц с гриппом, осложнившимся ангинами. Патогенность выделенных штаммов и нарастание уровня антител к ним свидетельствует об их этиопатогенетической роли в возникновении послегриппозных осложнений.

Вид микрофлоры, обнаруженной в отделяемом слизистой зева, существенно не влияет на клиническое течение не осложненного гриппа и гриппа, осложненного ангинами. Но при пневмониях клиническое течение зависит от вида микроба-возбудителя. Постгриппозные пневмонии, обусловленные стафилококком, протекают значительно тяжелее, чем пневмонии, в возникновении которых участвуют стрептококки.

При изучении антибиотикочувствительности выделенных штаммов обнаружено, что стафилококки высокочувствительны к эритромицину и террамицину, а стрептококки к пенициллину и эритромицину. Совпадение между антибиотикочувствительностью микробов и терапевтической эффективностью этих антибиотиков отмечено в 83% случаев. В связи с этим, вопросы рациональной терапии следует решать индивидуально, с учетом клинических данных.

Клинические наблюдения на 95 больных с постгриппозной пневмонией показали, что для лечения с успехом можно применять как отдельные антибиотики, так и их комбинации.

Для рационального лечения постгриппозных осложнений необходимо проводить бактериологическое обследование больных и устанавливать степень чувствительности выделенной флоры к антибиотикам.

---

200. ОРЗУЕВ М. И.

оконч. Таджикский госмединститут им. Абуали ибни Сино (г. Душанбе) в 1958 г., дисс. канд.

1 том, 227 стр., в лит. указат. 367 источн. (191 отеч., 176 иностр). Защ. в апреле 1964 г. в институте Эпидемиологии и микробиологии им. Н. Ф. Гамалея АМН СССР (г. Москва).

---

201. ГАДЖЕИ Е. Ф.

оконч. Таджикский госуниверситет (г. Душанбе) в 1952 г., дисс. канд.

СИНАНТРОПНЫЕ МУХИ ДОЛИННЫХ И ГОРНЫХ РАЙОНОВ ТАДЖИКИСТАНА И МЕРЫ БОРЬБЫ С НИМИ

1 том, 191 стр., в лит. указат 185 источн. Защ. в мае 1964 г. в зоологическом институте АН СССР (г. Ленинград)

Основной задачей настоящей работы было изучение видового состава, особенностей экологии и фауны синантропных мух горных районов Таджикистана, сопоставление фауны, экологии и фенологии синантропных мух долинных и горных

районов и на основании этих данных установить сроки проведения дифференцированных мероприятий по борьбе с мухами.

Работа проводилась в южных районах (Вахшская долина, и Московский район), в горной зоне на высотах 1000—1500 м над уровнем моря (пос. Гарм, Комсомолабад), в горной зоне на высотах 1600—2000 м и выше (Джиргаталь, ГБАО).

В течение 1956—1962 гг. в населенных пунктах Республики обнаружено 119 видов синантропных мух, относящихся к 19 семействам, из которых наиболее часто встречались виды семейств Anthomyidae, Muscidae, Colliphoridae, Sarcophagidae. В горных районах видов синантропных мух гораздо больше, чем в долинных.

Соотношения основных видов в долинной зоне и в горных районах значительно различаются. Так, в долине преобладает Musca domestica Vicina, а в горных районах Muscina stabulans и Fannia Scalaris

Сезонные изменения численности синантропных мух в долинной зоне имеют характер двувершинной кривой с максимумами во второй половине июня и второй половине сентября. В горных районах кривая одновершинная. С увеличением высоты местности над уровнем моря уменьшается численность синантропных мух и период максимальной численности отодвигается с первой половины на вторую половину августа. Число видов синантропных мух увеличивается по мере увеличения высоты местности, что объясняется снижением средних температур и развитием мезофильных видов.

В долинных районах выплод и активность южной комнатной мухи может продолжаться в течение почти всего года. В горных районах Таджикистана, расположенных выше 1000 м., выплода мух в зимнее время не наблюдается.

Зимовка мух в фазе имаго в природных условиях не имеет места. Она происходит в преимагинальной фазе в почве вокруг мусорных ящиков, в скоплениях навоза сельскохозяйственных животных и в грунте стен уборных поглощающего типа.

Основой для разработки рациональной системы мер борьбы с синантропными мухами является определение мест их зимовки и выплода, периодов активности и сроков развития преимагинальных форм в конкретных условиях высотной зоны.

В долинных районах, расположенных на высотах 300—600 м, где абсолютно преобладающим видом является Musca domestica Vicina мероприятия по борьбе должны проводиться весь год. Вывоз бытового мусора и нечистот с последующей

обработкой ларвицидами мест скопления личинок и куколок мух в почве ям и грунте под мусоросборниками следует проводить с апреля по сентябрь не реже 1 раза в 3 дня, а в остальные месяцы—1 раз в 5 дней. В случаях невозможности вывоза нечистот необходима обработка ларвицидами.

В горных районах, расположенных на высотах 1000—2500 м, необходимо вести борьбу с основными встречающимися там видами мух. Вывоз бытового мусора и нечистот с последующей обработкой ларвицидами на высотах 1000—1500 м проводить в апреле и сентябре 1 раз в 5—7 дней, а летом—не реже 1 раза в 3—4 дня; на высотах 1600—2000 м—в июне и сентябре 1 раз в 5—7 дней и в июле и августе 1 раз в 3—4 дня. В высокогорных районах (выше 3000 м) проведение специальных мер борьбы с мухами не требуется.

Меры, предупреждающие выплод мух во всех зонах, должны сочетаться с истреблением имагинальных стадий мух и защитой от них продуктов питания.

Мероприятия по борьбе с мухами должны основываться на сооружении благоустроенных мусоросборников и уборных с непроницаемым выгребом, своевременной очистке и компостировании навоза. Применение инсектицидов имеет лишь вспомогательное значение и обработки должны проводиться в соответствии с эпидемиологическими показателями.

---

202. ГУРТОВОЙ Б. Л.

оконч. Киргизский госмединститут (г. Фрунзе) в 1946 г., дисс. докторская

ЛАКТАЦИЯ У РОДИЛЬНИЦ В КЛИМАТО-ГЕОГРАФИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ СУХИХ СУБТРОПИКОВ ТАДЖИКИСТАНА.

2 тома, 707 стр., в лит. указат. 834 источн. (515 отеч., 319 иностр.).
Защ. в мае 1964 г. в Алма-Атинском госмединституте.

Изучению лактационной функции родильниц и состава их молока в первую неделю после родов в климато-географических условиях сухих субтропиков Таджикистана посвящена настоящая диссертация.

Для разрешения постановленной задачи автор выполнил следующие работы. 1) ознакомление с восточной медицинской литературой по интересующемуся вопросу; 2) обработка метеорологических данных за 10 лет; 3) анализ веса 12718 новорожденных; 4) Определение ежесуточного количества молока у 217 родильниц; 5) Определение температуры кожи молочной железы с исчислением теплового и модифицированного теплового циркуляторного индексов; 6) Вакуумметрия молочной железы лактовакуумметром собственной конструкции; 7) Анализ и сопоставление некоторых показателей веса детей в первую неделю жизни с количеством молока их матерей; 8) Определение в молоке содержания жира, белка, сахара, аскорбиновой кислоты, кальция, фосфора, микроэлементов, сухого вещества и золы, водородных ионов молока; 9) Электрофоретическое исследование белкового состава молока; 10) Определение функционального состояния щитовидной железы.

На основании своих исследований автор делает такие выводы.

Медики средневекового Востока обладали весьма значительными для той эпохи знаниями о лактации, сделав шаг вперед по сравнению со своими предшественниками.

Первоначальный средний вес новорожденных в условиях сухих субтропиков, хотя и может быть признан удовлетворительным, все же несколько отстает от веса в зонах с умеренным и холодным климатом. В последние два десятилетия отмечается его нарастание.

Функциональная активность молочной железы родильниц в начальном периоде лактации в условиях сухих субтропиков несколько понижена. Общее количество молока за второй-шестой дни больше у повторнородящих, в летнее время года, а также у женщин пришлого населения.

Химический состав и свойства молока характеризуются несколько меньшим содержанием жира, белка, кальция, меди, сухого вещества; примерно таким же содержанием фосфора и большинства микроэлементов; несколько большим содержанием сахара, аскорбиновой кислоты, и марганца, чем в зонах с умеренным и холодным климатом. Отмечается более высокое содержание жира и белка в зимний период, сахара—в летний, аскорбиновой кислоты и некоторых микроэлементов (кремний, алюминий, марганец, никель, медь, цинк)—в осенний период. Состав молока подвержен воздействию многих факторов. Молоко родильниц местного населения по содержанию основных компонентов не отличается от молока женщин пришлого населения. Калорийность молока несколько ниже, чем по данным литературы; она относительно выше зимой и примерно одинакова у женщин из коренного и пришлого населения. Имеется умеренная степень положительной корреляции между количеством жира и белка в молоке. Белковый состав молока подразделяется на 5 фракций, которые соответствуют следующим белкам молока: I—гамма-казеин, II—III-иммунные глобулины, IV—бета-лактоглобулин, V—

смесь альфаказеина и альфа-лактальбумина. Концентрация водородных ионов молока приближается к результатам, приводимым в литературе.

Наиболее точным критерием лактационной функции родильниц является суммарная величина общего суточного количества молока за второй—шестой дни.

Высокая степень положительной корреляции между этим критерием и суточным количеством молока на пятый или шестой дни делает обоснованным использование данных за пятые или шестые сутки для суждения о функциональной активности молочных желез у родильниц в начальном периоде лактации.

Для оценки лактационной функции, наряду с определением общего суточного количества молока, могут быть рекомендованы электротермометрия кожи молочной железы с определением теплового или модифицированного теплового циркуляторного индексов, и вакуумметрия молочной железы; кроме того, может быть использован показатель физиологической убыли веса новорожденного.

В климато-географических условиях сухих субтропиков женское молоко не является идеальной пищей для новорожденного. Оно может и должно быть улучшено проведением соответствующих мероприятий. Это общее положение в той или иной мере распространяется и на другие климато-географические зоны.

Количественная и качественная характеристика лактации у обследованных родильниц оказывается лучшей, чем в сравнительно близких по природным условиям к Таджикистану экономически слаборазвитых странах.

Сочетание более низкого содержания некоторых ингридиентов в молоке родильниц с несколько меньшим первоначальным средним весом их новорожденных в климато-географических условиях сухих субтропиков (по сравнению с соответствующими данными для зон с умеренным и холодным климатом) следует рассматривать в аспекте адаптационно-приспособительных механизмов, о чём свидетельствует повышенная функциональная активность щитовидной железы у родильниц в начальном периоде лактации.

Изучение лактационной функции родильниц должно проводиться с учётом физического развития новорожденных и воздействия на лактацию экономико-географических условий.

Исходя из результатов своей работы, автор делает ряд практических предложений.

Так, оценка функциональной активности молочной железы у родильниц в начале лактации должна производиться по общему, суточному количеству молока на пятые или шестые

сутки, а также по данным электротермометрии кожи молочной железы и вакуумметрии; в качестве дополнительного косвенного показателя может быть использована величина физиологической убыли веса новорожденного.

В пищевом рационе родильниц, особенно в летнее время, а также у первородящих необходимо повысить количество жира и животного белка.

Должны быть внесены коррективы в проведение С-витаминизации: дополнительное введение аскорбиновой кислоты в пищу; включение в рацион тех овощей и фруктов, которые могут обеспечить физиологическую норму аскорбиновой кислоты в местных условиях. Целесообразно назначить препараты кальция и продукты, богатые кальцием.

С целью обогащения женского молока медью следует применять раствор соли микроэлемента меди, а также вводить в рацион продукты, богатые медью.

В отдельных случаях при необходимости определения функции щитовидной железы у лактирующих женщин может быть использован наиболее точный метод-радиоиндикация с применением небольших доз радиоактивного йода—131 с отлучением ребенка от груди на двое-трое суток.

Автор составил краткое методическое пособие, где изложены рекомендации медикаментозных прописей.

Контрольные наблюдения, проведенные на 106 родильницах с использованием предложенных мер, свидетельствуют об улучшении качества и количества молока родильниц, о благотворном влиянии этого и на развитие новорожденного.

---

203. ДЕГТЯРЕВ, Ю. Л.

оконч. Ростовский на Дону мединститут в 1952 г., дисс. канд.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ БРЮШНОГО ТИФА В СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ ТАДЖИКСКОЙ ССР И СИСТЕМА МЕРОПРИЯТИЙ ПО СНИЖЕНИЮ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ.

1 том, 303 стр., в лит. указат. 262 источн. Защ. в мае 1964 г. на объединенном ученом Совете Ин-тов физиологии, краевой патологии, клинической и экспериментальной хирургии АН Казахской ССР (г. Алма-Ата).

Изучению эпидемиологических особенностей брюшного тифа в Тадбикской ССР уделялось мало внимания. Профилактические и противоэпидемические мероприятия в разных местах носили однотипный характер и не давали нужного эффекта. В связи с этим автор поставил перед собою для раз-

решения следующие задачи: 1) изучить интенсивность действия отдельных факторов передачи инфекции в наиболее неблагополучных по заболеваемости брюшным тифом Советском, Шаартузском, Куйбышевском, Гиссарском, Регарском, Ленинском, Орджоникидзеабадском районах и на этой основе раскрыть эпидемиологические закономерности брюшного тифа в сельской местности республики; 2) разработать и оценить комплекс профилактических и противоэпидемических мероприятий в условиях Советского района и наиболее эффективные приемы профилактики рекомендовать для применения в сельских районах Таджикистана; 3) оценить возможность использования для выявления носительства реакции Vi—агглютинации и реакции нарастания титра фага, выяснить также возможность применения этой реакции для выявления зараженности возбудителями брюшного тифа объектов внешней среды.

Для выявления эпидемиологических закономерностей брюшного тифа в названных районах, автор сделал анализ заболеваемости за 5—10 лет в сопоставлении с данными о санитарно-коммунальном благоустройстве, результатами лабораторного исследования объектов внешней среды, метеорологическими и другими данными; провел эпидемиологическое обследование очагов и вспышек брюшного тифа.

Установлено, что высокий уровень заболеваемости брюшным тифом в сельской местности Таджикской ССР обусловливается водным фактором передачи инфекции. По сравнению с ним факторы бытовой заражаемости, мушиный и пищевой имеют ограниченное значение. Водный тип эпидемического процесса поддерживается за счет использования населением для питьевых и хозяйственных нужд воды открытых водоёмов, главным образом, арыков. Загрязнение последних связано обычно с попаданием в них нечистот из расположенных вдоль берегов примитивных уборных или смывами с поверхности почвы во время дождей и таяния снега.

В наиболее благополучных по заболеваемости брюшным тифом сельских районах эпидемический процесс во времени имеет затяжное течение, характерное для хронической водной эпидемии. Водный фактор в распространении брюшного тифа проявляется неодинаково. Уровень заболеваемости определяется массивностью загрязнения воды, количеством её потребителей и колеблется от единичных заболеваний до значительных вспышек.

При изучении объектов внешней среды, представляющих интерес в эпидемиологическом отношении, наряду с бактереологическим исследованием, целесообразно использовать в

качестве ориентировочного метода реакцию нарастания титра фага (РНФ).

Определение интенсивности действия различных факторов передачи брюшного тифа в конкретной эпидемиологической обстановке и выявление ведущего из них является необходимым условием рационального проведения профилактических и противоэпидемических мероприятий.

Автор разработал и апробировал в одном из сельских районов Республики комплекс мероприятий по борьбе с брюшным тифом, который включает следующие элементы: а) ликвидацию уборных, расположенных вблизи арыков с питьевой водой и сбросов сточных вод в эти арыки; использование нечистот в качестве удобрений только после предварительного обезвреживания; б) систематический контроль за соблюдением санитарного режима на молочно-товарных фермах, в объектах общественного питания дошкольных детских учреждениях и школах; в) раннее выявление больных путём регулярного проведения подворных обходов и своевременная диагностика с широким использованием метода гемокультуры, а также провизорная госпитализация больных при подозрении на брюшной тиф; г) выявление носителей среди переболевших и членов их семей и по эпидемиологическим показаниям среди других групп населения с применением микробиологического метода, реакции Vi-агглютинации и РНФ, а также санация носителей левомицитином и бактериофагом; д) проведение в эпидемически неблагополучных участках с арычным водоснабжением в период, предшествующий подъёму заболеваемости и во время вспышки (кроме мер, указанных выше), подворных обходов не реже одного раза в неделю, дезинфекции уборных и других мест; загрязняющих открытые водоисточники; дача фага по эпидемическим показаниям переболевшим; е) широкое санитарное просвещение населения, направленное на предупреждение и борьбу с брюшным тифом, применительно к конкретным условиям.

204. ПАЧЕС, А. И.

окончил Киргизский госмединститут (г. Фрунзе) в 1942 г., дисс. докторская.

КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОПУХОЛЕЙ ОКОЛОУШНОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ.

2 тома, 500 стр., в лит. указат. 812 источн. Защ. в мае 1964 г. в Институте экспериментальной и клинической онкологии АМН СССР (г. Москва).

Перед автором стояла задача накопить достаточное количество клинического материала и на основе тщательного его анализа осветить следующие вопросы: а) гистологическая характеристика всех опухолей околоушной железы и их систематизация; б) характеристика клинического течения новообразований околоушной железы в сопоставлении с их микроскопическим строением; в) разработка клинико-морфологической классификации опухолей околоушной железы; г) усовершенствование и разработка методов диагностики; д) разработка и выбор наиболее рациональных методов лечения в зависимости от клинико-морфологических типов новообразований околоушной железы; е) оценка ближайших и отдаленных результатов лечения опухолей околоушной железы.

Работа была начата в Киргизской ССР и завершена в Таджикской ССР.

Наблюдения автора охватывают 257 больных с новообразованиями околоушной железы.

Исследования показали, что частота опухолей околоушной железы среди других опухолей составляет 0,5—1,1%. Заболевание встречается в любом возрасте, но чаще в возрасте от 30 до 60 лет. В Киргизии и Таджикистане краевых особенностей распространения опухолей не установлено.

Опухоли эпителиального происхождения составляют 89,7%. Остальные относятся к опухолям соединительнотканного происхождения.

Среди эпителиальных опухолей различаются такие морфологические виды: аденомы, капиллярные цистаденолимфомы, так называемые смешанные опухоли, мукоэпидермоидные опухоли, цилиндромы и рак. Объединять в группу смешанных опухолей новообразования иного строения не следует.

В клиническом отношении опухоли околоушной железы целесообразно подразделять на доброкачественные, к которым относятся сосудистые, фиброзные; аденомы, папиллярные цистаденолимифомы и так называемые смешанные опухоли: «полузлокачественные» (мукоэпидермоидная опухоль и цилиндрома); злокачественные (эпителиальные новообразования, саркомы, меланомы).

По данным автора доброкачественные опухоли составляют 61,9%, «полузлокачественные»—5,4%, злокачественные—32,7% всех опухолей слюнной железы.

Диагностика опухолей на основании только клинического течения часто невозможна. Число диагностических ошибок значительно уменьшится, если применять специальные методы исследования (цитологические, рентгенологические и др.). В диагностике опухолей цитологические исследования пунктата занимают мало времени у врача и безопасны для больного. Они позволяют дифференцировать опухолевые процессы от неопухолевых, доброкачественные от злокачественных.

Из рентгенологических методов диагностики предпочтительнее применять рентгенографию черепа и сиалоаденографию. Последняя позволяет дифференцировать опухолевые заболевания от неопухолевых, установить топографию опухоли.

Роль специальных методов исследования значительно возрастает, если их данные увязываются с клиническим течением опухолевых процессов.

Накопление опыта по распознаванию заболеваний и лечению больных с опухолями околоушной железы и внедрении специальных методов позволили почти в 3 раза снизить число диагностических ошибок.

В основе лечения опухолей околоушной железы должны лежать принципы индивидуального подхода, учитывающие особенности гистологического строения и клинического течения заболевания. Доброкачественные соединительнотканные и эпителиальные опухоли подлежат оперативному удалению,—энуклеации с сохранением ветвей лицевого нерва. При сосудистых опухолях показана предоперационная лучевая терапия. Для профилактики слюнных свищей нужно временно подавить функцию железы лучевой терапией.

Лечение смешанных опухолей должно быть хирургическим. Облучение в таких случаях вызывает атрофию железы. При новообразованиях более 3—4 см нужно применять в предоперационном периоде телегаммaтерапию, которая увеличивает подвижность опухоли и облегчает оперирование. При больших новообразованиях, вызвавших атрофию железы, телегаммaтерапия безуспешна, а операция может производиться по типу энуклеации.

При так называемых смешанных опухолях не следует останавливаться на выборе только одного какого-либо способа. В зависимости от клинического течения заболевания должны быть использованы различные методы: энуклеация

(при поверхностном расположении опухоли, при крупных новообразованиях); резекция железы (при внутрижелезистой локализации и расположении опухоли в крае железы); субтотальная резекция железы (при значительном распространении опухоли на поверхности железы, при рецидиве); консервативная паротидэктомия (при расположении ветвей лицевого нерва в опухоли, множественности опухолевых узлов, локализации опухоли в глоточной части, при рецидивной опухоли, занимающей большую часть железы).

Мукоэпидермоидные опухоли и цилиндромы должны лечиться оперативно и предоперационной телегаммaтерапией.

Лечение злокачественных опухолей следует начинать с телегаммaтерапии. Она должна проводиться полным курсом, большой дозой (7000—8000г), с учётом графика изодоз. Облучению подлежат и инoперабильные новообразования.

Анатомические исследования внеорганной лимфатической системы околоушной железы показали, что эта система имеет 4 пути оттока: 1) к впередиушным лимфатическим узлам; 2) вдоль наружной яремной вены; 3) к подчелюстным лимфатическим узлам; 4) вдоль наружной сонной и верхнечелюстной артерий к глубоким шейным лимфатическим узлам.

Предложенная автором техника паротидэктомии с иссечением шейной клетчатки единым блоком учитывает фасциально-футлярное строение шеи и анатомические особенности отводящей лимфатической системы околоушной железы. Подобные операции должны проводиться при «полузлокачественных» и злокачественных опухолях, а также при отсутствии прощупываемых метастазов в регионарных лимфоузлах.

Дифференцированный подход в выборе метода лечения опухолей околоушной железы позволил получить следующие отдаленные результаты (в сроки от 1 года до 15 лет): для доброкачественных опухолей (31 больной)—рецидивов не было, паралич лицевого нерва в 3 случаях; для смешанных опухолей (100 чел.) рецидивы у 3 больных, паралич лицевого нерва у 2, частичный—у 12 больных; для мукоэпидермоидных опухолей (10 чел.) в 9 случаях выздоровление, 1 летальный исход; для цилиндромы (4 больных)—2 смертных случая; для злокачественных форм в 16 случаях выздоровление, в 4—летальный исход. Рецидивов после радикальных операций не наблюдалось.

Лечение новообразований околоушной слюнной железы нужно начинать сразу же после их распознования.

---

205. ТУРСУНОВ, А. Х.

окончил Самаркандский мединститут в 1955 г., дисс. канд.

1 том, 274 стр., в лит. указат. 359 источн. Защ. в мае 1964 г. в Институте эпидемиологии и микробиологии им. Н. Ф. Гамалея АМН СССР (г. Москва).

---

206. ШЕЛЕПИН, А. С.

окончил Таджикский госмединститут им. Абуали ибни Сино (г. Душанбе) в 1952 г., дисс. канд.

МОРФОЛОГИЯ И ЭТИОПАТОГЕНЕЗ ПНЕВМОНИЙ У ДЕТЕЙ В ТАДЖИКИСТАНЕ.

3 тома, 167 стр., в лит. указат. 330 источн. Защ. в мае 1964 г. в Таджикском госмединституте им. Абуали ибни Сино (г. Душанбе).

Выяснение на секционном материале общих закономерностей возникновения, течения и исходов инфекционного воспалительного процесса в легких у детей в условиях г. Душанбе составляет задачу разбираемой диссертации.

Пневмонии у детей раннего возраста за последние годы занимают ведущее место среди причин смертности. При этом их удельный вес среди других болезней, послуживших причиной смерти, с каждым годом нарастает. Наибольшее число детей погибает в летние месяцы: июнь, июль, август, и в первые месяцы осени.

Взятие мазков и отпечатков во время вскрытия с поверхности разреза легких оказывается удобным методом исследования флоры в легких. Изучение сделанных мазков во время вскрытия и отпечатков из легких позволяет с гораздо большей достоверностью установить наличие и соотношение микрофлоры в органе, чем посевы материала.

У детей, погибших от воспаления легких, выявляется в одних случаях преимущественно однородная флора, в других—смешанная. При сопоставлении микробной флоры с гистологическими данными срезов из легких удается определить ряд этиоморфологических форм пневмоний раннего детского возраста. При однородной флоре основное число составляют палочковые и стафилококковые пневмонии, меньшее—пневмоцитоз и пневмонии, вызванные патогенными грибами. При смешанной флоре обнаруживаются сочетания палочек со стрептококком и грибов и палочек. Морфологическая картина оказывается характерной для одного из ведущих воз-

будителей. При отсутствии флоры в мазках морфология пневмонии характерна для пневмококкового поражения.

Для палочковых пневмоний характерно, что процесс в легких начинается с аспирационно-десквамативного бронхита. Характерным для стафилококкового поражения считается проявление действия резко вирулентной флоры, при которой на месте ее локализации начинается некроз ткани с лейкоцитарно-геморрагическим экссудатом в альвеолах.

Характерной макроскопической картиной пневмоцитоза являются увеличение легких в объеме с чрезвычайной плотностью легочной ткани, бледно-сиренево-красный цвет, похожий на вареную колбасу, гомогенность поверхности разреза, некоторая пестрота закругленных, оставшихся воздушными, краев легких. Ткань на разрезе мясистая с отделением мелких сероватых пробочек при надавливании.

При сочетании палочек со стафилококками у одних детей морфологическая картина похожа на стафилококковое поражение, тогда пневмония протекает особенно тяжело. В другом случае очаги воспаления представляют собой лейкоцитарную или лейкоцитарно-макрофагальную пневмонию с особенностями, более характерными для палочкового поражения легких. Такая морфологическая картина пневмонии в этой группе указывает на то, что в этом соотношении патогенных микробов, один из них является ведущим в патологическом процессе.

Разнообразие морфологических вариантов пневмоний у детей требует обязательного сопоставления характера микробной флоры и морфологических изменений в легких с клиническим течением болезни для трактовки наблюдаемых картин и возможности их систематизации. При длительном течении пневмонии с применением современных методов лечения в ходе болезни возможно присоединение другой разнообразной флоры, которая вначале не явилась причинным фактором возникновения заболевания. Активное первоначальное лечение пенициллином, стрептомицином и другими антибиотиками задерживает рост антибиотиколабильной флоры, создавая более благоприятные условия для пенициллиноустойчивой флоры, устраняя антагонизм между этими формами микробов. При затяжном течении болезни закономерность ремиссии и рецидива пневмонии с различными вариантами микробного пейзажа можно объяснить сменой типа возбудителя в ходе болезни.

Молниеносные формы болезни характеризуются бурным нарастанием тяжести симптомов заболевания с резко выраженными явлениями токсикоза. В этих случаях микробы в мазках не выявляются и пневмококковую этиологию у детей с молниеносным течением болезни можно определить только на основании бурного клинического течения и морфологической картины пневмонического процесса.

---

207. БОБОХОДЖАЕВ М. Х.

окончил Таджикский Госмединститут им. Абуали ибни Сино (г. Душанбе) в 1951 г., дисс. докторская

Защ. в июне 1964 г. в Институте биофизики Минздрава СССР

---

208. ВАХИДОВ Н. М.

окончил Таджикский госмединститут им. Абуали ибни Сино (г. Душанбе) в 1957 г., дисс. канд.

МАТЕРИАЛЫ ПО ХАРАКТЕРИСТИКЕ ВАКЦИНАЛЬНОГО ПРОЦЕССА ПРИ ПЕРОРАЛЬНОЙ ИММУНИЗАЦИИ ЖИВОЙ ВАКЦИНОЙ ПРОТИВ ПОЛИОМИЕЛИТА.

1 том, 116 стр., в лит .указат. 203 источн. (65 отеч., 138 иностр.).
Защ. в июне 1964 г. в АМН СССР (г. Москва).

Работа посвящена комплексному изучению вакцинального процесса, вызванного пероральной иммунизацией живой вакциной против полиомиелита. В частности, исследовалась динамика выделения вакцинного вируса верхними отделами пищеварительного тракта, возможность и частота проникновения его в кровь, а также проводились серологические исследования привитых живой вакциной.

Получены следующие данные.

При вирусологическом исследовании из 560 проб смывов, собранных от 80 привитых (разными типами) взрослых, выделен 171 штамм; из 720 проб смывов зевных тампонов детей выделено 70 штаммов вируса полиомиелита. 53,7% обследованных лиц выделяли вирус с глоточным содержимым. Тип I вируса выделен 50%, тип II—33,3% и тип III вируса выделен 66,6%. Максимальное количество вирусовыделителей (37,5%—тип I, 26,6%—тип II и 45,4%—тип III) приходится на 6 день после вакцинации; это число на 9 сутки уменьшается. Наибольший титр вируса в смыве и средняя геометри-

ческая титра вируса у выделителей также приходится на 6 день с последующим снижением на 8 и 9 сутки.

Приживление типов I и III вакцинного вируса в нижних отделах пищеварительного тракта происходит значительно чаще, чем в верхних отделах.

При исследованиях на вирусемию, проведенных обычным методом из форменных элементов и сывороток крови, полученных от 80 неиммунных взрослых, не было выделено ни одного цитопатогенного агента. Однако при использовании специального метода обработки (0,1 N HCl и 0,1 N NaOH) сывороток привитых, собранных с 3 по 9 день после вакцинации, получены положительные результаты по выделению вакционного вируса из крови. Вирус типа II выделен в 7 случаях из 20 и в 3 случаях из 50 у детей, привитых живой вакциной против полиомиелита. Вакцинный вирус, размножаясь в пищеварительном тракте, проникает в ток крови и блокируется антителами. Поэтому выделение вируса возможно только при специальной обработке, вызывающей диссоциацию этого комплекса.

Опыты параллельного титрования при разных температурах (35° и 40°) показали, что все выделенные штаммы (из проб глоточных смывов, фекалий и крови) обладают Т-характеристикой, что соответствует Т-характеристике введенных вакцинных штаммов.

Установлено, что выделенные штаммы родственны выделенным вакцинным штаммам и, следовательно, являются потомством вакцинных штаммов, которые, размножаясь в организме и проникая в кровоток, не теряют свои первоначальные генетические свойства.

В реакции связывания комплемента выяснилось, что комплементсвязывающие антитела образуются почти у всех привитых детей и взрослых против введенных типов вакцины.

Строгого параллелизма в образовании комплементсвязывающих и вируснейтрализующих антител в сыворотках привитых живой вакциной не отмечалось.

При иммунизации живой вакциной против полиомиелита частота изменений в уровнях антител связана с приживляемостью вакцинных штаммов, что в свою очередь обусловлено предшествующими уровнями антител в крови до вакцинации.

Выяснилось, что в дополнение к кишечному размножению вируса существует еще размножение его в верхних отделах кишечного тракта и вирусемия, что свидетельствует о сложности вакцинального процесса.

---

209. ХАЙДАРОВ К. Х.

Окончил Таджикский госмединститут им. Абуали ибни Сино (г. Душанбе) в 1959 г., дисс. канд.

СРАВНИТЕЛЬНОЕ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЕ ИЗУЧЕНИЕ ТРИАКАНТИНА И ПАПАВЕРИНА.

1 том, 188 стр., в лит. указат. 140 источн. Защ. в июне 1964 г. во Всесоюзном научно-исследовательском химико-фармацевтическом институте (г. Москва).

Проводилось сравнительное фармакологическое изучение алкалоида триакантина, обнаружившего спазмолитическую активность с папаверином.

Учитывая, что папаверин применяется, в основном, в качестве гипотензивного, коронарорасширяющего и спазмолитического средства, сравнительное изучение действия обоих алкалоидов автор проводил в плане их влияния на кровяное давление, коронарное кровообращение и гладкую мускулатуру. Определялась также токсичность обоих препаратов.

Исследования проводились в условиях острых и хронических опытов на 272 животных. Действие препаратов на кровяное давление изучалось как на здоровых животных, так и в условиях патологии (при экспериментальном холестериновом атеросклерозе).

Оба препарата вводились животным в течение 5 дней ежедневно внутривенно: триакантин в виде 1—5—10% р-ра в дозах 2, 5, 10, 20 мг/кг; папаверин (1—5% р-ра) в дозах 2, 5, 10 мг/кг.

Полученные результаты показали, что алкалоид триакантин в острых опытах на наркотированных животных и в хронических опытах на кроликах без наркоза обладает значительными гипотензивными свойствами. Однако в этих случаях его действие уступает папаверину.

На фоне экспериментального холестеринового атеросклероза имеет место повышение реактивности животных к триакантину и значительное усиление его гипотензивного эффекта. В этих опытах сила действия триакантина не уступает папаверину.

Триакантин обладает выраженными коронарорасширяющими свойствами. Характер и сила его действия сходны с папаверином.

По спазмолитической активности триакантин также близок к папаверину. Величина pA_{10} для триакантина составляет 5,7, а для папаверина—6,13.

Для белых мышей $LД_{50}$ триакантина при внутривенном введении составляет 145 мг/кг, а для папаверина—31 мг/кг. Следовательно, триакантин в 4,7 раза менее токсичен, чем папаверин.

Так как по своей активности триакантин не уступает папаверину, менее токсичен, чем папаверин, обладает значительными гипотензивными и спазмолитическими свойствами, применение его должно быть предпочтительным.

---

210. ЯКУБОВ А. Я.

окончил Таджикский госмединститут им. Абуали ибни Сино (г. Душанбе) в 1958 г., дисс. канд.

ГИГИЕНА ТРУДА ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ФОСФОРОРГАНИЧЕСКИХ ИНСЕКТИЦИДОВ В ХЛОПКОВОДСТВЕ.

1 том, 266 стр., в лит. указат 194 источн. (133 отеч., 61 иностр.).
Защ. в июне 1964 г. в Киевском медицинском институте.

Задачей диссертации было: а) установление случаев отравления фосфорорганическими инсектицидами и анализ их причин; б) изучение условий труда и некоторых физиологических сдвигов в организме людей, соприкасающихся с инсектицидами и гигиеническая оценка различных способов обработки хлопчатника в условиях Таджикской ССР; в) экспериментальное изучение комбинированного действия высокой температуры и фосфорорганических инсектицидов на организм теплокровных животных; г) разработка мер профилактики отравления ядохимикатами применительно к особенностям их применения в Таджикской ССР.

Установлено, что применяющиеся в сельском хозяйстве фосфорорганические соединения являются высокотоксичными для человека и теплокровных животных. В случаях несоблюдения мер предосторожности при работе с ними могут возникать отравления.

Основными неблагоприятными санитарно-гигиеническими факторами при применении инсектицидов в хлопководстве является наличие больших концентраций этих веществ в воздухе рабочих зон, населенных пунктов, а также высокая температура воздуха. Последний фактор способствует систематическому поступлению в воздух паров инсектицидов с поверхности загрязненной почвы и обработанных растений, поступлению большого количества этих веществ в организм через кожу и легкие. Невозможность эффективного использования индивидуальных средств защиты при высокой температуре среды увеличивает попадание инсектицидов на открытые части тела.

Изучение санитарно-гигиенических условий труда при различных способах применения инсектицидов позволило установить, что более целесообразным является использование авиаопрыскивания. Однако при этом способе обработки следует строго соблюдать санитарно-защитную зону и не производить обработки в зоне 1000 м вокруг населенных пунктов.

Физиологическими исследованиями установлено, что как у лиц, работающих с фосфорорганическими инсектицидами, так и у контрольных групп наблюдаются гипотония, потливость и сильная жажда, понижение активности холинэстеразы крови. Эти явления наблюдались особенно у лиц, работающих с опрыскивателями «Автомакс», у трактористов и летного состава. Физиологические сдвиги возникают в результате сочетанного действия инсектицидов и высокой температуры воздуха.

Выяснилось, что максимально переносимая доза препарата М-81 в условиях комнатной температуры становится минимально-смертельной дозой при воздействии высокой температуры (34—38°С). Доза 74 мг/кг веса (ЛД-50 при обычных температурных условиях) вызывает гибель 80% подопытных животных в условиях высокой температуры. Интоксикация препаратом М-81 в этих условиях протекает бурно и более тяжко.

При многократной затравке экспериментальных животных парами препарата М-81 в концентрациях 0,00009—0,001 мг/л при комнатной температуре картина отравления характеризуется понижением активности холинэстеразы крови у части подопытных животных. При сочетанном воздействии высокой температуры и яда отстает прирост веса тела, понижается активность холинэстеразы, нарушается функция вегетативной нервной системы, возникают симптомы отравления и гибель 30% подопытных животных.

Патогистологические изменения в острых опытах и при длительном ингаляционном воздействии препарата М-81 характеризуются периваскулитом, очаговой эмфиземой легких, венозной гиперемией внутренних органов и головного мозга,

паренхиматозной дистрофией печени, почек и сердца. При комбинированном действии яда и высокой температуры в головном мозгу обнаруживаются полнокровие мозговых оболочек, мелкоочаговые кровоизлияния, явления хроматолиза, кариолиза и кариоцитолиза нервных клеток.

На основании проведенных исследований и полученных результатов автор рекомендует ряд практических мероприятий по улучшению условий труда лиц, работающих с фосфорорганическими инсектицида в условиях Таджикской ССР.

II.

ДИССЕРТАЦИИ, ПРЕДСТАВЛЕННЫЕ К ЗАЩИТЕ

211. АМИНОВ, Н. Р.

окончил Самаркандский мединститут в 1954 г., дисс. канд.

ЗНАЧЕНИЕ ИНАКТИВАЦИИ ФТИВАЗИДА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ТУБЕРКУЛЕЗА У ДЕТЕЙ.

1 том, 160 стр., в лит. указат. 257 источн. (120 отеч., 137 иностр.).
Представлена к защите в Институт педиатрии АМН СССР (г. Москва).

Учитывая важность проблемы инактивации ГИНК в организме у детей, больных туберкулезом, автор ставит задачу изучить у них степень инактивации фтивазида путем определения: 1) концентрации его в крови, 2) выделения активного фтивазида с суточной мочой; 3) всасывания его из желудочно-кишечного тракта, а также взаимоотношения между этими показателями. Кроме того, была прослежена динамика туберкулезного процесса у детей в зависимости от показателей инактивации при различных методах лечения (при лечении фтивазидом и ПАСК; фтивазидом; стрептомицином и ПАСК и на фоне антибактериальной терапии с добавлением гормональных препаратов).

Динамические исследования инактивации показали, что степень выделенного активного фтивазида с мочой колеблется в разных пределах у различных детей, а у одного и того же больного остается постоянной.

С суточной мочой больные выделяли от 3% до 40% активного фтивазида по отношению к принятой суточной дозе.

В зависимости от количества активного фтивазида, содержащегося в суточной моче, больные дети разделились на три группы: 1) слабые инактиваторы, выделяющие с мочой свыше 20% активного фтивазида по отношению к принятой дозе за сутки; 2) средние, выделяющие 11%—19%; 3) сильные

инактиваторы, выделяющие с мочой от 3 до 10% активного фтивазида от принятого препарата за сутки.

Инактивация фтивазида оказывает влияние на течение туберкулеза. Для сильных инактиваторов при всех методах лечения характерно более медленное выздоровление и волнообразное течение болезни; для средних и слабых инактиваторов более гладкое течение и быстрое излечение.

При лечении фтивазидом и ПАСК, фтивазидом, стрептомицином и ПАСК у слабых инактиваторов быстрее достигается эффективность по сравнению с сильными инактиваторами. Средние инактиваторы по эффективности лечения стоят ближе к группе слабых инактиваторов.

При добавлении к антибактериальным препаратам стероидных гормонов эффективность лечения повышается у больных всех групп инактиваторов, особенно у слабых. Сильным инактиваторам целесообразно назначать повышенные дозы фтивазида, а при непереносимости препаратов этого ряда заменять их другими антибактериальными препаратами.

Количество выделенного фтивазида с калом не отражает его концентрацию в крови и выведение активного фтивазида с суточной мочой.

Взаимное влияние между степенью инактивации и функциональной пробой Квика-Пытеля не обнаруживается.

---

212. БУРМАКИНА В. Ф.

Окончил Узбекский госуниверситет (г. Самарканд) в 1952 г., дисс. канд.

МАТЕРИАЛЫ К ЭПИДЕМИОЛОГИИ АСКАРИДОЗА В СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ ТАДЖИКСКОЙ ССР.

1 том, 202 стр., в лит. указат. 238 источн. (203 отеч. 35 иностр.).
Представлена к защите в Всесоюзный институт гельминтологии им. К. И. Скрябина (г. Москва)

Работа посвящена: а) детальному изучению пораженности аскаридозом населения сельской местности Таджикской ССР; б) выявлению основных факторов, определяющих резкую ее экстенсивность в некоторых районах республики; в) изучению влияния многократной преимагинальной дегельминтизации на зараженность яйцами аскарид объектов внешней среды, играющих роль в распространении аскаридоза.

При выполнении работы проделано 15000 анализов испражнений на яйца аскарид, 224 исследований кала для определения интенсивности инвазии, исследование смывов с объ-

ектов внешней среды, проб почвы, анализов овощей и воды на загрязненность яйцами аскарид. Кроме того, использованы данные эпидемиологических обследований микроочагов аскаридоза, результаты наблюдений за выживаемостью и развитием яиц аскарид в микроклиматических условиях очагов разных ландшафных зон, данные о динамике пораженности аскаридозом населения разных очагов.

Установлено, что пораженность аскаридозом населения сельских районов Таджикской ССР составляет в среднем 14,3%. Существенной разницы в пораженности аскаридозом мужчин и женщин, а также людей отдельных профессий не отмечается.

Аскаридоз распределяется среди населения неравномерно. По характеру пораженности могут быть выделены очаги двух типов: интенсивные (горные и предгорные) и слабоинтенсивные (долинные).

Разница в пораженности аскаридозом населения определяется в основном расположением очагов в той или иной климатической зоне и связана с различными условиями развития и выживаемости яиц аскарид в почве. В горных очагах имеет место массивное загрязнение почвы яйцами аскарид. Развитие яиц аскарид в почве возможно в весенне-летне-осенний период, а гибель яиц не наблюдается в течение всего года. В предгорных очагах развитие яиц до инвазионной стадии происходит только в сентябре-октябре и в марте-мае. Яйца аскарид погибают в почве в период жарких летних месяцев. В очагах слабой интенсивности развитие яиц аскарид до инвазионной стадии возможно только на затененных или покрытых травой участках в ограниченные периоды года. На участках, расположенных в тени, яйца аскарид достигают стадии подвижной личинки только в весенний период, а на участках, покрытых травой, кроме того, и осенью.

В условиях Таджикистана важным фактором распространения аскаридоза являются овощи. Они играют роль не только в распространении аскаридоза внутри интенсивного очага, но обусловливают существование ложных очагов аскаридоза в населенных пунктах с неблагоприятными условиями для развития и выживания яиц.

Другими важными факторами распространения аскаридоза являются некоторые предметы бытовой обстановки, руки, а также обычная вода.

Заражение населения в условиях горных очагов возможно в течение всего года: в предгорных очагах—зимой, осенью и весной: в очагах слабой интенсивности—только весной и редко осенью.

Мероприятия по борьбе с аскаридозом должны прово-

диться дифференцированно в разных типах очагов. В интенсивных очагах следует проводить не менее шести курсов поголовной преимагинальной дегельминтизации. В очагах слабой интенсивности надо проводить только однократное лечение выявленных инвазированных лиц в июне.

Проведение шести курсов поголовной дегильминтизации позволили снизить загрязненность почвы живыми яйцами в условиях интенсивных очагов аскаридоза в Таджикской ССР в 13—14 раз, а наиболее загрязняемых почвой предметов бытовой обстановки — только в 2,6 раза.

Загрязненность яйцами аскарид объектов внешней среды (почва, овощи) и относительно небольшое снижение загрязненности предметов домашнего обихода при проведении шести курсов преимагинальной дегельминтизации заставляет обратить внимание на значение дальнейшего повышение уровня коммунального благоустройства кишлаков и санитарной культуры населения.

Таким образом, проведенные исследования позволили установить период массового заражения аскаридозом в разных очагах, определить сроки проведения преимагинальной дегельминтизации и дать рекомендации по оздоровлению населения в отдельных ландшафтных зонах с учетом особенностей эпидемиологии аскаридоза в условиях Таджикской ССР.

---

213. ИЛЬЯШЕНКО Л. Я.

оконч. Таджикский госуниверситет (г. Душанбе), в 1953 г., дисс. канд.

ЭКОЛОГИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ БОРЬБЫ С СИНАНТРОПНЫМИ МУХАМИ В СЕЛЬСКИХ УСЛОВИЯХ ГИССАРСКОЙ ДОЛИНЫ ТАДЖИКСКОЙ ССР.

1 том, 148 стр., в лит. указат. 200 источн. Представлена к защите в АН Таджикской ССР.

Задачей настоящей работы явилось изучение видового состава синантропных мух разного типа населенных пунктов и животноводческих хозяйств, численности мух в зависимости от наличия или отсутствия на территории поселков ферм. Особое значение уделялось изучению влияния животноводческих ферм на численность мух в поселках и разработке комплекса мероприятий по борьбе с мухами применительно к условиям сельской местности.

Анализ материалов видового состава синантропных мух в условиях сельской местности Гиссарской долины дает возможность отметить, что южная комнатная муха—доминирующий вид среди прочих синантропов и заселяющая жилые помещения человека и животноводческие фермы. Естественно, отсюда следует, что борьба с мухами в условиях сельской местности Гиссарской долины должна быть сведена в основном к борьбе с южной комнатной мухой.

Однако не может быть успешной борьбы с мухами без знаний особенностей развития, видового состава, сроков появления активных мух в природе.

Южная комнатная муха в природе появляется в конце апреля-начале мая при установлении постоянной среднесуточной температуры не ниже 18—19°. Поздние сроки появления связаны со способностью мух переносить неблагоприятные условия зимы в стадии куколки. Дальнейшее повышение температуры резко увеличивает численность мух в поселках и на фермах. Особенно много их отмечается в летние месяцы. К осени, со снижением температуры, число мух заметно уменьшается.

Несколько иные темпы нарастания численности мух в поселках с животноводческими фермами, где их численность в 3—4 раза выше, в сравнении с поселками без ферм, что связано с перемещением мух с животноводческих ферм в поселки.

Перемещение мух на территории населенного пункта связано с поисками пищи и субстрата для откладки яиц. В связи с этим основные перелеты мухи совершают между местом выплода (навоз, отбросы, содержимое выгреба) и жилыми домами.

Полученные данные по изучению миграционных процессов в условиях местности показали, что для резкого снижения численности мух необходимо борьбу проводить одновременно в поселках и на животноводческих фермах. При разработке комплекса мероприятий автор исходит из имеющегося опыта борьбы с мухами.

Приблизительно одинаковые санитарное состояние поселков и характер ведения хозяйства, однотипность мест выплода дают возможность разработать единый комплекс мероприятий по борьбе с мухами для поселков и животноводческих хозяйств Гиссарской долины.

Разработанная и проверенная в производственных условиях система мероприятий по борьбе с мухами включает в себя санитарные и химические методы, причем предпочтение отведено санитарным.

Санитарные методы борьбы сводятся к рациональной си-

стеме очистки, сбора, хранения и обезвреживания отбросов. Обезвреживание следует производить в траншеях, складывая ежедневную порцию навоза сразу во всю глубину траншеи и обязательно смазывая сверху слоем жидкой глины в 5 см.

Для недопущения выплода мух в уборных, последние надо строить в местах глубокого залегания грунтовых вод, с ямами глубиной свыше 3 м, с надземной постройкой и узким очком.

Дополнительным методом борьбы с окрыленной формой мух можно рекомендовать применение хлорофоса.

---

214. КАСЫМОВ Т.

оконч. Таджикский Госмединститут им. Абуали ибни Сино (г. Душанбе) в 1958 г., дисс. канд.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ И СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ РАБОЧИХ ПРЯДИЛЬНОЙ ФАБРИКИ ДУШАНБИНСКОГО ТЕКСТИЛЬНОГО КОМБИНАТА В СВЯЗИ С ИХ УСЛОВИЯМИ ТРУДА.

1 том, 159 стр., в лит. указат. 182 источн. (133 отеч., 49 иностр.). Представлена к защите в АМН СССР (г. Москва)

---

215. МИРЗАХАНОВ М.

оконч. Таджикский госмединститут им. Абуали ибни Сино (г. Душанбе) в 1958 г., дисс. канд.

ДИАТЕРМОКОАГУЛЯЦИЯ ЗАДНИХ ДЛИННЫХ ЦИЛИАРНЫХ АРТЕРИЙ ПРИ ГЛАУКОМЕ.

1 том, 144 стр., в лит. указат. 186 источн. Представлена к защите в ЦИУВ (г. Москва).

Работа имеет целью: а) экспериментально изучить влияние на офтальмотонус диатермокоагуляции одной или двух задних длинных цилиарных артерий; б) произвести морфологическое исследование оперированных глаз подопытных животных, чтобы выяснить характер изменений, происходящих в зоне коагуляций; в) разработать наиболее рациональный метод операций; г) выяснить эффективность операции и выработать показания и противопоказания к ней при различных

формах глаукомы путем проведения клинического наблюдения.

Опыты ставились на кроликах в двух сериях. В первой серии производилась коагуляция только одной височной задней длинной артерии, во второй—коагуляция обеих задних длинных цилиарных артерий.

При диатермокоагуляции одной задней длинной цилиарной артерии в эксперименте у кроликов получено стойкое снижение внутриглазного давления на 2—6,5 мм рт. ст. После диатермокоагуляции обеих задних длинных цилиарных артерий понижение внутриглазного давления было выражено резче и составляло в среднем 5—7 мм рт. ст. У 50% подопытных животных после диатермокоагуляции обеих задних длинных цилиарных артерий развилась атрофия глазного яблока.

Патогистологические исследования глаз животных, энуклеированных в различные сроки после диатермокоагуляции одной и двух задних длинных цилиарных артерий, показали, что наиболее резкие реактивные изменения отмечаются после диатермокоагуляции обеих артерий.

Клинические наблюдения за больными глаукомой, которым была произведена операция обеих задних длинных цилиарных артерий, установили, что у 86,1% больных отмечается выраженное понижение внутриглазного давления. После-операционная внутриглазная гипотензия, по-видимому, обусловлена уменьшением кровоснабжения цилиарного тела и радужки в связи с тромбозом цилиарных артерий.

Результат ангиодиатермокоагуляции не зависит от формы первичной глаукомы, стадии процесса и результата пробы с фонуритом. При вторичной глаукоме вероятна зависимость эффекта операции от этиологии процесса.

Компрессионно-тонометрические исследования показали, что после ангиодиатермокоагуляции отток внутриглазной жидкости не изменяется. Это обусловлено уменьшением притока крови к цилиарному телу.

Непосредственно после ангиодиатермокоагуляции острота и поле зрения либо не изменяются (71,2%), либо улучшаются (27,4%).

Гониоскопическими исследованиями было установлено, что при закрытом угле передней камеры ангиодиатермокоагуляция оказывается неэффективной.

Отдаленные наблюдения выявили, что стойкая нормализация внутриглазного давления происходит у 64% больных. Функции глаза у 76,9% больных не изменяются или улучшаются. Ухудшение зрения в отдаленном периоде после операции отмечалось у 15 из 70 длительно наблюдавшихся больных.

причем чаще при далекозашедшей глаукоме. Стойкость эффекта операции не зависит от формы глаукомы.

Ангиодиатермокоагуляция является технически простой, безопасной операцией и показана при любой форме первичной глаукомы, независимо от стадии (кроме абсолютной) и степени компенсации процесса (кроме декомпенсированной), а также целесообразна при вторичной глаукоме на почве тромбоза центральной вены сетчатки. Отрицательный результат пробы с фонуритом не является противопоказанием к проведению операции. Операция диатермокоагуляция противопоказана при закрытом угле передней камеры, абсолютной и декомпенсированной глаукоме.

---

216. САТТАРОВ И. С.

окончил Таджикский госмединститут им. Абуали ибни Сино (г. Душанбе) в 1959 г., дисс. канд.

ПАРАКОКЛЮШНАЯ ИНФЕКЦИЯ

(серологические, микробиологические и эпидемиологические наблюдения).

1 том, 191 стр., в лит. указ. 91 источн. (31 отеч. и 60 иностр.).
Представлена к защите в АМН СССР (г. Москва).

Вопрос о характере распространения паракоклюшных микробов в различных зонах Советского Союза и о значении их в эпидемиологии коклюша мало разработан.

В связи с этим предпринято изучение коклюшных и паракоклюшных антител в сыворотках и моче детей, переболевших и вакцинированных против коклюша. Особое место занимала бактериологическая диагностика выделяемых паракоклюшных культур и клиникоэпидемиологические наблюдения в очагах паракоклюша. Кроме того, была сделана попытка определить «неполные» антитела в сыворотках людей и животных методом непрямой люминесценции.

Чтобы иметь представление об эпидемиологическом фоне в отношении коклюша была проведена работа по сопоставлению основных эпидемиологических данных, характеризующих коклюшную инфекцию в обследованных районах—в Таджикской ССР, в г. Москве и в Молдавской ССР.

Автор показал, что на фоне резкого снижения заболеваемости коклюшем в одних республиках и более медленного или полного отсутствия снижения в других, особую актуальность

приобретает вопрос о распространении паракоклюшных заболеваний.

При исследованиях в различных частях СССР (Молдавская, Таджикская ССР, Москва) 1388 сывороток детей, переболевших коклюшем, ретроспективно, в сроки не превышающие 2-х лет после заболевания, отмечается отсутствие агглютининов в сыворотках от 27,3% до 42,8% от общего числа исследованных. Соотношение сывороток с преобладанием коклюшных и паракоклюшных агглютининов в разных городах и в отдельные годы в одном городе различно. Параллелизма между выделением возбудителей и обнаружением соответствующих агглютининов не было.

Серологическая структура по каждой отдельной возрастной группе среди детского населения от 2 до 7 лет отражает итоговые данные для всей возрастной группы.

Вакцинация может существенно изменить соотношение антител и именно в сторону более частого преобладания коклюшных антител.

Во всех частях Советского Союза, где проводились исследования, довольно часто сыворотки содержали агглютинины к обоим микробам (от 22,1%—Душанбе до 68,5%—Москва).

Сыворотки вакцинированных, но не болевших коклюшем детей, исследованные в сроки до 12 месяцев после вакцинации, содержали агглютинины к тому и другому антигену, причем 25,4% сывороток имели равные титры к обоим диагностикумам.

Наблюдения за контактировавшими с больными паракоклюшными детьми показали, что у этих детей имелись иммунологические сдвиги, выразившиеся в увеличении паракоклюшных антител.

Экспериментально установлено, что при заражении коклюшными и паракоклюшными микробами, начиная с 10—15 дня, образование агглютининов гомологичных и гетерологичных идет параллельно как по времени, так и по интенсивности, при этом часто титры к гетерологичному антигену превышают гомологичные.

Использование некоторых специальных серологических методов позволили установить: а) возможность применения реакции агглютинации с мочой для определения коклюшных паракоклюшных агглютининов; б) высокую чувствительность люминисцентного метода опеределения так называемых «неполных» антител сравнительно с реакцией агглютинации.

Проведенное клинико-эпидемиологическое наблюдение вспышки легких заболеваний верхних дыхательных путей и коклюшеподобных заболеваний, бактериологически диагно-

стированных паракоклюшем позволили установить, что инкубационный период при заболеваниях паракоклюшем составляет 7—15 дней; у подавляющего большинства детей, выделяющих возбудителей паракоклюша, отмечаются клинические симптомы заболевания; активная иммунизация детей против коклюша не влияет на ход эпидемического процесса при паракоклюше.

Серологические показатели, а именно обнаружение агглютининов в сыворотках ранее переболевших детей, не могут служить количественным критерием для ретроспективного установления частоты паракоклюшных (коклюшных) заболеваний.

---

217. КАСИМОВ М. С.
окончил Азербайджанский мединститут (г. Баку) в 1956 г., дисс. канд.

2 тома, 1 том 176 стр., II — 305 стр., в лит. указат. 187 источн.
Представлена к защите в Алма-Атинский мединститут.

III.

ДИССЕРТАЦИИ, ЗАЩИЩЕННЫЕ В ТАДЖИКСКОМ ГОСМЕДИНСТИТУТЕ им. АБУАЛИ ИБНИ СИНО УЧЕНЫМИ ДРУГИХ РЕСПУБЛИК

218. ИБРАГИМОВА С. И.

оконч. Самаркандский мединститут в 1953 г., дисс. канд.

ЛАГОХИЛУС ОПЬЯНЯЮЩИЙ КАК НОВОЕ КРОВООСТАНАВЛИВАЮЩЕЕ СРЕДСТВО В ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ

1 том, 182 стр., в лит. указат. 385 источн. Защ. в июне 1958 г. в Таджикском госмединституте им. Абуали ибни Сино (г. Душанбе).

Прозодилось экспериментальное и клиническое изучение гемостатического действия лагохилуса опъяняющего, предложенного кафедрой фармакэлогии Самаркандского мединститута.

С целью профилактики кровотечений и лечения травматического носового кровотечения как у здоровых животных, так и у собак с искусственно пониженной свертываемостью крови, вызванной дикумарином или гепарином, применялся 5% настой лагохилуса в дозе 10 мл на 1 кг веса.

После предварительного определения времени свертывания крови всем подопытным животным наносилась травма носа, от которой возникало носовое кровотечение.

В первой серии экспериментов изучалось влияние введения в желудок настоя лагохилуса на время свертывания крови и продолжительность травматического носового кровотечения. Выяснилось, что время свертывания крови после дачи лагохилуса ускоряется и длительность носового кровотечения резко сокращается.

Во второй серии опытов вводился настой лагохилуса и исследовалось время свертывания крови. Затем внутривенно вводился гепарин и спустя 30 минут определялось время

свертывания крови и длительность носового кровотечения. Опыты показали, что ежедневная дача лагохилуса хотя и значительно уменьшила у животных время свертывания крови, но не изменила реакции свертывающей системы крови на введение гепарина. Однако подготовка лагохилусом привела к резкому сокращению продолжительности носового кровотечения после нанесения травмы.

В третьей серии экспериментов контрольным животным вводился дикумарин в дозе 10 мг на 1 кг веса. У всех животных на высоте нарушения свертываемости крови наблюдалось значительное удлинение времени свертывания крови и продолжительности носового кровотечения, что привело к гибели большей части подопытных животных.

Четвертая серая опытов была посвящена выяснению значения лагохилуса в предупреждении развития и течение экспериментального дикумаринового замедления свертываемости крови. Выяснилось, что время свертывания крови у животных, не подготовленных лагохилусом, после дачи дикумарина замедлялось (в среднем до 466%), а у животных, получивших лагохилус, это замедление незначительно и составляло всего 131% по отношению к исходным данным.

Полученные в эксперименте результаты применения лагохилуса как кровоостанавливающего средства позволили испытать его в клинических условиях с целью профилактики операционных кровотечений. При этом лагохилус применялся в виде 5% настоя по 1 стол. ложке 3 раза в день.

Испытания показали, что при применении лагохилуса в предоперационный период у группы больных с тонзиллэктомией значительно ускоряло время свертывания крови (у 74% больных). У остальной части больных лагохилус гемостатического действия не оказывал.

При исследовании артериального кровяного давления у больных оказалось, что в 69% случаев максимальное и в 53%—минимальное кровяное давление под влиянием лагохилуса понизилось и в остальных случаях оно не изменилось.

При паренхиматозных, капиллярных и нередко костных кровотечениях хороший гемостатический эффект получалось от 10% стерильного настоя лагохилуса при его местном применении.

Таким образом, профилактика кровотечений лагохилусом проявляется в уменьшении времени свертывания крови, продолжительности кровотечения по Дуке и обилия кровопотерь в момент операции, что свидетельствует о том, что лагохилус является более эффективным средством в лечении и профилактике ЛОР кровотечений, чем хлористый кальций. Лагохилус

опьяняющий переносится больными хорошо и не оказывает побочного действия.

Лагохилус является новым эффективным кровоостанавливающим средством, удовлетворяющим запросы оториноларингологической практики.

---

219. БЛЯХМАН С. Д.

оконч. Ташкентский мединститут в 1952 г. Дисс. канд.

О ПРИЗНАКАХ И ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ВОЗДУШНОЙ ЭМБОЛИИ НА ТРУПЕ.

1 том, 300 стр., в лит. указат. 397 источн. (195 отеч. и 202 иностр.).
Защ. в июне 1959 г. в Таджикском Госмединституте
им. Абуали ибни Сино (г. Душанбе).

Работа посвящена установлению значения рентгенографического метода для диагностики воздушной эмболии, целесообразности внедрения его в экспертную практику. Была поставлена задача экспериментально проверить на животных и трупах людей возможность рентгенографической диагностики венозной воздушной эмболии и выработать такую методику исследования, которая позволила бы применить рентгенографическое доказательство венозной воздушной эмболии в условиях повседневной работы судебно-медицинского эксперта и патологоанатома.

Воздушная эмболия вызывалась у собак введением воздуха в бедренную или яремную вену, а также путем нанесения травмы головы или перерезки сосудов шеи. В контрольных опытах причиной смерти были ожоги тела, электротравма и механическая асфиксия через повешение на петле.

Наблюдения на трупах людей показали, что рентгенографическая картина сердца, полученная до вскрытия трупа, представляется не всегда достаточно отчетливой, чтобы по ней с достоверностью судить о наличии или отсутствии воздуха в полостях его. Применение же рентгенографии изолированного сердца позволило во всех наблюдениях получить отчетливую рентгенограмму сердца. Этот метод оказался более приемлемым в практике экспертной работы для диагностики венозной воздушной эмболии.

В экспериментах и на трупах людей изучался также ряд других признаков, предлагаемых для диагностики венозной воздушной эмболии. Оказалось, что на трупах людей выделе-

ние пенистой, содержащей пузырьки воздуха крови с поверхности разрезов печени, почек и селезенки наблюдалось не только при воздушной эмболии, но и при других причинах смерти. Это позволило считать, что стеканию пенистой крови с поверхности разрезов паренхиматозных органов как признаку венозной воздушной эмболии можно придавать только вспомогательное значение. Тоже самое значение имеет наличие пенистой крови в нижней полой вене при вскрытии ее под водой. В постановке диагноза венозной воздушной эмболии большее значение имеет наличие пузырьков воздуха в кровяных сгустках, выявляемых в полостях сердца и сосудов.

Важным диагностическим признаком артериальной воздушной эмболии является наличие пузырьков воздуха в сосудистых сплетениях головного мозга. Обнаружение небольших полостей в веществе мозга может являться вспомогательным признаком воздушной эмболии большого круга кровообращения. Наблюдаемые при осмотре головного мозга пузырьки воздуха в сосудах мягкой мозговой оболочки, а также кровоизлияния и размягчения в веществе мозга не являются характерными признаками артериальной воздушной эмболии. Наличие вакуолей в сосудах мозга также не является специфическим признаком.

В эксперименте на животных автором установлен новый диагностический признак артериальной воздушной эмболии — наличие пузырьков воздуха в передней камере глаз, под роговицей.

При отсутствии признаков разложения трупа, сроки диагностики воздушной эмболии могут быть расширены до 2—3 дней. При наличии выраженных признаков гниения на трупе диагностика воздушной эмболии невозможна.

Исследование трупа при подозрении на воздушную эмболию должно учитывать возможность развития как венозной, так и артериальной воздушной эмболии. Следовательно, нельзя ограничиваться проведением только одной общепринятой пробы.

Вскрытие трупа при подозрении на воздушную эмболию должно начинаться с грудной клетки. Исследование внутренних органов должно проводиться после наложения лигатур на впадающие в сердце и отходящие от него сосуды.

Заключение о смерти от воздушной эмболии может быть сделано только при учёте патологических признаков, предшествовавших смерти и при самом тщательном изучении всех обстоятельств дела.

---

220. ИЛЬИНА Т. Я.

оконч. II Московский мединститут в 1948 г., Дисс. канд.

ТУБЕРКУЛЕЗ И БЕРЕМЕННОСТЬ

1 том, 250 стр. в лит. указат. 244 источн. (167 отеч., 77 иностр.)

Защ. в октябре 1960 г. в Таджикском госмединституте им. Абуали ибни Сино (г. Душанбе).

Автор изучал влияние беременности, родов и аборта на динамику туберкулеза легких при современных методах лечения. Изучал также течение беременности и родов у больных туберкулезом, картину крови, кожную чувствительность к туберкулину, функции кровообращения и дыхания в период беременности и влияние туберкулезного процесса матери на развитие и состояние здоровья детей.

В течение 1956—1958 г. г. велось наблюдение за 276 беременными женщинами, страдающими различными формами легочного туберкулеза. Из общего числа больных первую беременность имели 53 женщины, повторную 223. Больные были в возрасте от 17 до 45 лет. Срок наблюдения после родов и прерывания беременности у большинства больных колебался от 6 месяцев до 2 лет.

Результаты исследования показали, что беременность, роды и аборт при современных методах лечения у подавляющего большинства больных не ухудшают течения туберкулеза легких. Имеющие место обострения туберкулезного процесса наблюдаются, главным образом, у больных с активными формами и преимущественно у женщин с хроническим фиброзно-кавернозным туберкулезом. Обострения чаще возникают после родов, чем в период беременности и после аборта и развиваются 2—5—7-м месяцах беременности, на 4—5-м месяце после родов и на 2—3-м месяце после аборта.

Туберкулез легких не вызывает самопроизвольного прерывания беременности, редко способствует наступлению преждевременных родов и мертворождению, а также мало влияет на течение родов. Туберкулез легких не является показанием к оперативному родоразрешению. Дети от матерей, страдающих легочным туберкулезом рождаются здоровыми и жизнеспособными. Для предупреждения заболевания туберкулезом необходимо изолировать детей от больных матерей на 6—8 недель после вакцинации.

При отсутствии этой возможности грудное вскармливание может быть разрешено всем туберкулезным матерям, исключая больных с декомпенсированными формами процесса. Беременных женщин, страдающих легочным туберкулезом нуж-

но лечить комплексно также как туберкулезных женщин, не имеющих беременность. Роды и аборт у туберкулезных женщин следует проводить под «защитой» антибактериальных препаратов. Поскольку имеется возможность с успехом лечить туберкулез, сохранение беременности не наносит заметного ущерба здоровью женщины страдающей туберкулезом легких. Показанием к искусственному аборту может быть только наличие хронического фиброзно-кавернозного процесса Показания к прерыванию беременности больших сроков следует сократить до минимума. При решении вопроса о целесообразности прерывания беременности необходим индивидуальный подход.

Для своевременного выявления и лечения туберкулеза легких необходимо проводить повторные рентгенообследования как в период беременности, так и после родов.

Своевременная диагностика туберкулеза, рациональная комплексная терапия до беременности, в течение беременности, после родов и аборта, позволят довести до минимума их отрицательное влияние на течение туберкулеза легких.

---

221. ЕРМОЛЕНКО А. С.

оконч: Туркменский госмединститут (г. Ашхабад) в 1955 г. Дисс. канд.

МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ СОСТОЯНИЕ НЕРВНЫХ ЭЛЕМЕНТОВ РАЗЛИЧНЫХ УЧАСТКОВ КОЖИ ЛЮДЕЙ, УМЕРШИХ ОТ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ.

1 том, 341 стр., в лит. указ. 386 источн. Защ. в марте 1961 г. в Таджикском Госмединституте им. Абуали ибни Сино (г. Душанбе).

Автор поставил перед собой задачу выяснить генез ряда патологических изменений в периферической нервной системе при гипертонической болезни на основе тщательного морфологического исследования ее звеньев и показать зависимость клинических проявлений вегетативного характера при гипертонической болезни от функциональных или морфологических нарушений, уточнить вопрос об обратимости морфологических изменений и установить какие части нервных элементов вовлекаются в процесс в большей степени.

Для решения этих вопросов автор проводил исследование нервных элементов кожи и межпозвоночных ганглий нижнешейного и верхне-грудного отделов, пользуясь материалом,

взятым от 23 труппов людей умерших от гипертонической болезни.

Выяснилось, что во всех 23-х случаях отмечаются морфологические сдвиги в нервных элементах кожи, которые касаются как афферентных, так и вегетативных элементов иннервации. Изменения не являются специфическими и представляют различные степени состояния возбуждения и дистрофии; последние выражены в более резкой форме в афферентных нервных элементах по сравнению с вегетативными, где в основном отмечены проявления повышения функциональной активности.

Изменения в нервных элементах кожи по своей интенсивности не одинаковы в различных участках они более значительны в коже виска, шеи, груди и спины, меньше в коже живота, верхних конечностей и слабее всего выражены в нервных элементах кожи нижних конечностей. Изменения эти, как правило, одинаковы на симметричных участках кожи, но у людей, умерших от кровоизлияний в мозг, наблюдается асимметрия: на стороне поражения вещества мозга в нервных приборах кожи дистрофические изменения выражены слабее, чем на противоположной стороне. Отмечается значительная «устойчивость» терминальных элементов чувствительных нервных волокон, в то время как последние могут быть резко измененными.

В спинальных ганглиях и чувствительных корешках отмечаются глубокие изменения, при которых нейроны подвергаются различным видам дистрофии вплоть до гибели.

При сердечной форме больше выражен пикноз и распад нервных клеток, при почечной гипертонии — набухание и цитолиз, при мозговой-преобладают некротические процессы, с пролиферацией сателлитов и образованием узелков Нажотта. Изменения в чувствительных корешках, наоборот, являются следствием длительного нарушения кровообращения, связанного с гипертонической болезнью.

Обнаруженные изменения нервных элементов в коже людей, умерших от гипертонической болезни зависят от повреждений спинальных ганглий, чувствительных корешков и от общих причин, к которым следует отнести кровоизлияния в мозг, развитие тканевой гипоксии, токсические влияния при недостаточности почек и др.

Изменения в нервных аппаратах кожи объясняют те неврологические сдвиги, которые наблюдаются у лиц, страдающих гипертонической болезнью. Улучшение в состоянии кожной чувствительности у страдающих гипертонической болезнью при применении лечебных средств объясняется тем,

что большинство обнаруженных изменений в нервных элементах кожи являются обратимыми, а изменения в спинальных ганглиях и корешках могут быть компенсированы функцией оставшихся неизмененных элементов вследствие большой приспособительной способности нервной системы.

---

222. НУРЯГДЫЕВ С. К.

Окончил Туркменский Госмединститут (г. Ашхабад) в 1952 г. Дисс. канд.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ВНУТРИАРТЕРИАЛЬНОГО И ВНУТРИВЕННОГО ПЕРЕЛИВАНИЯ КРОВИ ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКОМ ШОКЕ

1 том, 282 стр., в лит. указ. 253 источн. Защ. в марте 1961 г. в Таджикском Госмедиституте им. Абуали ибни Сино (г. Душанбе).

Целью работы было показать на основании экспериментальных данных в сравнительном аспекте эффективность внутриартериального и внутривенного методов переливания крови при различных степенях травматического шока.

Для сравнительной оценки двух методов автор изучал характер восстановления показателей кровяного и пульсового давления, дыхания, пульса, скорости кровотока и объема циркулирующей крови до, во время и в разные сроки после внутриартериального, внутривенного нагнетания крови.

Опыты проводились на собаках (114), у которых вызывался различной степени травматический шок по общепринятой методике.

Результаты экспериментов показали, что при травматическом шоке легкой степени переливание крови дает довольно хороший эффект. Однако после внутриартериального нагнетания крови гемодинамические показатели восстанавливаются несколько раньше, чем после внутривенного переливания крови.

При травматическом шоке средней степени лучший эффект наблюдается после внутриартериального нагнетания крови, когда восстановление функций сердечно-сосудистой и дыхательной систем наступает значительно быстрее и более стойко, чем при внутривенном введении.

Внутриартериальное нагнетание крови животным при тяжелом травматическом шоке из расчета 20 мл на кг веса восстанавливает гемодинамические показатели и улучшает общее состояние животных. При внутривенном введении крови нормализации функций сердечно-сосудистой и дыхательной систем не наблюдается. При шоке тяжелой степени внутриартериальное введение крови, дополненное внутривенным переливанием кровозамещающего раствора, полностью восстанавливает нормальные гемодинамические показатели и выводит животных из состояния тяжелого шока. Внутривенное вливание крови и кровозамещающего раствора оказывается недостаточным средством для полного восстановления всех гемодинамических показателей и не выводит животное из шокового состояния.

Максимальное и минимальное давление крови в момент внутриартериального нагнетания крови повышается одновременно и быстро, причем оно начинается с момента нагнетания и продолжается до конца переливания. Во времяу внутривенного переливания подъем артериального давления идет сравнительно медленно. Степень повышения давления при внутриартериальном переливании зависит от количества нагнетаемой крови: чем больше нагнетается в артерию кровь, тем выше поднимается максимальное и минимальное давление сосуда. Повышение артериального давления при внутривенном введении также зависит от количества вливаемой в вену крови. Однако в 30% случаев травматического шока тяжелой степени с увеличением количества переливаемой крови в вену происходит падение кровяного давления, что влечет за собой ухудшение общего состояния животных.

При тяжелом шоке внутриартериальное нагнетание крови вызывает быстрое и стойкое восстановление скорости кровотока. Внутривенное переливание крови восстанавливает скорость кровообращения незначительно и нестойко. Восстановление объема циркулирующей крови при тяжелой степени шока от внутриартериального нагнетания наступает довольно быстро и держится стойко на достигнутом уровне, а при внутривенном переливании крови объем циркулирующей крови увеличивается незначительно, с последующим уменьшением до величины, наблюдаемой во время шокового состояния.

---

223. АБДУХАЛИКОВ Ф.

окончил Самаркандский мединститут в 1954 г. Дисс. канд.

ПАТОГИСТОЛОГИЯ ОСНОВНЫХ ЭКСТРАМУРАЛЬНЫХ НЕРВНЫХ УЗЛОВ И СТВОЛОВ ПРИ АЛИМЕНТАРНОМ ТОКСИКОЗЕ (С ЭНЦЕФАЛИТОМ) В УЗБЕКИСТАНЕ

1 том, 216 стр., в лит. указ. 377 источн. (348 отеч., 29 иностр).
Защ. в октябре 1961 г. в Таджикском Госмединституте им. Абуали ибни Сино (г. Душанбе).

Задачей исследования было выяснение механизма развития клинических симптомов алиментарного токсикоза (с энцефалитом) путем изучения изменений, происходящих в различных участках нервной системы. В работе были использованы материалы, взятые от трупов (35) лиц, страдавших этим заболеванием.

Подробному патоморфологическому исследованию подвергались гассеровы узлы, солнечное сплетение, нодозные узлы блуждающих нервов, верхние, средние шейные и первые грудные симпатические узлы, из периферических нервных стволов—шейный отдел блуждающего нерва, плечевое сплетение, срединный, лучевой и локтевой, диафрагмальный, бедренный, седалищный, малоберцовые и большеберцовые нервы.

Результаты исследования показали, что при алиментарной токсикозе (с энцефалитом) в патологический процесс вовлекаются не только центральная нервная система и внутренние органы, но и экстрамуральные нервные узлы и периферические нервные стволы. Изменения при этом заболевании касаются всех участков нервной системы, но сильнее они выражены в гассеровых и нодозных узлах и в блуждающем нерве. Преимущественное поражение гассеровых и нодозных узлов, повидимому, объясняется их морфофизиологическими особенностями, в частности, особенностью кровоснабжения, чувствительностью к действию токсических веществ, и, особенно, к гипоксии.

Патоморфологические изменения, обнаруженные в периферических экстрамуральных нервных узлах и периферических нервных стволах характеризуются, главным образом, нарушением нормальной циркуляции крови в виде неравномерного кровонаполнения сосудов, повышения проницаемости стенок сосудов, отека стромы и кровоизлияния диапедезом. Изменение стенок самих кровеносных сосудов проявляются в виде набухания, пролиферации, десквамации эндотелия, отечного разволокнения, фибриноидного набухания, доходящего до некроза, а также в выраженных структурных изменений аргирофильного вещества; различной степени дистрофии ганглиозных клеток, а также дистрофически-некротических изменений периферических нервных стволов. В экстрамуральных нервных узлах и периферических нервных стволах изредка наблюдаются пролиферативные, еще реже эксудативные компоненты воспалительного процесса. Судя по всему, их возникновение связано с присоединяющимися к основному заболеванию осложнениями или же с активированием скрытого вируса, в связи с ослаблением сопротивляемости организма больного, обусловленным токсическим фактором. Обнаруженные морфологические сдвиги, по-видимому, связаны с прямым воздействием этиологического фактора на организм и нарастающей гипоксией и выраженной анемией.

Изменения нервных узлов и нервных стволов в общих чертах сходны с изменениями в центральный нервной системе и внутренних органах. Характер этих сдвигов свидетельствует о том, что при алиментарном токсикозе алиментарно-токсический фактор действует на весь организм, а не избирательно и изолированно на какую либо его систему. Обнаруженные морфологические изменения различных участков нервной системы при алиментарном токсикозе (с энцефалитом) в Узбекистане не являются специфическими, т. к. подобные же отклонения могут быть и придругих интоксикациях и токсических формах инфекционных заболеваний.

Постоянство структурных изменений в нервных узлах и стволах при непостоянстве клинических симптомов поражения этих отделов нервной системы у больных алиментарным токсикозом можно объяснить проявлением компенсаторных механизмов со стороны сохранившихся нервных клеток ганглиев и пучков нервных волокон периферических нервных стволов, а также затушевыванием симптомов поражения этих отделов симптомами тяжелейшего поражения центральной нервной системы и общим тяжелым состоянием больных.

Полученные данные, являясь частью общей морфологии алиментарного токсикоза в Узбекистане, до некоторой степени уточняет отдельные стороны механизма развития этого заболевания. Учет этих данных в совокупности изменений остальных органов и систем целостного организма поможет выяснить развитие некоторых клинических симптомов алиментарного токсикоза.

---

224. ГУЛЬМИРЗАЕВА И. К.

оконч. Ташкентский госмединститут в 1957 г. Дисс. канд.

ИЗМЕНЧИВОСТЬ БЕЛКОВ ПРОТИВОДИФТЕРИЙНОЙ СЫВОРОТКИ ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ ИОНИЗИРУЮЩЕГО ИЗЛУЧЕНИЯ.

1 том, 289 стр, в лит. указ. 413 источн. Защ. в январе 1962 г. в Таджикском Госмединституте им. Абуали ибни Сино (г. Душанбе).

Была поставлена цель: 1. Разработать методические приемы, позволяющие определить качественные изменения белковой молекулы под влиянием ионизирующего излучения; 2. Дать сравнительную оценку существующим методам исследования изменчивости белков; 3. Определить возможности практического использования разработанных автором тестов.

Свои исследования автор проводил, в основном, на противодифтерийной сыворотке и её отдельных фракциях, а в некоторых случаях пользовался также сыворотками человеческой, кроличьей крови, очищенной и концентрированной противодифтерийной сывороткой «диаферм». Источником проникающего излучения служили азотнокислый торий и радиоизотоп кобальта —Co^{60}.

Для изучения осаждающего действия азотнокислого тория и влияния его на специфическую реакцию флокуляции антитоксина, указанная соль вводилась в разведенную сыворотку в количестве 0,00005—0,01 М. Пептический гидролиз противодифтерийной сыворотки производился в присутствии 0,00005—0,0001 М азотнокислого тория. Для выяснения радиоактивного действия сыворотка хранилась рядом с сосудом, содержащим азотнокислый торий.

Выяснилось, что на белки противодифтерийной сыворотки азотнокислый торий в дозе 0,00005—0,0001 М оказывает только радиоактивное действие. При этом отмечаются ускорение гидролиза белка пепсином и увеличение потерь антитоксина. Радиоактивность азотнокислого тория зависит от ее концентрации, температуры, реакции среды и продолжительности действия.

В противодифтерийной сыворотке антитоксин распределяется неравномерно в отделных подфракциях глобулина. Наряду с подфракциями, содержащими большие количества антитоксина, имеются еще неактивные подфракции глобулина.

При облучении радиоактивным кобальтом противодифтерийной сыворотки в порядке 3000—4000 рентген общее количество антитоксина и его флокулирующая способность не меняются, но имеет место перераспределение его по подфракциям,

При облучении изолированного антитоксического глобулина титр антитоксина значительно снижается, видимо, благодаря снятию защитной функции неактивных белков (альбумина и гамма-глобулина).

Изолированные белковые фракции противодифтерийной сыворотки легче подвергаются денатурирующему влиянию радиоактивного излучения, чем белки цельной сыворотки. Гидролиз облученного суммарного глобулина приводит к значительному разрушению антитоксина в отдельных его подфракциях. Белки очищенной и концентрированной противодифтерийной сыворотки «диаферм» более устойчивы по отношению к проникающему излучению.

Автором разработан термофотоэлектрометрический контроль изменчивости сывороточных белков, основанный на измерении показателя мутности при осаждении белка невысаливающими концентрациями сернокислого натрия (10%) в сочетании с трихлоруксусной кислотой (0,17%). Под влиянием различных доз ионизирующего излучения изменяется агрегатное состояние белка, вследствие чего увеличивается показатель мутности. Предложенный термофотоэлектрометрический контроль позволяет определить денатурационные изменения в белковой молекуле и может быть применен в производственных условиях в качестве контроля технологического процесса, в целях разработки наиболее подходящих условий для разделения белковых смесей.

При обработке белков сыворотки крови радиоаминокислотами возникает феномен адсорбции, который усиливается под влиянием ионизирующего излучения. При этом адсорбция радиометионина неактивным гамма-глобулином и альбумином более выражена по сравнению с антитоксическим глобулином.

Автор считает, что рассмотренный им комплекс признаков: гидролизируемость белков сыворотки, их агрегатное состояние и адсорбционная функция может обеспечить вскрытие денатурирующего действия проникающего излучения на белки при относительно низких дозах.

---

225. ХАННАНОВА Ф. К.

оконч. Самаркандский мединститут в 1943 г. Дисс. канд.

ГИСТОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ СОТРЯСЕНИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА.

2 тома, в первом томе — 167 стр., во втором-312 стр., в лит. указат. 204 источн. (152 отеч., 52 иностр.). Защ. в январе 1962 г. в Таджикском госмединституте им. Абуали ибни Сино (г. Душанбе).

Целью настоящей работы было в условиях эксперимента по изменениям морфологической картины выяснить патогенез сотрясения головного мозга.

Экспериментальное сотрясение головного мозга у 90 кошек вызывалось двумя способами: нанесением удара тупым орудием по голове; воздействием воздушной взрывной волны. После нанесения травмы животные обезглавливались через 1—13 дней. Вскрытие производилось непосредственно после забивания. Для гистологического изучения отбирались животные без переломов костей черепа, без каких-либо клинических и морфологических признаков очагового поражения головного мозга.

Клиническая картина сотрясения головного мозга, вызванного механической травмой характеризуется кратковременным выключением у подопытных животных реакции на окружающее, нарушением дыхания и пульса (у большинства животных учащением дыхания и пульса, у меньшинства — урежением их), наступлением у большинства травмированных животных тонических и клонических судорог с последующей сменой судорог резкой оглушенностью, в дальнейшем — заторможенностью, а у части животных, наоборот, возбуждением. У ряда животных отмечаются координационные нарушения.

Морфологические исследования установили, что в серии опытов с механической травмой у всех животных обнаруживаются небольшие кровоизлияния в мягких тканях головы соответственно места нанесения травмы. В оболочках мозга иногда обнаружены небольшие очаги мелкоточечных кровоизлияний, которые при механической травме локализованы у свода, а при воздушной — в области ствола мозга, сосуды в мягкой мозговой оболочке расширены, полнокровны, вещество мозга дряблое.

Микроскопически обнаруживаются атония и легкие деструктивные изменения стенок сосудов, единичные периваскулярные кровоизлияния, явление отека и набухания мягкой

мозговой оболочки и вещества мозга, преходящие изменения нервных клеток и волокон, диффузные прогрессирующие изменения глии. Ранние стадии сотрясения характеризуются дистонией стенок сосудов, отеком, набуханием мозгового вещества и изменениями синаптических образований; в более поздние стадии — диффузной гиперплазией глии, легкими дегенеративными изменениями нервных элементов и деструктивными изменениями стенок сосудов. В ранние сроки морфологические изменения более диффузны, но менее интенсивны, в более поздние сроки — они менее диффузны, но более интенсивны.

Морфологические изменения носят диффузный характер, однако сосудистые изменения преимущественно локализуются в мягкой мозговой оболочке и в полушариях головного мозга, а изменения нервных клеток — в коре, сетевидном образовании, в ядрах блуждающего и слухового нервов.

Исследования установили, что в основе экспериментального сотрясения головного мозга лежат определенные структурные изменения нервной ткани, но не только функционально-динамические нарушения. Развертывание патологического процесса обусловливается как первичным травматическим повреждением сосудов, так и рефлекторно- дисциркуляторными механизмами.

Полученные данные позволяют предположить, и о рефлекторном характере нарушений, т. к. быстро наступившие рефлекторные изменения сосудов способствуют развитию отека мозга, а сосудистые изменения и отек мозга вызывают вторичные изменения глии и нервных клеток. Указанные рефлекторные изменения связаны со стволом мозга: во-первых, потому, что ствол наиболее ранним при сотрясении мозга, во-вторых, в нем располагается сетевидное образование, регулирующее, как известно, рефлекторно-сосудистую деятельность, и в — третьих, что нервные клетки и волокна в сетевидной формации, как показывают проведенные исследования, больше и постоянно подвергаются изменениям. При всем этом, следует также принять во внимание и физико-химические сдвиги, которые предшествуют структурным изменениям нервной ткани.

226. ВЕНГЛИНСКАЯ Е. А

оконч. Кубанский мединститут (г. Краснодар) в 1950 г. Дисс. канд.

МАТЕРИАЛЫ ПО ДИНАМИКЕ РАЗВИТИЯ РАННИХ ПОЯВЛЕНИЙ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ВОСПАЛЕНИЯ.

1 том, 220 стр., в лит. указат. 403 источн. Защ. в июне 1962 г. в Таджикском госмединституте им. Абуали ибн Сино (г. Душанбе).

В настоящем исследовании автор изучал динамику развития, ранних проявлений экспериментального асептического воспаления, в частности на фоне влияния некоторых фармакологических средств.

Опыты проводились на кроликах и крысах, у которых воспаление вызывалось нанесением ксилола, подкожным введением скипидара или ожоговым способом.

Степень развития отёка, т. е. интенсивность эксудации определялась по методу Юлина. Для выявления изменений свертывающей системы крови при развитии гиперергического воспаления и учета эффективности примененной дозы антикоагулянтов определялось время свертывания крови, протромбиновое время, фибриноген и фибринолитическая активность крови. Содержание воды в участках воспаленной кожи определялось на высоте развития воспаления путем высушивания биопсированных кусочков кожи в сушильном шкафу.

Опыты показали, что при остром воспалении эксудация начинается уже в первые 5 минут после воздействия воспалительного агента и заканчивается через 40—60 минут. Накопление лейкоцитов в воспаленной ткани начинает обнаруживаться через 30 минут и продолжается весь период наблюдения (90 минут) и оно совпадает с моментом прекращения эксудации.

Пенициллин, введенный внутримышечно, не подавляет развитие отека и эмиграции лейкоцитов, не изменяет последовательности развития процессов эксудации и эмиграции и не замедляет скорости развития асептического экспериментального воспалительного процесса.

Введение гепеарина не влияет на степень развития воспалительного отека и эмиграции лейкоцитов, не снижает барьерных свойств очага воспаления и не изменяет его проницаемости.

Неодикумарин не оказывает влияния на формирование воспалительной реакции, не изменяет защитных свойств очага воспаления и не меняет его проницаемости, не предотвращает развитие геморрагически — некротического воспаления (феномена Шварцмана), резко замедляет время свертывания крови, снижает протромбиновую активность, повышает фибринолиз и незначительно увеличивает концентрацию фибриногена крови. Нарушение свертывающей системы крови и повышение ее фибринолитической активности, связанные с введением неодикумарина, препятствуют тромбообразованию и развитию геморрагически-некротического воспаления.

Внутримышечное введение кортизона (10 мг/кг) за 4 часа до воздействия ксилола, значительно тормозит развитие процессов эксудации и эмиграции в очаге воспаления.

Кортизон, введенный до воздействия ожогового фактора, не оказывает влияния на развитие процессов эксудации и эмиграции лейкоцитов в области ожога, но приводит к резким нарушениям морфологии тканевых структур.

Полученные данные показывают, что первым проявлением воспалительной реакции у высших животных и человека является нарушение проницаемости капиллярной мембраны и связанное с этим развитие отёка. При этом отличительной чертой воспаления у высших животных и человека является развитие уже в начальных стадиях воспалительного отека, обусловленного эксудацией, которая предшествует массовой эмиграции лейкоцитов.

Таким образом, при воспалительном процессе защитная реакция осуществляется благодаря эксудации и выходу белков еще до появления лейкоцитов в ткани. Белки эксудата связывают токсические вещества и уменьшают скорость резорбции из очага воспаления. Огромное значение при этом имеет затруднение оттока из очага воспаления по кровеносным и лимфатическим путям. Следовательно, барьерные свойства воспаления в начальных стадиях зависят от степени развития отека.

В цепи защитно-физиологической реакции при воспалении наиболее быстро включающимся звеном является эксудация. Она, являясь филогенетически более молодым процессом, в большей степени подчиняется влияниям нервной системы. Через эти процессы и осуществляется мобилизация защитных сил организма, направленная на борьбу с патогенным началом. Но следует помнить, что воспалительный процесс, развиваясь как защитная реакция, может переходить в свою противоположность.

---

227. ЩЕГЕЛЬ С. М.

оконч. Кубанский мединститут (г. Краснодар) в 1947 г.
Дисс. канд.

О МЕХАНИЗМЕ НАРУШЕНИЙ КАПИЛЛЯРНОЙ ПРОНИЦАЕМОСТИ ПРИ ВОСПАЛЕНИИ.

1 том, 180 стр. в лит. указ. 290 источн. Защ. в июне 1962 г. в Таджикском госмединституте им. Абуали ибн Сино (г. Душанбе).

Работа посвящена выяснению возможной роли некоторых гуморальных факторов в механизме нарушений проницаемости капилляров при воспалении.

Исследования проводились на кроликах и применялись методы: определения местных нарушений капиллярной проницаемости по Менкину и Рамсделлу; изучения влияния различных веществ на капиллярное кровообращение по И. И. Исламову; исследования белкового состава лимфы по электрофорезу на бумаге с поправками Е. П. Смоличева; изучения реактивности капилляров кожи к воспалительным агентам по модификации К. Н. Монаковой. Воспаление вызывалось посредством нанесения ожога погружением лапы животного в горячую воду.

Исследования лимфы, оттекающей от обожженной лапы методом электрофореза показали, что уже через 30 минут после ожога в лимфе повышается концентрация белка, немного снижается А/Г коэффициент и появляется дополнительная β-глобулиновая фракция. Гораздо резкие изменения белкового состава лимфы отмечаются через 24 часа после ожога: возрастает концентрация белка, понижается относительное содержание альбумина, значительно возрастает содержание β-глобулина.

Лимфа, оттекающая от обожженной конечности вызывает повышение проницаемости капилляров кожи кролика. Введение антигистаминных препаратов не влияет на нарушение проницаемости капилляров. Предварительное внутримышечное введение димедрола, альфадрила и резерпина полностью подавляет влияние гистамина на проницаемость капилляров. Способность лимфы, полученной после ожога, повышать проницаемость капилляров связана с наличием в ней гистамина и добавочных глобулиновых фракций.

Резерпин обладает противогистаминным действием. Это подтверждается тем, что внутримышечное его введение предохраняет морских свинок от трех смертельных доз гистамина.

Внутрикожное введение серотонина у крыс, кроликов и морских свинок вызывает расширение сосудов и замедление кровотока в месте инъекции. Однако чувствительность к серотонину неодинакова у различных животных. Так, у крыс нарушение проницаемости капилляров наблюдается при введении 0,1 γ а у морских свинок и кроликов—50—100 γ серотонина. В патогенезе воспаления и нарушении проницаемости капилляров у кроликов и морских свинок большой роли серотонин не играет.

АТФ в дозах 20, 100, 200, 500 и 1000 γ повышения проницаемости капилляров кожи у нормальных кроликов не вызывает.

При оценке влияния введенных в кожу веществ на проницаемость капилляров необходимо дифференцировать непосредственное действие изучаемого вещества от опосредованного эффекта, вызванного раздражением и освобождением и образованием в самой коже веществ, повышающих проницаемость капилляров.

Среди методов качественного определения местных нарушений проницаемости капилляров кожи наиболее удобными оказываются способы, основанные на регистрации выхода в кожу циркулирующего в крови трипанового синего или синего Эванса. Лучшие результаты получаются при введении 10 мг/кг трипанового синего или 20 мг/кг синего Эванса.

Большинство применяемых красителей образует комплексы с белками плазмы и потому в нормальных условиях удаляется из крови с относительно небольшой скоростью (для трипанового синего и синего Эванса около 20%/час). Ввиду этого оригинальная методика Менкина и методика Рамсделл принципиально не различаются. При решении вопроса о влиянии веществ на капиллярную проницаемость целесообразно вначале вводить краситель, а потом испытуемое вещество (методика Ромсделл), а при изучении продолжительности нарушений проницаемости капилляров выгоднее пользоваться методикой Менкина.

---

228 ИЩЕНКО Н. М.

оконч. Киргизский госмединститут (г. Фрунзе) в 1942 г.
Дисс. канд.

О СОСТОЯНИИ НЕКОТОРЫХ ФУНКЦИЙ ПЕЧЕНИ, АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ, КАРТИНЫ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ ПРИ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ КРОВОПОТЕРЕ В РОДАХ

2 тома; 1-й том — 232 стр., 2-й — состоит из историй болезни; в лит. указат. 314 источн. Защ. в сентябре 1962 г. в Таджикском госмединституте им. Абуали ибни Сино (г. Душанбе).

Работа посвящена изучению влияния патологической кровопотери в родах на некоторые функции печени, артериальное давление и картину периферической крови и разработке мер, направленных на своевременную «подготовку» этих органов и систем к предстоящим родам, дабы достичь уменьшения кровопотери в родах и быстрее восстановить нарушенные функции органов после родов.

Исследования проводились на 122 роженицах с патологической кровопотерей в родах (свыше 400 мл) и на 50 роженицах с физиологической кровопотерей (контрольная группа).

Результаты исследования показали, что у женщин с физиологической кровопотерей в родах изменений в величине артериального давления и красной крови не наступает. Отмечается лишь небольшой послеродовый лейкоцитоз и некоторые нарушения пигментного обмена, выражающееся в увеличении уровня билирубина в сыворотке крови.

У женщин с патологической кровопотерей в родах реакция организма на кровопотерю проявляется прежде всего изменением уровня артериального давления. У таких женщин систолическое давление в начале родовой деятельности по сравнению с его уровнем во время беременности заметно повышается. Тотчас же после родов оно значительно снижается; в послеродовом периоде артериальное давление постепенно восстанавливается.

Патологическая кровопотеря в родах приводит к значительным изменениям красной крови, проявляющимся в уменьшении числа эритроцитов и понижению содержания гемоглобина.

Восстановление красной крови происходит очень медленно. Число лейкоцитов увеличивается как после патологической, так и после физиологической потери крови в родах.

Значительные изменения при патологической кровопотере

претерпевает печень: нарушается антитоксическая (барьерная) функция, причем тем выраженнее, чем больше кровопотеря; с увеличением кровопотери повышается протромбинообразовательная функция. Но при очень больших кровопотерях, превышающих 1000 мл крови, протромбиновый индекс снижается, что свидетельствует об угнетении протромбинообразовательной функции. К моменту выписки родильницы уровень протромбина крови нормализуется, со стороны пигментной функции отмечается увеличение содержание билирубина, что указывает на усиление гемолиза эритроцитов; изменение углеводной функции печени выражается в уменьшении количества сахара в крови.

Кровопотеря в родах до 400 мл не сопровождается какими-либо видимыми изменениями в функциональной деятельности организма женщин. Деятельность отдельных органов, в частности печени, у женщин характеризуется максимальной напряженностью некоторых функций (антитоксической, пигментной).

Патологическая кровопотеря выражается в трех степенях: легкой (потеря от 400 до 500 мл крови), средней (от 500 до 1000 мл) и тяжелой (кровопотеря свыше 1000 мл); реакция организма женщины находится в зависимости от степени кровопотери.

Степень реакции организма женщины на кровопотерю при нарушенной внематочной беременности и в родах различна: при кровопотере в родах все изменения в организме проявляются резче, переносятся тяжелее, а последствия кровопотери продолжительнее.

Переливание крови ускоряет восстановление нарушенных функций печени. Поэтому при угрожающих кровопотерях следует беременным женщинам, наряду с другими мерами, рекомендовать периодические переливания крови.

В виду того, что при патологических кровопотерях главным образом серьезно нарушаются функции печени, представляется важным рекомендовать применение комплекса разнообразных профилактических мер, направленных на нормализацию функций печени и предупреждение возникновения патологических кровотечений.

---

229. НУРЫЕВ О. М.

окончил Туркменский госмединститут (г. Ашхабад) в 1955 г.
Дисс. канд.

ПАРЕНТЕРАЛЬНОЕ ПРИМЕНЕНИЕ БЕЛКОВЫХ ГИДРОЛИЗАТОВ У ХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ.

2 тома: в 1 томе 220 стр., во втором 203 стр., в лит. указат. 253 источн. (216 отеч., 37 иностр.). Защ. в декабре 1962 г. в Таджикском госмединституте им. Абуали ибни Сино (г. Душанбе).

Задачей исследования является изучение у хирургических больных изменения содержания общего белка крови и соотношений его фракций, функции печени, гемодинамических и клинических показателей как у больных, получивших белковые гидролизаты, так и не получивших эти препараты.

Исследования проведены на 203 человек, страдавших заболеваниями пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки (68); перитонитом и непроходимостью кишок (34); заболеваниями органов грудной клетки (20); ожоговой болезнью (29) и прочими заболеваниями (52). Контрольную группу составили 41 человек.

Выяснено, что у обследованных хирургических больных содержание общего белка в плазме крови понижается в зависимости от характера заболевания и тяжести операции. Электрофоретическим методом установлено уменьшение альбуминовой и относительное увеличение глобулиновой фракции (преимущественно альфа-1 и альфа-2 фракции).

У большинства больных, получивших белковые препараты, к моменту выздоровления содержание общего белка плазмы, соотношение белковых фракций и альбумино-глобулиновый коэффициент восстанавливаются до нормальных цифр, превышая исходный уровень. У больных, не получивших белковые гидролизаты, восстановление общего белка плазмы, соотношение фракций и А/Г коэффициента наступает очень медленно и не достигает исходного уровня даже к моменту выписки.

Отмечено, что большинство изученных хирургических заболеваний сопровождается нарушением белкообразовательной функции печени. Более выраженное нарушение этой функции наступает после резекции желудка, при перитонитах, непроходимости кишечника, абсцессе печени и при ожоговой болезни с обширными поражениями.

Белковые гидролизаты способствуют повышению кровяного давления. Особенно хорошо выражено стабилизирующее влияние их во время тяжелых полостных операций. При многих операциях переливание крови можно заменить переливанием гидролизина Л-103 и аминопептида. Белковые гидролизаты лучше всего ввести внутривенно. При этом способе значительно меньше число нежелательных реакций, лучше восстанавливаются белковый состав крови и гемодинамические показатели.

Гидролизин Л-103 и аминопептид полностью лишены анафилактических, пирогенных и токсических свойств. Наблюдаемые реакции по частоте и тяжести идентичны реакциям после переливания изогенной крови. Более частые реакции отмечены у больных ожоговыми и раковыми поражениями.

После лечения белковыми гидролизатами содержание гемоглобина повышается. Это особенно ярко выражено у больных с низким содержанием гемоглобина. Увеличивается также число эритроцитов, что свидетельствует о положительном влиянии гидролизатов на процессы гемопоэза.

Таким образом, белковые гидролизаты являются мощным средством в борьбе со сгущением крови, обезвоживанием организма при непроходимости кишечника и ожоговой болезни. Они обладают резко выраженным дезинтоксикационным свойством.

---

230. РИХСИЕВ И.

окончил Ташкентский госмединститут в 1952 г. Дисс канд.

ЭЛЕКТРОФОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ БЕЛКОВЫХ ФРАКЦИЙ СЫВОРОТОК, ИССЛЕДОВАННЫХ НА РЕАКЦИЮ ИММОБИЛИЗАЦИИ БЛЕДНЫХ ТРЕПОНЕМ.

1 том, 173 стр., в лит. указат. 154 источн. Защ. в феврале 1963 г. в Таджикском госмединституте им. Абуали ибни Сино (г. Душанбе).

Изучалось соотношение белковых фракций сывороток больных различными формами сифилиса, давших как положительный, так и отрицательный результат реакции иммобилизации бледных трипонем (РИБТ); соотношение белковых фракций сывороток лиц, свободных от сифилиса, а также лиц, у которых реакция Вассермана дала отрицательный результат, а РИБТ была положительной. Чтобы уточнить вопрос о том, какое влияние оказывает на результат РИБТ сыворотка лиц, свободных от сифилиса, но страдающих заболеваниями, при которых количест-

:во гамма-глобулина увеличено, эта реакция ставилась группе больных дизентерией.

Клиническая часть работы охватывает 164 человека (129 человек больных различными формами сифилиса, 15-здоровых и 20 больных дизентерией), которым была поставлена РИБТ по методике А. И. Картамышева и Г. Б. Беленького. В эксперименте изучалось влияние на результаты РИБТ сывороток практически здоровых людей до и после насыщения гамма-глобулинами.

Из 129 больных различными формами сифилиса 64 человека до постановки РИБТ получали специфическое лечение, 65 человек не лечились. Из 129 больных различными формами сифилиса как леченных, так и нелеченных реакция Вассермана у 97 человек была резкоположительной и положительной, у 14 больных — слабоположительной и у 18 — отрицательной. Из 129 больных РИБТ была положительной у 91 человека, слабоположительной у 18 и отрицательной у 20 человек.

Из 97 больных различными формами сифилиса, давших резкоположительную реакцию Вассермана, РИБТ у 75 человек дала положительный результат, у 12-слабоположительный и у 10—отрицательный. Из 14 больных, давших слабоположительную реакцию Вассермана, РИБТ у 9 человек дала положительный результат, у 2 — слабоположительный, и у 3 — отрицательный.

Соотношение белковых фракций сывороток больных сифилисом, давших положительный результат РИБТ, характеризуется следующим образом: количество альбуминов и альфа — 1 — глобулинов значительно уменьшается; количество альфа—2—глобулинов и бета-глобулинов остается в пределах нормы; количество гамма-глобулинов значительно увеличивается.

При электрофоретическом определении белковых фракций сывороток больных различными формами сифилиса, давших слабоположительный результат РИБТ, отмечается: количество альбуминов, альфа-2 и бета-глобулинов остается в пределах нормы; количество альфа-1-глобулинов значительно уменьшается; количество гамма-глобулинов значительно увеличивается.

Белковые фракции сывороток больных различными формами сифилиса, давших резкоположительный и положительный результат реакции Вассермана характеризуются так: количество альбуминов и альфа-1-глобулинов значительно уменьшается; количество альфа-2-глобулинов и бета-глобулинов значительно увеличивается.

При электрофоретическом определении белковых фракций сывороток больных сифилисом, давших отрицательный

результат РИБТ, отмечается: количество альбуминов, альфа-1, альфа-2, бета—и гамма-глобулинов остается в пределах нормы.

Содержание альбуминов в сыворотке больных, реагировавших положительно по РИБТ (51,43%) несколько ниже, чем в сыворотках, реагировавших резкоположительно и положительно по реакции Вассермана (52, 57%); содержание гамма-глобулинов в сыворотке больных, реагировавших по РИБТ (25, 03%) несколько выше, чем в сыворотках, реагировших резкоположительно и положительно по RW (23,03%).

Белковые фракции сывороток больных сифилисом, давшие слабоположительный результат реакции Вассермана, показывают, что количество альбуминов и бета-глобулинов остается в пределах нормы; количество альфа-1-глобулинов значительно уменьшается, альфа-2-глобулинов незначительно уменьшается, гамма-глобулинов увеличивается. Количество гамма-глобулинов у больных данной группы по сравнению с количеством гамма-глобулинов у больных различными формами сифилиса, давших положительный и слабоположительный результат РИБТ, несколько снижено.

При электрофоретическом определении белковых фракций сывороток больных различными формами сифилиса, давших отрицательный результат RW, отмечается, что количество альбуминов, альфа-2-глобулинов и бета-глобулинов колеблется в пределах нормы, количество альфа-1-глобулинов значительно уменьшается, а гамма-глобулинов увеличивается.

Последнее объясняется тем, что из 18 лиц данной группы у 9 человек была относительно давняя сифилитическая инфекция.

Положительный результат реакции иммобилизации бледных трепонем не зависит от увеличения количества гамма-глобулинов, а регистрируется только с теми сыворотками, в которых гамма-глобулины несут в себе специфические антитела.

---

231. МЕЛЬНИКОВА М. М.

оконч. Горьковский госмединститут в 1947 г. Дисс. канд.

ГИАЛУРОНИДАЗНЫЕ ПРЕПАРАТЫ В ЛЕЧЕНИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ ЖЕНЩИН.

2 тома, 207 стр., в лит. указат. 418 источн. Защ. в марте 1963 г. в Таджикском госмединституте им. Абуали ибни Сино (г. Душанбе).

Автор ставил целью определить клиническую ценность отечественных гиалуронидазных препаратов (ронидазы и лидазы) при воспалительных заболеваниях внутренних половых органов женщин, разработать методы их применения; выяснить соотношения гиалуронидазы — гиалуроновой кислоты при различных формах воспаления в малом тазу.

Чтобы решить эти задачи проводились биохимические и цитохимические исследования у 69 больных, а также гистохимические анализы воспалительно измененных тканей матки и придатков у 20 больных. Проведены клинические наблюдения на 231 больной с воспалительными заболеваниями матки и придатков, в лечении которых использовались ронидаза и лидаза. Для обоснования различных способов введения этих средств, автор предварительно изучал в лаборатории и на животных их гиалуронидазную активность в зависимости от концентрации, хранения, присутствия антибиотиков, а также их электролитические свойства.

Установлено, что соотношение гиалуроновой кислоты и гиалуронидазы в эксудате различно в зависимости от его характера, стадии заболевания и меняется в процессе лечения. Активность гиалуронидазы чаще обнаруживается в серозных эксудатах, чем в гнойных, тогда как гиалуроновая кислота, напротив, преимущественно содержится в гнойном выпоте и реже — в серозном. При остром воспалении у большинства больных обнаруживается гиалуронидаза, при подостром — гиалуриновая кислота. В процессе лечения гиалуронидазная активность и количество гиалуроновой кислоты уменьшается.

При хроническом и подостром воспалении придатков матки в грануляционной ткани обнаруживается избыточное накопление кислых мукополисахаридов. Полученные данные позволили определить показания и обоснование терапии воспалительных заболеваний гиалуронидазными препаратами.

В работе обобщаются наблюдения за 231 больной, которые лечились от различных заболеваний половых органов: метроэндометрит, аднексит, воспалительная опухоль придатков, перипараметрит и др.

Предварительное изучение свойств ронидазы и лидазы позволило разработать методику их применения: больные получали лечебные клизмы с 2% ронидазой, влагалищные тампоны, электрофорез с ронидазой, инъекции лидазы с антибиотиками в очаг воспаления. Лечение начиналось в подострой стадии заболевания, а при эксудативных процессах — после предварительного отсасывания выпота.

Все виды терапии больные переносили хорошо. Общее состояние улучшалось, боли и кровянистые выделения прекращались, воспалительный процесс постепенно рассасывался, спайки размягчались, улучшалась подвижность органов.

Из общего числа больных выздоровление наступило у 58%, улучшение — у 36,8%, состояние осталось без изменений у 4,3%, ухудшение отмечалось у 0,9%. Успех лечения зависел от локализации, формы и длительности воспалительного процесса. Лучшие результаты были получены у больных с метроэндометритами и перипараметритами, аднекситами, особенно небольшой давности заболевания. Труднее излечивались старые спаечные изменения и воспалительные опухоли придатков матки.

Из примененных методов наиболее эффективным оказалось использование электрофореза с ронидазой, менее-ректальное и вагинальное применение ронидазы. Положительный клинический эффект подтверждался нормализацией гематологических показателей.

Для выяснения отдаленных результатов лечения велось наблюдение за 150 больными в сроки от 3-х месяцев до 3-х лет после лечения. При этом оказалось, что стойкое излечение (без функциональных и анатомических изменений) составляет 67,3%, из которых 20,6% женщин забеременели. У остальных женщин отмечались функциональные нарушения (6,7%) без анатомических изменений в половых органах, 16,3% практически здоровы, но при исследовании у них обнаружены некоторые остаточные явления воспалительного процесса. Обострение заболевания за период наблюдения наступило в 10% случаев.

Таким образом, как непосредственные, так и отдаленные результаты применения глалуронидазных препаратов при лечении воспалительных заболеваний женских половых органов свидетельствуют об их несомненной клинической ценности и необходимости внедрения в практику женских консультаций и гинекологических стационаров.

---

232. ПЕТРОВ М. С.

окончил Ленинградский медицинский педиатрический ин-т в 1948 г. Дисс. канд.

ПРЕДОПУХОЛЕВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В КИРГИЗСКОЙ ССР.

1 том, 192 стр., в лит. указат. 227 источн. (172 отеч., 55 иностр.). Защ. в апреле 1963 г. в Таджикском госмединституте им. Абуали ибни Сино (г. Душанбе).

В работе разбирается вопрос, касающийся особенностей распространения предопухолевых заболеваний молочной железы в Киргизской ССР. В частности, ставится задача изучить частоту этих заболеваний и выяснить причины их возникновения.

В связи с этим проводилось обследование женщин в двух пунктах республики путем пальпаторных исследований молочных желез на предмет выявления уплотнения, опухоли или наличия патологических выделений из соска. Путем опроса выяснялись данные о количестве родов, абортов, характере и продолжительности грудного вскармливания, перенесенных ранее гинекологических заболеваний, а также о характере предохранения от беременности. Всего были обследованы 4130 женщин.

Исследования показали, что в Киргизской ССР распространение предопухолевых заболеваний молочной железы имеет свою отличительную особенность, выражающуюся меньшим числом заболеваний среди киргизских женщин по сравнению с русскими. Относительно низкая частота предопухолевых заболеваний среди киргизских женщин обусловливается факторами, способствующими нормальной половой функции: большим числом родов у женщин-киргизок по сравнению с русскими и меньшим числом абортов; более длительным вскармливанием детей грудью; меньшим распространением среди киргизок воспалительных и других заболеваний половой сферы; крайне редким прибеганием киргизских женщин к предохранению от беременности.

Разделяя дисгормональные заболевания молочной железы на 4 клинические формы (мастоплазия, кистозно-фиброзная мастопатия, кистозно-папилломатозная мастопатия и фиброаденома), автор применительно к этим формам, разработал схему лечения отдельных форм заболевания: больным с диагнозом мастоплазия при неугасшей фолликулярной активности рекомендуется назначение андрогенов. Для женщин, находящихся в глубоком климаксе, страдающих аменореей или

олигоменореей, назначаются эстрогены. При кистозно-фиброзной мастопатии, когда имеются отдельные ограниченные узлы или конгломераты их, показана секторальная резекция молочной железы со срочным гистологическим исследованием. До и после операции следует назначать гормоны, которые улучшают ближайшие и отдаленные ее результаты. При наличии множественных мелких или разной величины узлов в одной или в обеих молочных железах следует провести гормонотерапию и длительное диспансерное наблюдение. Тактика в отношении кистозно-папилломатозной мастопатии заключается в иссечении пораженного участка железы со срочным гистологическим исследованием препарата. В случаях, где не удается определить участок поражения показана контрастная маммаграфия. Фиброаденома также подлежит хирургическому лечению.

Гистологические исследования дисгормональных заболеваний молочной железы выяснили, что провести четкую границу между отдельными морфологическими формами этих заболеваний очень часто не представляется возможным, т. к. в различных участках одной железы или препарата изменения могут иметь признаки различных форм.

У больных женщин, отягощенных многими абортами обычно обнаруживается пестрота морфологической картины, характеризующаяся различными размерами долек и кист, неоднородностью стромы, разнообразием в строении эпителия. При этом, как правило, в препаратах обнаруживаются различные морфологические формы кистозно-фиброзных изменений, а также сочетание их с фиброаденомой.

Полученные данные позволяют предположить, что дольковая форма гиперплазии является как-бы исходной морфологической формой, из которой могут образовываться кистозная, фиброзная и протоковая формы. Пролиферативная форма образуется чаще из кистозной и протоковой.

Профилактика предопухолевых заболеваний и рака молочной железы должна складываться из мероприятий организационного порядка (борьба с абортами, пропаганда значения детородной и лактационной функции, обучение женщин самоконтролю и самообследованию и своевременное лечение гинекологических заболеваний. Своевременное выявление и правильное лечение дисгормональных заболеваний, является эффективной профилактикой рака молочной железы.

---

233. ИСМАИЛОВ Ф. М.

оконч. Азербайджанский госмединститут (г. Баку) в 1950 г. Дисс. канд.

САНИТАРНО-КУРОРТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЛЕГОЧНО-ТУБЕРКУЛЕЗНЫХ БОЛЬНЫХ В ГОРНОКЛИМАТИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ ТУРКМЕНИИ

1 том, 258 стр., в лит. указат. 407 источн. (372 отеч., 35 иностр.). Защ. в июне 1963 г. в Таджикском госмединституте им Абуали ибни Сино (г. Душанбе).

В течение ряда лет автор на основании собственных материалов и клинических наблюдений изучал влияние климатических факторов на туберкулезных больных, показания и противопоказания при направлении их в санаторий в зависимости от формы и фазы процесса, а также от сезонности года. И на основании полученных данных научно обосновал возможность дальнейшего расширения существующего санатория и организации новых — в предгорных и среднегорных местностях республики.

Свои наблюдения над 457 больными туберкулезом преимущественно с хроническими фиброзно-кавернозными и диссеминированными формами в фазе распада и обсеменения проводил в Республиканском противотуберкулезном санатории, расположенном в горном ущелье на высоте 450 м над уровнем моря, опоясенном почти со всех сторон горами. Климатические условия санатория характеризуются несколько пониженным барометрическим давлением, чистым воздухом, низкой влажностью, обилием солнечной радиации, отсутствием резких колебаний температуры воздуха в летние и зимние месяцы. Таким образом, по месту своего расположения и целому ряду метеорологических показателей, Республиканский тубсанаторий имеет все необходимые благоприятные условия для создания здесь большой курортно-санитарной базы для лечения не только взрослых, но и детей, больных туберкулезом и страдающих неспецифическими легочными заболеваниями.

Результаты исследования показали возможность лечения в санатории легочнотуберкулезных больных со всеми формами и фазами процесса, включая больных с наклонностью к кровохарканиям, а также с тяжелым общим состоянием и далеко зашедшими процессами. О благоприятном влиянии природно-климатических условий санатория на течение туберкулезного процесса и его осложнений свидетельствует незначительное число кровохарканий и кровотечений (3,7%), особенно в летние и зимние месяцы.

Хорошие результаты получены при лечении в санатории больных пневмотораксом (26,3% всего числа больных). При первичном наложении пневмоторакса улучшение отмечалось у 85,8% больных, при повторном — у 72,5%, при законченном — у 73,1%, несмотря на наличие среди них как несвоевременно начатых инсуфляций, так и при отсутствии необходимых показателей для наложения пневмоторакса или продолжения ввиду неэффективности.

Эффективность лечения доказывается и рядом общих показателей, полученных в результате лечения «санаторной» группы больных, лечившихся только санаторно-гигиеническим режимом, без применения специфической антибактериальной терапии. Общий показатель улучшения у этой группы составлял 75,1%, из них — значительное улучшение отмечено у 34,8%, состояние не изменилось у 17,9% больных, ухудшение наступило у 7%, абациллярность — у 16%. Более высокими оказались показатели у другой группы, лечившейся антибактериальными препаратами (улучшение — 85,8%, абациллярность — 23,5%, без перемен — 11,3%, ухудшение — 2,9%). Хорошие результаты получены и при лечении больных, перенесших хирургическое вмешательство: общий процент улучшений составил 78,1.

Устойчивыми оказались по динамике клинических форм туберкулеза и по благоприятным сдвигам в их фазах отдаленные результаты лечения у больных, находившихся после санатория под диспансерным наблюдением и у повторно поступивших, причем лучшими были показатели у лиц, лечившихся в санатории в комплексе с пневмотораксом.

Таким образом, природно-географические и климатические условия Туркмении (наличие метеорологических факторов, создающих умеренные, мягкие, щадящие, близкие к «комфортным» зоны) позволяют создать условия для обеспечения санаторного лечения туберкулезных больных республики.

Проведенные исследования и полученные результаты опровергают сложившееся ошибочное мнение, тормозившее развитие санаторной помощи в Республике о непоказанности, даже вредности местных природно-климатических условий для лечения туберкулеза в пределах Туркменской ССР и доказывают наличие в Республике всех необходимых предпосылок для развития курортно-санаторной базы.

---

234. СУПАТАЕВА И. Б.

оконч. Киргизский госмединститут (г. Фрунзе) в 1955 г.
Дисс. канд.

БЛОКАДА НОЖКИ ПУЧКА ГИСА ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ И КОРОНАРНОМ АТЕРОСКЛЕРОЗЕ

1 том, 220 стр., в лит. указат. 216 источн.
Защ. в июне 1963 г. в Таджикском госмединституте им Абуали ибни Сино (г. Душанбе).

Исследование посвящено изучению нарушения внутрижелудочковой проводимости, в частности, блокады ножки пучка Гиса при гипертонической болезни и коронарном атеросклерозе, выяснению частоты этого вида нарушения среди других нарушений сердечного ритма при указанных заболеваниях, уточнению вопроса о влиянии блокады ножки пучка Гиса на сократительную функцию миокарда и на гемодинамику, рассмотрению вопроса о лечени больных с недостаточностью кровообращения с блокадой ножки пучка Гиса препаратами группы наперстянки, электрокардиографической диагностике очаговых изменений миокарда при наличии блокады.

Отмечалось, что при гипертонической болезни и коронарном атеросклерозе из 7750 больных различные нарушения функций возбудимости и проводимости сердца наблюдаются в 14,7% случаев, из которых почти половину составляют нарушения внутрижелудочковой проводимости. Блокада ножки пучка Гиса обнаружена в 1,7% случаев. Блокада при коронарном атеросклерозе отмечается в 5,1%, при гипертонической болезни в сочетании с коронарным атеросклерозом в 3,6% и при гипертонической болезни без признаков атеросклероза — в 0,18% всех случаев. Стабильная блокада ножки пучка Гиса наблюдается в 90,8% случаях, тогда как нестойкая форма блокады встречается лишь 9,2%. Последняя наблюдается в виде транзиторной и перемежающейся формы и свидетельствует о функциональных изменениях в проводящей системе, возникающих в связи с органическими изменениями в миокарде, чаще всего с нарушениями кровообращения.

При гипертонической болезни и коронарном атеросклерозе блокада левой ножки встречается несколько чаще, чем блокада правой ножки, составляя соответственно 58,5% и 41,5% всех случаев. Между тем, при гипертонической болезни, протекающей с коронарным атеросклерозом, блокады левой ножки бывает почти вдвое чаще, чем правой ножки, соответственно составляя 67,6% и 32,4% случаев. При коронарном атеросклерозе без гипертонии блокада левой и правой ножек наблюдается почти в одинаковой частоте.

Сердечная недостаточность при блокаде ножки встречается у 54,6 всех больных, у 45,4% больных она оказывается компенсированной. Недостаточность кровообращения наблюдается почти одинаково часто как при блокаде правой ножки так и левой. Возникновение недостаточности кровообращения у больных с наличием блокады ножки зависит от основного страдания, т. е. от степени поражения сердечной мышцы, поэтому блокада ножки существенно не влияет на прогноз заболевания.

Блокада ножки при коронарном атеросклерозе и в сочетании его с гипертонической болезнью довольно часто комбинируется с другими нарушениями возбудимости и проводимости сердца, что указывает на обширность поражения миокарда. Прогноз при комбинации блокады ножки с другими нарушениями возбудимости и проводимости сердца следует считать более серьёзным, чем прогноз при изолированной блокаде.

Баллистокардиографические данные, не показывая каких-либо специфических изменений при блокаде ножки и не указывая на характер имеющегося поражения миокарда, дополняют клиническую оценку состояния больного.

Под влиянием терапевтических доз дигиталиса и строфантина внутрижелудочковая проводимость при блокаде ножки пучка Гиса существенно не изменяется. Следовательно, наличие блокады ножки не является противопоказанием для применения дигиталиса и строфантина при лечении сердечной недостаточности. Наличие блокады ножки пучка Гиса затрудняет электрокардиографическую диагностику инфаркта миокарда. Особенно она затруднительна при блокаде левой ножки, так как электрокардиографическая кривая при блокаде левой ножки деформируется больше, чем при блокаде правой ножки. Несмотря на наличие блокады левой ножки пучка Гиса, могут быть обнаружены признаки, характеризующие инфаркт миокарда.

---

235. ШАМОВ И. А.

Окончил Дагестанский мединститут (г. Махачкала) в 1958 г. Дисс. канд.

МАТЕРИАЛЫ К ВОПРОСУ О РОЛИ КИШЕЧНОЙ МИКРОФЛОРЫ В ГЕНЕЗЕ ДИЕТНЫХ (ЭНТЕРОГЕННЫХ) ПОРАЖЕНИЙ ПЕЧЕНИ

1 том, 203 стр., в лит. указат. 201 источн. Защ. в марте 1964 г. в Таджикском госмединституте им. Абуали ибни Сино (г. Душанбе).

Кишечная микрофлора играет большуд роль в макроорганизме. Установлено, что она синтезирует все витамины группы В, многие аминокислоты и другие ценные вещества. Эти вещества в нормальных условиях идут не только на удовлетворение потребностей самых бактерий, но и частично используются макроорганизмом. В случаях питания дефицитными диетами, по-видимому, происходят какие-то изменения во флоре, которые способствуют усугублению авитаминоза, а антибиотики устраняют эти изменения или вызывают сдвиги в благоприятную сторону и тем самым предупреждают проявления дефицита.

В чем же заключается опосредование действия дефицитных диет через кишечную микрофлору? Каковы изменения в нормальной флоре под влиянием диет и как их устраняют антибиотики? Не изменяется ли микрофлора кишечника людей при гепатитах и других заболеваниях, способствующих развитию гепатита? Как изменяется витаминоосинтезирующие свойства в подобных экспериментальных условиях? Изучение всех этих вопросов поставлено в задачу настоящей диссертации.

Работа состоит из экспериментальной и клинической частей. Экспериментальная часть проводилась на 85 белых крысах, в 4 сериях. В первой серии вызван нутритивный цирроз и в динамике изучен состав кишечной микрофлоры. Во II серии вызывался нутритивный некроз печени и изучался состав флоры. В III и IV серии изучалось влияние биомицина, террамицина и левомицетина на возникновение диетных поражений печени и изменение кишечной микрофлоры при этом.

Диетные поражения печени крыс вызывались дачей диет, лишенных витамина B_{12} и содержащих сниженное количество общего белка.

Клинический раздел состоит из исследования состава кишечной микрофлоры у 20 здоровых лиц, клинического обследования и изучения флоры кишечника у 20 больных хроническими колитами, 25 больных гепатитами энтерогенного типа.

Исследования кишечной флоры у крыс с различными поражениями печени показали, что в период развития патологического процесса увеличивается высеваемость и количество кишечных анаэробов, резко усиливаются их ферментативные свойства, нарастает высеваемость протея, часто встречаются Н-формы его, снижается высеваемость кишечной палочки.

Применение отечественного биомицина предупредило жировую дистрофию печени, связанную с хроническим диетным холинодефицитом. Изменения кишечной флоры в этот период заключались в значительном увеличении протея, небольшом увеличении высеваемости и количества анаэробов, снижении высеваемости кишечной палочки, аэрогенесбактерий, энтерококков. Отечественный террамицин вызывал аналогичные изменения кишечной флоры, но не предотвращал развитие дистрофических изменений. Левомицетин подавил развитие анаэробной флоры у крыс, питавшихся холинодефицитной диетой, но также не предупредил поражения печени.

Кишечная микрофлора больных хроническими колитами и гепатитами морфологически не имела изменений, сходных с обнаруженными при диетных циррозах печени у крыс.

У крыс, получавших холинодефецитную диету, синтез витамина B_{12} бактериями кишечника гораздо больше, чем у крыс находящихся на полноценной диете.

Витамино-B_{12} синтезирующая способность бактерий кишечника людей, больных хроническими колитами и энтерогенными гепатитами, также оказывается выше, чем у здоровых людей.

Почти все аэробные виды кишечных бактерий синтезируют витамин B_{12}, но наибольшей синтетической активностью обладают аэрогенесбактерии.

«Дисбактериоз» — понятие относительное. Его нельзя рассматривать как явление абсолютно отрицательное. В ряде случаев «дисбактериальные» изменения флоры могут иметь положительное значение для организма.

Автором предложена новая модификация методики определения способности кишечных бактерий синтезировать витамин B_{12}, которая отличается от существующих чашечных методов большей точностью и чувствительностью.

---

236. ВЕДЕНЯПИНА А. С.

оконч. Киргизский госмединститут (г. Фрунзе) в 1948 г. дисс. канд.

НЕКОТОРЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ГЕМОДИНАМИКИ И ОКИСЛИТЕЛЬНО-ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ ПО ПОВОДУ РАКА ЖЕЛУДКА ПОД ЭНДОТРАХЕАЛЬНЫМ НАРКОЗОМ.

I том, 390 стр., в лит. указ. 451 источн. Защ. в апреле 1964 г. в Таджикском госмединституте им. Абуали ибни Сино (г Душанбе).

Анализ гемодинамических показателей и некоторых окислительно-восстановительных процессов при операциях на желудке по поводу рака под эндотрахеальным наркозом, выяснение состояния сердечно-сосудистой системы и межуточного обмена в зависимости от глубины наркоза, вида наркотического вещества и преднаркозной подготовки и определение наиболее эффективного и наименее опасного вида наркоза — является целью работы.

Изучение гемодинамики до, во время и после операции проведено у 238 больных, окислительно-восстановительных процессов у 103 больных.

Анализ данных, касающихся гемодинамических и гематологических изменений показал, что у больных раком желудка в 20,6% случаев наблюдается артериальная гипотония, у 41,8% —венозная гипотония, у 32,1% — замедление скорости кровотока. У 28% больных имеет место выраженная анемия, у 21% — ускоренная РОЭ, у 48,2% —гипопротеинемия. У большинства больных отмечается нарушение пищеварения, выражающееся в исхудании.

Представленные сведения свидетельствуют о том, что компенсаторные возможности у больных раком желудка ограничены и большинство больных имело далеко зашедшие формы рака.

Из 238 больных у 151 производились радикальные операции (81 тотальная гастрэктомия, 70 субтотальные резекции желудка), 87 больным — паллиативные операции и пробные лапаротомии. Все 238 больных оперированы под эндотрахеальным наркозом, из них 34 — под глубоким эфирно-кислородным. 54 — эфирно-кислородным с потенцированием, 100 — под наркозом закисью азота и 50 больных — под поверхностным наркозом с управляемым дыханием на фоне тотальной кураризации.

Почти у всех больных перед началом операции наступали

те или иные сдвиги гемодинамических показателей, проявлявшиеся повышением артериального и венозного давления, учащением пульса. Даже введение нейроплегической смеси не устраняло полностью предоперационные волнения больных.

Для вводного наркоза всем больным давались барбитураты короткого действия с мышечными релаксантами с последующей интубацией путем прямой ларингоскопии. Во время интубации и непосредственно после неё у большинства больных отмечены гемодинамические изменения в виде повышения артериального давления на 10-30 мм рт. ст. (у 34% больных) и понижения давления на ту же величину (у 23% больных); у подавляющего большинства больных (77%) после интубации отмечалось повышение венозного давления на 30—80 мм водного столба.

По мнению автора в повышении артериального и венозного давления при интубации известную роль играет рефлекторная реакция на раздражение интероцепторов ткани, а также гипоксия.

Ревизия органов брюшной полости почти у половины больных сопровождалась снижением артериального давления, учащением или урежением пульса, повышением венозного давления.

Перевязка левой желудочной артерии часто сопровождалась симпатикомиметической реакцией, выражавшейся в повышении артериального и венозного давления, учащении пульса, повышении сосудистого тонуса.

Во время мобилизации кардии при тотальных гастрэктомиях характерно умеренное снижение артериального давления и ухудшение насыщения крови кислородом. Во время мобилизации большого сальника, двенадцатиперстной кишки, резекции желудка, наложения желудочно-кишечного и межкишечного анастамозов, ушивания брюшной полости отмечена нормализация или стабильность гемодинамических показателей.

При операциях по поводу рака желудка при различных методах ведения интратрахеального наркоза происходят однотипные изменения гемодинамических показателей на отдельных этапах операции.

Глубокий эфирно-кислородный наркоз, вызывая торможение центральной нервной системы приводит к угнетению компенсаторно-приспособительных механизмов и не предохраняет организм от возникновения шока. При этом виде наркоза происходит наибольшее угнетение окислительных процессов и накопление в организме продуктов неполного обмена.

Нейровегетативная блокада уменьшает реакции сердечно-сосудистой системы на операционную травму. Однако ряд дру-

тих неблагоприятных моментов ограничивает применение этого вида наркоза.

У больных раком желудка, особенно с пониженным питанием, смесь газов закиси азота с кислородом в соотношении 4:1, 3:1, вызывает достаточно глубокий наркоз. Однако закись азота следует с осторожностью применять у больных с сопутствующим заболеванием — гипертонической болезнью, т. к. в процессе операции возникает артериальная гипертензия. Сочетание наркоза с небольшими дозами нейроплегических веществ и углубление эфиром способствует нормализации гемодинамики.

Оптимальные условия для газообмена, течения окислительных процессов в организме, а также состояния сердечно-сосудистой системы создаются при проведении операции на желудке под поверхностным наркозом с управляемым дыханием на фоне тотальной кураризации.

---

237. ГОЛУБИЦКАЯ Ф. Н.

Окончила Туркменский госмединститут (г. Ашхабад) в 1949 г. Дисс. канд.

ПРИМЕНЕНИЕ МИКРОЭЛЕМЕНТОВ ПРИ ГИПОГАЛАКТИИ.

1 том, 246 стр., в лит. указат. 293 источн. (199 отеч., 94 иностр.). Защ. в мае 1964 г. в Таджикском госмединституте им. Абуали ибни Сино (г. Душанбе)

Проверка клинической эффективности действия микроэлементов при лечении гипогалактии у родильниц и разработка методики применения с учётом некоторых сторон обмена является задачей исследования.

Диагноз гипогалактии, а также увеличение секреции молока у родильниц после приема биотиков определялись на основании изменения веса (до и после кормления) детей, среднемесячной прибавки его и пробы Молля. По материалам автора, главными причинами гипогалактии у родильниц являются токсикозы второй половины беременности, преждевременные роды, патология и оперативные вмешательства при родах, заболевания молочных желез в послеродовом периоде и психогенные факторы. Гипогалактия чаще наблюдается в холодное время года.

Из 325 родильниц, лечившихся по поводу гипогалактии, 200 получили йодистый калий, а остальные 125 смесь солей микроэлементов.

Наблюдения показывают, что из 325 родильниц, лечившихся солями микроэлементов, положительный результат достигнут у 287 или 88,3% женщин, причем лучшие результаты получены от применения смеси йодистого калия, сернокислой меди и хлористого цинка; несколько уступал в своей эффективности раствор одного только йодистого калия.

После введения солей микроэлементов усиление секреции молока наступает на вторые сутки; успех лечения зависит также от времени начала лечения. При применении только одного йодистого калия в первые 10 дней после родов хорошие результаты получены у 94,5% родильниц, с 11 по 20 день — у 83,7%, с 21 дня и в более поздние сроки — у 64, 6%. Несколько иные результаты получаются при применении смесей микроэлементов: в первые десять дней после родов хороший эффект лечения достигается у 91%, с 11 по 20 день — у 95,7% и после 21-го дня у 100% родильниц. Таким образом, при сравнительно поздно начатом лечении гипогалактии лучшее воздействие оказывает смесь солей микроэлементов, чем только один йодистый калий.

Лечение микроэлементами проводились также у 86 родильниц, страдающих гипогалактией с отягощенным лактационным анамнезом (пониженная секреция молока после предыдущих родов), причем положительный эффект был достигнут у 73 (84,9%) родильниц. Наблюдения показывают, что у беременных женщин с отягощенным лактационным анамнезом лечение солями микроэлементов следует начинать за 10—20 дней до родов, можно и в день родов, а затем продолжать его с первых дней послеродового периода.

ВЫВОДЫ.

1. Соли микроэлементов йода, меди, цинка увеличивают секрецию молока и нормализуют его состав, что дает возможность производить естественное и смешанное вскармливание детей вместо искусственного.

2. Микроэлементы оказывают не только местное воздействие, но и стимулируют деятельность всего организма беременных и родильниц, при этом не оказывая отрицательных побочных действий.

3. Биотики благотворно влияют на физическое развитие детей, способствуют быстрому общему развитию, увеличению веса, повышению сопротивляемости организма и снижению заболеваемости у них.

4. При первичной гипогалактии положительный эффект лечения дает применение одного йодистого калия, а при вторичной гипогалактии лучший результат достигается от применения смеси солей микроэлементов. Лечение гипогалактии мик-

роэлементами лучше всего начинать с первого дня ее появления.

5. Для обеспечения стойкой лактации у страдающих гипогалактией необходим систематический прием матерями микроэлементов в течение всего периода грудного вскармливания детей.

6. При наличии у беременных женщин отягощенного лактационного анамнеза желательно начинать лечение микроэлементами за 10—20 дней до родов и продолжать его в послеродовом периоде.

7. Прием биотиков родильницами, страдающими гипогалактией, вызывает сдвиг микроэлементного содержания в процессе общего обмена организма, что в свою очередь стимулирует лактогенную функцию у женщин.

---

238. АХМЕДОВ М.

оконч. Туркменский госмединститут (г. Ашхабад) в 1954 г. Дисс. канд.

КЛИНИКО-СТАТИСТИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ О РАКЕ ПИЩЕВОДА (по материалам госпитальной хирургической клиники ТГМИ).

2 тома, в первом томе 232 стр., во втором—153 стр., в лит. указат. 244 источн. (208 отеч., 36 иностр.). Защ. в июне 1964 г. в Таджикском госмединституте им. Абуали ибни Сино (г. Душанбе).

Работа является результатом анализа клинико-статистических материалов и суммирования литературных данных по заболеваемости раком пищевода и имеет целью выяснить удельный вес рака пищевода среди других локализаций злокачественных опухолей, определить национальный состав больных, осветить вопрос о значении бытовых особенностей населения, влияние внешних факторов, а также возраста, пола, ранее перенесенных заболеваний и других моментов, способствующих возникновению этого заболевания, получить данные о приблизительном географическом распространении рака пищевода в Туркмении, определить частоту локализации опухоли в различных отделах пищевода, выявить практическое значение отдельных симптомов данного заболевания, выяснить основные причины поздней госпитализации больных и наметить пути их устранения.

Тщательное изучение собранного большого статистического материала показало, что рак пищевода в Туркмении по

регистрации заболеваемости занимает первое место среди больных злокачественными новообразованиями, составляя 13,5 на 100.000 населения. По материалам регистрации смертности ЦСУ ТССР (1955—1960 гг.) и по данным госпитальной хирургической клиники ТГМИ рак пищевода занимает второе место.

У жителей коренных национальностей Туркмении рак пищевода встречается чаще других локализаций рака.

Некоторые бытовые особенности населения Туркмении способствуют образованию предопухолевых заболеваний пищевода. В 94,5% больные раком пищевода употребляли горячую пищу и чай, и 62,3% имели вредные привычки, что выдвигает необходимость пристального изучения их канцерогенного влияния. Среди женщин заболеваемость раком пищевода больше, чем это наблюдается в других союзных республиках. В западных районах Республики рак пищевода встречается чаще, чем в северных, что возможно зависит от особенностей питания и некоторой разницы климата.

Ранняя диагностика рака пищевода трудна, т. к. нет реальных тестов, определяющих заболевание. Самыми ранними признаками рака пищевода являются периодические расстройства глотания (чувство застревания пищи, ссаднение в пищеводе, явления прилипания пищи) и боли различного характера по ходу пищевода при принятии пищи. Фиксация внимания на эти признаки может способствовать улучшению ранней диагностики. Поздними симптомами рака пищевода являются дисфагия, боль, резкое исхудание и истощение, срыгивание и рвота, нарастающая общая слабость. Большинство больных поступает в лечебные учреждения в поздних стадиях болезни, что зависит от несвоевременного установления диагноза и поздней обращаемости больных.

Чаще всего раком поражается средняя треть пищевода; на втором месте стоит нижняя треть; на третьем — эзофагокардиальные раки и реже — верхняя треть пищевода.

В Туркмении раком пищевода болеют люди в основном среднего и старшего возрастов. Количество больных более молодого возраста из коренной национальности превышает данные других авторов.

---

239. ПЕРЕЛЬМАН Р. М.

оконч. 1 Ленинградский мединститут в 1947 г. Дисс. канд.

КЛИНИКА И ПОКАЗАНИЯ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ХРОНИЧЕСКИ ТЕКУЩЕГО ПЕРВИЧНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ

1 том, 223 стр., в лит. указат. 336 источн. Защ. в июне 1964 г. в Таджикском госмединституте им. Абуали ибни Сино (г. Душанбе).

Целью излагаемой работы было изучение клиники хронически текущего первичного туберкулеза легких у детей на современном этапе с применением комплекса усовершенствования диагностических методов; определение показаний к хирургическому лечению; изучение морфологии на основании исследования препаратов удаленных при операциях внутригрудных лимфатических узлов и резецированных участков легочной ткани; анализ причин хронического течения первичного туберкулеза легких у детей для предупреждения развития этих форм. В основу работы положено длительное (до 10 лет) наблюдение за 90 детьми, больными хронически текущим первичным туберкулезом легких.

Находящиеся под наблюдением больные подвергались комплексному обследованию, которое было необходимо для уточнения характера, локализации и протяженности патологического процесса, определения степени его активности, установления показаний к операции, определения объема оперативного вмешательства, критериев излечения и др.

Исследования выяснили, что хроническое течение первичного туберкулеза наблюдается преимущественно у детей из бациллярного контакта, заболевших в раннем возрасте. Основными причинами хронического течения являются поздняя диагностика и недостаточно длительная антибактериальная терапия после выявления заболевания.

Хронический первичный туберкулез у детей при современных методах лечения может протекать в виде изолированного процесса, ограниченного область легких и внутригрудных лимфатических узлов.

Для хронически текущего первичного туберкулеза легких у детей характерно не только наличие казеозно-измененных внутригрудных лимфатических узлов, но и одновременное прогрессирование процесса в легочном компоненте первичного комплекса. При этом наблюдается частое поражение бронхиального дерева и возникновение необратимых бронхолегочных процессов. Клинически хронический первичный туберкулез легких характеризуется малосимптомным течением и

проявляется длительной туберкулезной интоксикацией, объективных признаков которой являются: изменения крови (лимфоцитоз и ускоренная РОЭ, изменения белкового профиля), повышенная чувствительность к туберкулину и функциональные нарушения сердечно-сосудистой и дыхательной систем.

Различные виды рентгенологического исследования позволяют выявить казеозные лимфатические узлы, определить их отношение к бронхам, сосудам и легочной паренхиме, обнаружить поражения бронхиального дерева в виде его деформаций и смещений, а также заподозрить наличие бронхоэктазов.

Морфологические изменения при хронически текущем первичном туберкулезе оказываются более распространенными и тяжелыми, чем это устанавливается при клиническом исследовании. Морфологические изменения в легочной ткани и лимфатических узлах необратимы. Поэтому излечение таких больных может быть достигнуто лишь удалением казеозных внутригрудных лимфатических узлов и резекцией пораженных участков легочной ткани.

Показаниями к оперативному вмешательству являются: наличие крупных казеозных внутригрудных лимфатических узлов, сопровождающихся хронической туберкулезной интоксикацией, повторными обострениями процесса и метастазированием инфекции в легкие и другие органы; осложнения со стороны бронхиального дерева; образование крупной туберкуломы или первичной каверны на месте легочного компонента первичного комплекса.

Высокая эффективность хирургических вмешательств диктует необходимость включения их в комплекс лечебных мероприятий при хронически текущем первичном туберкулезе легких у детей.

Ранняя диагностика туберкулеза у детей и длительное антибактериальное лечение при выявлении заболевания помогут предупредить развитие хронически текущих форм туберкулеза.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Стр.

ПРЕДИСЛОВИЕ 5

I. ДИССЕРТАЦИИ УЧЕНЫХ ТАДЖИКИСТАНА

Перехожева М. Н.—Особенности эпидемиологии бруцеллеза в овцеводческих хозяйствах на юге Таджикистана 25

Черная Л. А.—Экспериментальные данные о механизме действия противогангренозных сывороток, в частности против перфрингес 27

Войно-Ясенецкий М. В.—Последствия и осложнения парэнтеральных способов лечения малярии 29

Кульматов М. К.—Строфантотерапия сердечной недостаточности . 30

Жуков А. П.—Роль нервной системы в изменении работоспособности и реактивности организма в горах 32

Глаголева (Маликова) Е. М.—Биотопы личинок anopheles в Таджикистане и их химизм 35

Войно-Ясенецкая М. К.—О роли бактерий дизентерийной группы в этиологии кишечных заболеваний 36

Степанов П. Н.—Хроническая дизентерия (материалы к патогенезу и клинике) 38

Казанцев Б. Н.—Сравнительная эффективность гамбузий в местах выплода эпидемиологически наиболее важных видов комаров-переносчиков малярии в Таджикистане 39

Войно-Ясенецкий М. В.—Патологическая анатомия и патогенез малярии 41

Голубчик-Иоффе Г. И.—Беременность и некоторые виды заболеваний половой сферы у женщин, больных малярией 42

Манаков Н. З.—Послеоперационные эвентрации в войсковом районе 44

Серебряков В. А.—Сыпнотифозное вирусоносительство в свете некоторых эпидемиологических данных 44

Широков С. Ф.—Клинические особенности комбинированной малярии у детей 45

Рапопорт Л. Г.—Опыт характеристики дизентерийного бактериофага 47

Калиничева И. Г.—Течение огнестрельных ранений черепа (в связи с методами первичной обработки их) 48

Зайцева В. И.—Сердечно-сосудистая система при хронической дизентерии 49

Лосицкая В. А.—Материалы по течению беременности, родов и послеродового периода при малярии 51

Хвейсени Д. В.—Озокерит при крупозной пневмонии (опыт сравнительного изучения) 53

Большемянников А. И.—Двадцать лет Советского здравоохранения в Таджикистане (1925—1945 гг.) 53

Окс Ф. А.—Фетонциды чеснока в лечении хронических гнойных средних отитов 56

Лысенко А. Я.—Изучение очага малярии в субтропической зоне и краткосрочная химиопрофилактика палюдрином . . . 57

Лоренц О. Г.—Некоторые количественные характеристики состояния нервномышечного аппарата при пониженном барометрическом давлении 58

Рахимов Я. А.—Возрастная морфология Рейлева островка головного мозга человека 59

Колесников А. Г.—Бронхоскопия как лечебный метод при нагноительных заболеваниях легких 60

Зайцева Е. И.—Поджелудочная железа при бациллярной дизентерии 61

Гуртовой Б. Л.—Клиническое значение цветной осадочной реакции мочи с азотнокислым серебром (в модификации Кимбаровского) при послеабортных инфекционных заболеваниях . 62

Хакимова С. Х.—Сравнительная оценка методов ручного пособия при тазовых предлежаниях 63

Хашимов Д. М.—Клиника и лечение космополитного возвратного тифа 66

Кульматов М. К.—Клинико-морфолого-функциональные изменение селезенки, печени и костного мозга при малярии . . . 67

Икрамов З. Х.—Мочекаменная болезнь на юге Средней Азии . . 69

Парадоксов Л. Ф.—Метод рентгенолокализации инородных тел в глазу 71

Мансуров Х. Х.—Влияние сексуальных гормонов на холестеринемию при атеросклерозе и на развитие экспериментального холестеринового атеросклероза 73

Павленко Т. К.—Механизмы регуляций процесса свертывания крови 74

Коломийцев Ф. М.—

Коломийцева М. Г.—Эндемический зоб и перспективы борьбы с ним в Таджикистане 76

Таджиев К. Т.—Белковая, углеводная и антитоксическая функция печени при гнойных и гнойно-септических заболеваниях . 77

Смоличев Е. П.—Функциональные изменения кожной рецепции в условиях сниженного барометрического давления . . . 78

Динкелис С. С.— . . . . . .

Чернявская Р. М.—О чистых линиях брюшнотифозного бактериофага 80

Даудова Г. М. — Об изменении некоторых сторон обмена веществ в печени после ее денервации 82

Касимова З. С.—Эндемический зоб Среднего Урала 83

Левина Г. Е.—Коматозная малярия у детей (некоторые клинические и эпидемиологические данные) 85

Локшина Е. Г.—Комплексный метод лечения гематогенного остеомиелита 86

Пулатова М. Т.—Материалы к вопросу о лечении инфицированного выкидыша 88

Рахматов Б. Р.—Заболеваемость туберкулезом кожи в Таджикистане и непосредственная эффективность тканевой Д-витаминной терапии туберкулеза кожи 90

Каримова К. К.—Сравнительные материалы по глистной зараженности некоторых колхозов Таджикистана и вопросы профилактики в них 92 93

Сеит-Умеров С. М.—Экстрадуральная (перидуральная) анестезия . 95

Расулов М. Я.—Нервный механизм регуляции диуреза патологически измененных почек 95

Хван Л. М.—Клиническая характеристика японского энцефалита в период восстановления и остаточных явлений . . . 97
Исетов Б. И.—Эпидемиология малярии в городе Душанбе . . . 99
Савенко В. А.—О ходе и выявлении блуждающих нервов на пищеводе и желудке человека . . . 101
Гранов Л. Г.—О заживлении ран в условиях высокогорья . . . 103
Сутулов Л. С.—Материалы к изучению некоторых основных закономерностей развития и строения тканевых структур . . . 105
Киямов К. К.—Загрязнение атмосферного воздуха Сясьским целлюлозно-бумажным комбинатом и его влияние на здоровье населения . . . 107
Украинский В. Г.—О приспособительной изменчивости синовиальных влагалищ руки человека и передней конечности у позвоночных животных . . . 109
Гефт В. Б.—Трахома в Таджикистане . . . 111
Калинин В. И.—Секреция слюнных и желудочных желез у животных в горах . . . 113
Юсупов А. Х.—Влияние физических и химических раздражителей на слюноотделение у собак при пониженном барометрическом давлении . . . 114
Алиджанов Г. П.—Геморрагический синдром при болезни Боткина и циррозах печени . . . 116
Пулатов А. М.—Послегриппозные церебральные арахноидиты и арахноэнцефалиты . . . 118
Бобоходжаев М. Х.—Клинические и электрокардиографические изменения при гипертонической болезни . . . 120
Маевская Н. В.—Об отделительной деятельности тонкого кишечника в условиях измененного функционального состояния организма . . . 122
Попова Н. Л.—Сывороточное железо крови при краевых анемиях Таджикистана . . . 124
Таджиев Я. Т.—Осуществление Ленинской национальной политики в развитии Советского здравоохранения . . . 126
Ахмедов К. Ю.—К характеристике изменений высшей нервной деятельности при кислородном голодании . . . 127
Пилосов А. М.—О некоторых изменениях кишечной микрофлоры больных дизентерией при лечении их антибиотиками . . . 129
Абдуллоходжаев З. Я.—Материалы о лечении больных бруцеллезом 131
Пулатов А. Т.—Материалы к изучению комы и ее последствий . 132
Бушуева Г. И.—Гемолитический стрептококк у больных скарлатиной, ангинами и у здоровых носителей в городе Душанбе . . 134
Кальштейн Л. И.—Особенности диагностики и лечения хронического гайморита у детей . . . 135
Баканская В. В.—Материалы по патологии проницаемости сосудистой системы . . . 137
Датхаев Ю. И.—Сравнительные данные о заживлении переломов в условиях высокогорья и долины . . . 138
Исламов И. И.—Изучение процессов резорбции из нормальной и воспаленной кожи с помощью меченых атомов . . . 140
Мительман Г. М.—Реакция Аристовского у больных скарлатиной . 142
Рассолова Л. Н.—Роль внутрикостной фиксации металлическим стержнем при открытых инфицированных переломах . . . 143
Абдурахманов Ф. А.—Артериальное кровоснабжение красного ядра мозга человека . . . 145
Забозлаева Г. А.—Фармакологическая характеристика алкалоидоносного растения инкарвиллеи ольги (Incarvillea Olgae) . . . 146
Ростовщиков С. А.—Материалы к познанию фасциолеза и дикроцелиоза в Таджикистане . . . 148

Ходжаев З. П.—Динамика клеточного состава спинно-мозговой жидкости в послеоперационном периоде при некоторых нейроэктодермальных опухолях задней черепной ямки . . . 149
Якубова У. Я.—Материалы к гигиенической характеристике производственной пыли графита . . . 151
Калиничева И. Г.—Хирургические осложнения амебиаза . . . 152
Суровикина М. С.—Материалы о влиянии острого гнойного воспаления на белковый состав сыворотки крови . . . 153
Ярулин Х. Х.—Значение измененного функционального состояния коры головного мозга в эпилептиформном процессе . . . 155
Ахмедова М. Я.—Некоторые данные о рецепторной функции влагалища женщины . . . 157
Хасанова К. А.—Сравнительная оценка действия препаратов ландыша и строфантина при недостаточности кровообращения с особым учетом периферического кровообращения и дыхания 159
Писаренко В. И.—Агглютинины при дизентерии у детей по материалам города Душанбе . . . 161
Шершавкин С. В.—История русской судебномедицинской службы (XVII—XIX века) . . . 162
Сидиков У.—Микрофлора зева и миндалин при ангине и хроническом тонзиллите . . . 164
Ясинский А. В.—
Холматов И. Б.—Влияние стенозов трахеи и гортани на функции желудка . . . 165
Юсупов А. М.—
Кутчак Е. Н.—Материалы к вопросу об изменениях высшей нервной деятельности у больных, страдающих эпилептическими припадками . . . 167
Рустамов Я. А.—Лечение скарлатины пенициллином с экмолином внутрь . . . 169
Брагинский Б. М.—Обмен рибофлавина при поражениях печени . 171
Кожина В. К.—Об изменениях белкового состава сыворотки крови при заболеваниях печени . . . 173
Монакова К. Н.—Методика определения реактивности капилляров кожи к воспалительным раздражителям и некоторые применения этой методики . . . 175
Ниязова С. М.—Роль и значение Резус-фактора в акушерской практике . . . 175
Обносова Т. П.—Патогенетическая терапия при воспалительных заболеваниях . . . 177
Смоличева Е. П.—О кровоизлияниях в мозг и некоторых других морфологических изменениях головки новорожденных . . . 178
Монаков Н. З.—Послеоперационные грыжи (некоторые вопросы патогенеза и лечения) . . . 179
Яхнина Д. Н.—Фосфорный обмен в слизистой желудка . . . 181
Писаренко Ф. С.—Холево-цитратная среда для элективного выращивания дизентерийных и тифо-паратифозных бактерий . . . 182
Таиров Г. Ш.—Капиллярное кровообращение в коже при острой кровопотере . . . 184
Савина Р. И.—К патогенезу инфаркта почек . . . 186
Гершанович В. Н.—Об обмене витамина B_{12} при субтропических анемиях . . . 187
Кутчак С. Н.—Токсическая дистрофия и циррозы печени в южном Таджикистане по патологоанатомическим данным . . . 188
Баратов К.—Опыт составления санитарного описания сельского района Таджикистана . . . 190
Вайль Л. В.—Клиника сальмонеллеза, вызванного палочкой Бреслау, у детей раннего возраста . . . 192

Глущенко А. Г.—Материалы по краевой патологии южного Таджикистана (патологоанатомические данные) 193
Дыскина Т. М.—Материалы к клинике и патогенезу хронической бактериальной дизентерии, протекающей с преимущественным поражением тонкого кишечника 195
Сергеев Ю. В.—Применение радиоактивных изотопов для экспериментального изучения некоторых дискуссионных вопросов механизма сенсибилизации и выработки антител . . . 196
Горбунова Н. А.—О восстановлении объема плазмы и белкового состава крови в ближайшие сроки после острой кровопотери 198
Левиев П. Я.—Опыт применения ДДТ и ГХЦГ против мух в Таджикистане и приобретение устойчивости к этим инсектицидам у Musca domestica Vicina Macq 200
Гулямов М.—Клинико-экспериментальные псевдодеменции . . 201
Зайцева Е. И.—Течение язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки в условиях некоторых охранительных режимов (материалы к клинике и патогенезу язвенной болезни) 203
Ковалевская А. Н.—Наблюдение над процессом выделения дизентерийных палочек у детей в детском закрытом учреждении . 206
Мансурова И. Д.—Уровень буферных кислот в сыворотке крови при некоторых поражениях печени 207
Палагина Р. И.—Белки крови, углеводный обмен и антитоксическая функция печени при малярийных спленомегалиях . . 209
Халиков Д. Я.—Новокаиновая блокада при повреждениях груди . 211
Бобоходжаев Ислам Я.—К фармакологии алкалоида секуринина . 213
Забудский Б. Д.—Применение искусственных радиоактивных изотопов для изучения капиллярного кровообращения и лимфообращения в коже людей и животных 214
Кабилов Н. М.—О фармакодинамике фурациллина и его взаимодействии с витамином B_1 и глюкозой 216
Кузнецова Н. В.—Сезонная динамика содержания аскорбиновой кислоты в растительных продуктах и коровьем молоке южного Таджикистана 218
Хакимова С. Х.—Некоторые особенности нейро-гормональной регуляции сократительной деятельности матки в норме и патологии 220
Файзуллаев А. Х.—Динамика белков крови при рассеянном склерозе 222
Ахмедов А. М.— . . . . . .
Макаревич Я. А.—Клиническое значение электрофоретического исследования белкового состава сыворотки крови, эксудатов и трансудатов плевральной и брюшной полостей . . . 223
Сангинов Х. С.—Сравнительная характеристика секреторного и дыхательного компонентов условной реакции при различных видах внутреннего торможения 225
Бакеева Н. А.—Иннервация илеоцекальной области кишечника собаки и человека 227
Исхаки Ю. Б.—Опыт применения яда змей Гюрзы (гюрзотоксина) для остановки кровотечения при некоторых лор-операциях 228
Рыбальская Ю. Н.—Материалы к рентгенодиагностике инородных тел глазного яблока 230
Салиев Ш.—Патоморфология пуповины при мертворождении . 231
Акилов А. А.—Комплексное лечение больных острой дизентерией антибиотиками с антигистамином (димедрол) 233
Мансуров Х. Х.—Сравнительная характеристика высшей нервной деятельности при некоторых заболеваниях внутренних органов 235

Ахмедов Д. М.—Функциональное состояние почек при болезни Иценко-Кушинга 237
Рахматов Б. Р.—Влияние сифилитической инфекции и противосифилитического лечения на кровотворение и показатели геморрагического диатеза у больных сифилисом 238
Мирсалимов Ф. М.—Состояние капиллярного кровообращения в коже при простом и тиреотоксическом зобах 240
Бобоходжаев Икрам Я.—К практической оценке некоторых функциональных проб печени 241
Умарова С. У.—Поздний токсикоз беременности в климато-географических условиях сухих субтропиков 243
Вишневская Л. Т.—К характеристике функциональных нарушений печени при бруцеллезе 244
Исхаков С. И.—Дерматомикозы в Таджикской ССР и санитарное просвещение как фактор их профилактики 245
Хашимов Н. Х.—Распределение крови воротной вены в печени собаки 246
Касымов К. Т.—Сравнительное изучение методов титрования вируса полиомиелита и специфических антител в культуре ткани . 248
Арипов А. Я.—Влияние витамина B_6 на некоторые функции у здоровых и у больных с поражением печени 250
Дусмуратов М.—Эхинококк костей черепа и головного мозга . . 251
Костин В. С.—Эффективность оменторенального органоанастомоза при портальной гипертензии 253
Вовси Б. М.—Клиническая характеристика и сравнительная оценка новых методов лечения язв роговой оболочки 254
Таджиев К. Т.—Операционные и послеоперационные осложнения при оперативном лечении митрального стеноза и борьба с ним 256
Гуторова Л. Д.—Подразделение S. Breslau на типы с помощью специфических типовых бактериофагов 258
Козлова Г. Д.—Эндемический зоб долины реки Ванч 260
Макшанов И. Я.—Эндемический зоб Вахшской долины Таджикской ССР и некоторые вопросы его этиопатогенеза . . . 261
Усманов Н.—Лечение острогнойных заболеваний фурациллином . . 263
Хамидов В. К.—К характеристике эндемического зоба Гиссарской долины и города Душанбе и перспективы его ликвидации . 265
Елфимова В. З.—Оценка реактогенности, иммунологической и эпидемиологической эффективности очищенного адсорбированного дифтерийного анатоксина 267
Рудой Д. Г.—О значении эозинофильноаллергической реакции на бруцеллин и бруцеллезную вакцину для диагностики бруцеллеза 268
Сергиенко А. Д.—Изучение геморрагического нефрозо-нефрита в очаге Ярославской области 270
Забозлаева Е. А.—Пептолиз сывороточного альбумина в норме и после воздействия ионизирующего излучения. 272
Маргулис Ф. Б.—Внутрикостный металлический остеосинтез огнестрельных переломов бедра с применением первичного глухого шва 274
Арский В. Г.—Реакция нарастания титра фага как метод выявления источников и изучения эпидемиологической роли некоторых факторов передачи дизентерии 276
Мухитдинов Б. Н.—Функциональные и морфологические изменения толстой кишки у больных хроническим колитом под влиянием лечения на курорте Ходжа-Оби-Гарм 278

Гаибов А. Г.—Морфология и патогенез изменений околоушных, слюнных желез у людей различного возраста, умерших после затяжных заболеваний 280
Евсевьев Е. П.—Некоторые морфологические и экспериментальные данные о роли сосудисто-нервных факторов в патогенезе острого аппендицита 282
Хасанова К. А.—Остеомиелосклероз и миелофиброз, как особые варианты миелопролиферативного синдрома 284
Якубова М. М.—К оценке значения некоторых тестов в диагностике холециститов у детей 286
Абдурахманов М. К.—Витамин А в питании сельского населения Южного Таджикистана 288
Денисов А. Б.—Клинико-физиологический анализ функциональных нарушений сердечно-сосудистой системы у больных хроническими колитами 290
Мухамеджанов И. А.—Общие нарушения капиллярной проницаемости при экспериментальном асептическом воспалении . . 292
Джуманбаева А. А.—Экспериментально-клиническое изучение действия антибиотиков при трахоме 294
Пулатов М. А.—Современные модификации ушивания культи бронха при резекции легких у больных туберкулезом 295
Умеджанов Н. Х.—Материалы к хирургической анатомии тазобедренного сустава 297
Юнусова Е. Т.—О диагностическом значении иммунологических показателей антистрептогиалуронидазы, антистрептолизина-О и антистрептокиназы при нейроревматизме 299
Жаворонков А. А.—К патоморфологической характеристике интоксикации ядом гюрзы (Vipera lebetina) в эксперименте . . 301
Шахтатинский Т. А.—Состояние капиллярного кровообращения при облитерирующем эндартерите и динамика его изменения при некоторых методах лечения 302
Аминов А. И.—Активность холинэстеразы и прижизненные морфологические исследования печени при гепатитах и циррозах 304
Задворняк П. В.—Экспериментальное изучение иммунологии колиэнтерита 306
Писанова А. А.—Влияние рибофлавина на некоторые функции печени у больных с поражением печени 308
Сеид-Мансури Беюк Мир-Абдулла—К изучению обмена фосфора при лучевой болезни 310
Макшанова Л. В.—Лечение и предоперационная подготовка больных тиреотоксикозом радиоактивным йодом (J^{131}) . . . 312
Рубинов Р. С.—Роль рентгенологического метода исследования в изучении рельефа слизистой толстой кишки при раке и воспалительных заболеваниях 313
Касымов Х. К.—Мочевинообразование в печени при внутреннем облучении радиоактивным изотопом Fe-59 и отравлении четыреххлористым углеродом 316
Рахимов С. И.—Функциональные и морфологические изменения печени при некоторых хирургических заболеваниях . . . 318
Кахаров А.—Локальные особенности лимфатической и кровеносной систем брыжеечной части тонкой кишки 320
Максунова М. К.—Некоторые вегетативные нарушения в остром периоде закрытой черепно-мозговой травмы 322
Пулатов А. Т.—Функциональное состояние коры надпочечников при некоторых видах обезболевания и хирургических вмешательств 324
Хамидов Н.—Функциональное состояние печени у больных тиреотоксикозом в связи с лечением J^{131} 327

Шенигсон (Парижская) Б. С.—Распространение лямблий среди населения Латвийской ССР и разработка нового метода химиотерапии лямблиоза нитрофуранами 328
Локшина Е. Г.—Экспериментальные и клинические наблюдения по пластике дефектов сухожилий 331
Плотников И. П.—Сердечно-сосудистая система в период адаптации человека к условиям высокогорья 334
Гальцев В. А.—Влияние витаминов B_9 и B_6 на кровотворение при анемиях 336
Пулатов А. М.—Нарушение мозгового кровообращения, клинически проявляющееся опухолевым синдромом 338
Исмаилов Д. Р.—Рентгенологическая диагностика опухолей затылочной доли и прилегающих к ней отделов теменных и височных долей мозга 341
Каюмова М.—Биологические свойства L-форм дизентерийных бактерий 343
Ходжаева Т. И.—К симптоматологии и патогенезу цефалгического синдрома у больных ревматизмом 345
Гафуров Р. А.—О механизме барьерной функции миндалин в норме и патологии 347
Смоличев Е. П.—Основные закономерности нарушения белкового состава крови 349
Песахович Л. В.—Резерпин в химико-токсикологическом отношении. Использование электрофореза в химико-токсикологическом анализе 352
Ахмедов Б. П.—Гастрэктомия с прямым эзофагодуоденоанастомозом при раке желудка 355
Камардинов Х. К.—Течение гриппа и его осложнений (пневмонии и ангины) в зависимости от характера обнаруженной микрофлоры 356
Орзуев М. И.— . . . . . .
Гаджей Е. Ф.—Синантропные мухи долинных и горных районов Таджикистана и меры борьбы с ними 358
Гуртовой Б. Л.—Лактация у родильниц в климатогеографических условиях сухих субтропиков Таджикистана 360
Дегтярев Ю. Л.—Эпидемиология брюшного тифа в сельской местности Таджикской ССР и система мероприятий по снижению заболеваемости 363
Пачес А. И.—Клиника, диагностика и лечение опухолей околоушной слюнной железы 366
Турсунов А. Х.— . . . . . .
Шелепин А. С.—Морфология и этиопатогенез пневмоний у детей в Таджикистане 369
Бобоходжаев М. Х.— . . . . . .
Вахидов Н. М.—Материалы по характеристике вакцинального процесса при пероральной иммунизации живой вакциной против полиомиелита 371
Хайдаров К. Х.—Сравнительное фармакологическое изучение триакантина и папаверина 373
Якубов А. Я.—Гигиена труда при применении фосфорорганических инсектицидов в хлопководстве 374

II. ДИССЕРТАЦИИ, ПРЕДСТАВЛЕННЫЕ К ЗАЩИТЕ

Аминов Н. Р.—Значение инактивации фтивазида при лечении туберкулеза у детей 379
Бурмакина В. Ф.—Материалы к эпидемиологии аскаридоза в сельской местности Таджикской ССР 380

Ильяшенко Л. Я.—Экологическое обоснование борьбы с синантропными мухами в сельских условиях Гиссарской долины Таджикской ССР 382
Касымов Т.—Заболеваемость и состояние здоровья рабочих прядильной фабрики Душанбинского текстильного комбината в связи с их условиями труда 384
Мирзаханов М.—Диатермокоагуляция задних длинных цилиарных артерий при глаукоме 381
Саттаров И. С.—Паракоклюшная инфекция 386
Касимов М. С.— 388

III. ДИССЕРТАЦИИ, ЗАЩИЩЕННЫЕ В ТАДЖИКСКОМ ГОСМЕДИНСТИТУТЕ УЧЕНЫМИ ДРУГИХ РЕСПУБЛИК

Ибрагимова С. И.—Лагохилус опьяняющий как новое кровоостанавливающее средство в оториноларингологической клинике . 391
Блях ман С. Д.—О признаках и возможности диагностики воздушной эмболии на трупе 393
Ильина Т. Я.—Туберкулез и беременность 395
Ермоленко А. С.—Морфологическое состояние нервных элементов различных участков кожи людей, умерших от гипертонической болезни 396
Нурягдыев С. К.—Сравнительная оценка эффективности внутриартериального и внутривенного переливания крови при травмотическом шоке 398
Абдухаликов Ф.—Патогистология основных экстрамуральных нервных узлов и стволов при алиментарном токсикозе (с энцефалитом) в Узбекистане 400
Гульмирзаева И. К.—Изменчивость белков противодифтерийной сыворотки при воздействии ионизирующего излучения . . 402
Ханнанова Ф. К.—Гистологические изменения при экспериментальном сотрясении головного мозга 404
Венглинская Е. А.—Материалы по динамике развития ранних появлений экспериментального воспаления 406
Щегель С. М.—О механизме нарушений капиллярной проницаемости при воспалении 408
Ищенко И. М.—О состоянии некоторых функций печени, артериального давления, картины периферической крови при патологической кровопотере в родах 410
Нурыев О. М.—Парентеральное применение белковых гидролизатов у хирургических больных 412
Рихсиев И.—Электрофоретический анализ белковых фракций сывороток, исследованных на реакцию иммобилизации бледных трепонем 413
Мельникова М. М.—Гиалуронидазные препараты в лечении воспалительных заболеваний половых органов женщин 416
Петров М. С.—Предопухолевые заболевания молочной железы в Киргизской ССР 418
Исмаилов Ф. М.—Санаторно-курортное лечение легочно-туберкулезных больных в горноклиматических условиях Туркмении . 420
Супатаева Н. Б.—Блокада ножки пучка Гиса при гипертонической болезни и коронарном атеросклерозе 422
Шамов И. А.—Материалы к вопросу о роли кишечной микрофлоры в генезе диетных (энтерогенных) поражений печени . . 424
Веденяпина А. С.—Некоторые изменения гемодинамики и окислительно-восстановительных процессов при операциях по поводу рака желудка под эндотрахеальным наркозом . . . 426
Голубицкая Ф. Н.—Применение микроэлементов при гипогалактии . 428

Ахмедов М.—Клинико-статистические данные о раке пищевода (по материалам госпитальной хирургической клиники ТГМИ) . 430
Перельман Р. М.—Клиника и показания к хирургическому лечению хронически текущего туберкулеза легких у детей . . . 432
АЛФАВИТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ 441
(с указанием № диссертации)
ПРЕДМЕТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ 447
(с указанием №№ соответствующих диссертаций)
ПУБЛИКАЦИЯ ДУШАНБИНСКОГО ИНСТИТУТА ЭПИДЕМИОЛОГИИ и ГИГИЕНЫ 449

АЛФАВИТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ
(с указанием № диссертации)

Абдуллоходжаев З.Я. 68
Абдурахманов М. К. 166
Абдурахманов Ф. А. 77
Абдухаликов Ф. 223
Акилов А. А. 134
Алиджанов Г. П. 60
Аминов А. И. 175
Аминов Н. Р. 211
Арипов А. Я. 145
Арский В. Г. 160
Ахмедов А. М. 127
Ахмедов Б. П. 198
Ахмедов Д. М. 136
Ахмедов К. Ю. 66
Ахмедов Н. 238
Ахмедова М. Я. 85
Баканская В. В. 72
Бакеева Н. А. 130
Баратов К. 108
Бляхман С. Д. 219
Бобоходжаев Икр. Я. 139
Бобоходжаев Исл. Я. 121
Бобоходжаев М. Х. 62,207
Большемянников А. И. 20
Брагинский Б. М. 95
Бурмакина В. Ф. 212
Бушуева Г. И. 70
Вайль Л. В. 109
Вахидов Н. М. 208
Веденяпина А. С. 236
Венглинская Е. А. 226
Вишневская Л. Т. 141
Вовси Б. М. 148
Войно-Ясенецкая М. К. 7
Войно-Ясенецкий М. В. 3,10
Гаджей Е. Ф 201
Гаибов А. Г. 162
Гальцев В. А. 190
Гафуров Р. А. 195
Гершанович В. Н. 106
Гефт В. Б. 57
Глаголева (Маликова) Е. М. 6
Глущенко А. Г. 110
Голубицкая Ф. Н. 237
Голубчик-Иоффе Г. И. 11
Горбунова Н. А. 113
Гранов Л. Г. 53
Гульмирзаева И. К. 224
Гулямов М. Г. 115
Гуртовой Б. Л. 27,202
Гуторова Л. Д. 150
Датхаев Ю. И. 73
Даудова Г. М. 41
Дегтярев Ю. Л. 203
Денисов А. Б. 167
Джуманбаева А. А. 169
Динкелис С. С. 39
Дусмуратов М. 146
Дыскина Т. М. 111

Евсевьев Е. П. 163
Елфимова В. З. 155
Ермоленко А. С. 221
Жаворонков А. А. 173
Жуков А. П. 5
Забозлаева Г. А. 78
Забозлаева Е. А. 158
Забудский Б. Д. 122
Задворняк П. В. 176
Зайцева З. И. 17
Зайцева Е. И. 26,116
Ибрагимова С. И. 218
Икрамов З. Х. 31
Ильина Т. Я. 220
Ильяшенко Л. Я. 213
Исетов Б. И. 51
Исламов И. И. 74
Исмаилов Д. Р. 192
Исмаилов Ф. М. 233
Исхаки Ю. Б. 131
Исхаков С. И. 142
Ищенко И. М. 228
Кабилов Н. М. 123
Казанцев Б. Н. 9
Калинин В. И. 58
Калиничева И. Г. 16,82
Кальштейн Л. И. 71
Камардинов Х. К. 199
Каримова К. К. 47
Касимов М. С. 217
Касимова З. С. 42
Касымов К. 144
Касымов Т. 214
Касымов Х. К. 181
Кахаров А. 183
Каюмова М. К. 193
Киямов К. К. 55
Ковалевская А. Н. 117
Кожина В. К. 96
Коздова Г. Д. 151
Колесников А. Г. 25
Коломийцев Ф. М. 35
Коломийцева М. Г. 36
Костин В. С. 147
Кузнецова Н. В. 124
Кульматов М. К. 4,30
Кутчак Е. Н. 93
Кутчак С. Н. 107
Левиев П. Я. 114
Левина Г. Е. 43
Локшина Е. Г. 44,188
Лоренц О. Г. 23
Лосицкая В. А. 18
Лысенко А. Я. 22
Маевская Н. В. 63
Макаревич Я. А. 128
Максунова М. К. 184
Макшанов И. Я. 152
Макшанова Л. В. 179
Мансуров Х. Х. 33,135
Мансурова И. Д. 118
Маргулис Ф. Б. 159
Мельникова М. М. 231
Мирзаханов М. 215
Мирсалимов Ф. М 138
Мительман Г. М. 75
Монаков Н. З. 12,101
Монакова К. Н. 97
Мухамеджанов И. А. 168
Мухитдинов Б. Н. 161
Ниязова С. М. 98
Нурыев О. М. 229
Нурягдыев С. К. 222
Обносова Т. П. 99
Окс Ф. А. 21
Орзуев М. И. 200
Павленко Т. К. 34
Палагина Р. И. 119
Парадоксов Л. Ф. 32
Пачес А. И. 204
Перельман Р. М. 239
Перехожева М. Н. 1
Песахович Л. В. 197
Петров М. С. 232
Пилосов А. М. 67
Писанова А. А. 177
Писаренко В. И. 87
Писаренко Ф. С. 103
Плотников И. П. 189

Попова Н. Л. 64
Пулатов А. М. 61,191
Пулатов А. Т. 69,185
Пулатов М. А. 170
Пулатова М. Т. 45
Рапопорт Л. Г. 15
Рассолова Л. Н. 76
Расулов М. Я. 49
Рахимов С. И. 182
Рахимов Я. А. 24
Рахматов Б. Р. 46,137
Рихсиев И. 230
Ростовщиков С. А. 79
Рубинов Р. С. 180
Рудой Д. Г. 156
Рустамов Я. А. 94
Рыбальская Ю. Н. 132
Савенко В. А. 52
Савина Р. И. 105
Салиев Ш. 133
Сангинов Х. С. 129
Саттаров И. С 216
Сеид-Умеров С. М. 48
Сеид-Мансури Беюк Мир-Абдулла 178
Сергеев Ю. В. 112
Сергиенко А. Д. 157
Серебряков В. А. 13
Сидиков У. 89
Смоличев Е. П. 38,196
Смоличева Е. П. 100
Степанов П. Н. 8
Супатаева Н. Б. 234
Суровикина М. С. 83
Сутулов Л. С. 54
Таджиев К. Т. 37,149
Таджиев Я. Т. 65
Таиров Г. Ш. 104
Турсунов А. Х. 205
Украинский В. Г. 56
Умарова С. У. 140
Умеджанов Н. Х. 171
Усманов Н. 153
Файзуллаев А. Х. 126
Хайдаров К. Х. 209
Хакимова С. Х. 28,125
Халиков Д. Я. 120
Хамидов В. К. 154
Хамидов Н. 186
Ханнанова Ф. К. 225
Хасанова К, А. 86,164
Хашимов Д, М. 29
Хашимов Н. Х. 143
Хван Л. М. 50
Хвейсени Д. В. 19
Ходжаев З. П. 80
Ходжаева Т. И. 194
Холматов И. Б. 91
Черная Л. А. 2
Чернявская Р. М. 40
Шамов И. М. 235
Шахтахтинский Т. А. 174
Шелепин А. С. 206
Шенигсон (Парижская) Б. С. 187
Щершавкин С. В. 88
Широков С. Ф. 14
Щегель С. М. 227
Юнусова Е. Т. 172
Юсупов А. М. 92
Юсупов А. Х. 59
Якубов А. Я. 210
Якубова М. М. 165
Якубова У. Я. 81
Ярулин Х. Х. 84
Ясинский А. В. 90
Яхнина Д. Н. 102

ПРЕДМЕТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ

(с указанием №№ соответствующих диссертаций)

1. Акушерство и гинекология—№№ 11, 18 27, 28, 45, 85, 98, 125, 140, 202, 228, 231. 237.
2. Анатомия (с топографической анатомией)—№№ 24, 56, 77, 130, 143, 171, 183.
3. Биология (с паразитологией)—№№ 6, 9, 47, 79, 114, 201, 212, 213, 224.
4. Биохимия—№№ 102, 118, 158, 181.
5. Вирусология—№№ 144, 157, 169, 208.
6. Гигиена—№№ 3, 36, 39, 55, 81, 92, 108, 124, 166, 178, 210, 214, 217.
7. Гистология—№ 54.
8. Глазные болезни. См. Офтальмология.
9. Дермато-венерология—№ 46, 137, 230.
10. Инфекционные болезни—№№ 29, 68, 75, 94, 111, 134.
11. История медицины. См. Организация здравоохранения.
12. ЛОР—№№ 21, 71, 91, 99, 131, 195.
13. Микробиология—№№ 1. 2, 7, 15, 40, 67, 70, 87, 89, 103, 117, 150, 176, 193, 199, 200, 216.
14. Невропатология—№№ 50, 61, 93, 126, 172, 191, 194, 225.
15. Онкология—№№ 198, 204, 232, 236, 238.
16. Организация здравоохранения и история медицины—№№ 20, 65.

17. Офтальмология—№№ 32, 57, 132, 148, 215.
18. Паразитология. См. Биология.
19. Патанатомия—№№ 3, 10, 100, 105, 107, 133, 162, 163, 173, 206, 219, 221, 223.
20. Патофизиология—№№ 34, 38, 41, 49, 72, 74, 83, 97, 112, 113, 122, 168, 196, 226, 227.
21. Педиатрия—№№ 14, 43, 109, 165.
22. Психиатрия—№ 115.
23. Рентгенология—№№ 168, 180, 192.
24. Судебная медицина—№№ 88, 110.
25. Терапия—№№ 4, 8, 17, 19, 25, 26, 30, 33, 42, 60, 62, 64, 86, 95, 96, 106, 116, 128, 135, 136, 139, 141, 145, 156, 164, 167, 175, 177, 186, 189, 190, 207, 234, 235.
26. Топографическая анатомия. См. Анатомия.
27. Фармакология—№№ 78, 121, 123, 197, 209.
28. Физиология—№№ 5, 23, 58, 59, 63, 66, 84, 129.
29. Фтизиатрия—№№ 127, 170, 211, 218, 220, 233, 239.
30. Хирургия—№№ 12, 16, 31, 37, 44, 48, 52, 53, 69, 73, 76, 80, 82, 101, 104, 119, 120, 138, 146, 147, 149, 151, 152, 153, 154, 159, 174, 179, 182, 184, 185, 188, 222, 229.
31. Эпидемиология—№№ 13, 22, 51, 90, 155, 160, 187, 203, 205.

ПУБЛИКАЦИЯ

Душанбинского Института эпидемиологии и гигиены

№ п/п	Автор	Название	Год
1	2	3	4
1		Труды института малярии и медицинской паразитологии, вып. 1, Душанбе.	1944
2		Сборник работ. К эпидемиологии паразитарных тафоф и кишечных инфекций в Таджикистане. Душанбе.	1949
3		Сборник трудов I. Душанбе.	1949
4		Сборник трудов I. Об одной вспышке сыпного тифа. Душанбе.	1949
5	Писаренко-Ф. С.	Холевоцитратная среда для выделения дизентерийных палочек из испражнений. Душанбе.	1949
6	Корецкая Л. С., Хашимов Д. М. и Сухорукова Г. А.	Вакцинотерапия хронической дизентерии. Душанбе.	1950
7	Серебряков В. А., Мительман М. М, Кальнинг А. А.	Некоторые вопросы эпидемиологии бактериальной дизентерии в Душанбе. Душанбе.	1950

1	2	3	4
8	Серебряков, В. А., Ясинский А. В., Алексеев А. В.	О применении дустов ДДТ для ликвидации очагов сыпного тифа в сельских местностях Таджикистана. Душанбе.	1950
9		Труды института малярии и медицинской паразитологии, вып. 11, Душанбе.	1954
10		Тезисы докладов юбилейной объединенной сессии ин-та эпидемиологии, микробиологии и гигиены и Ин-та малярии и мед. паразитологии. Душанбе.	1954
11		Сборник работ. Душанбе.	1954
12		Труды Таджикского ин-та эпидемиологии, микробиологии и гигиены. Том II, вып. 1, Душанбе.	1954
13		Труды Таджикского ин-та эпидемиологии, микробиологии и гигиены. Том II, вып. II. Душанбе.	1955
14		Труды Таджикского института эпидемиологии, микробиологии и гигиены. Том II, вып. III. Вопросы кишечных инфекций. Душанбе.	1955
15	Шапиро и Алексеев А. В.	Наставление по распознаванию, лечению и профилактике клещевой возвратной лихорадки. Душанбе.	1955
16		Сборник работ по малярии и гельминтозам, вып. 1, Душанбе.	1956
17	Расулов М. Я., Вайль В. С.	Диссертации ученых Таджикистана по медицине и биологии. Душанбе.	1959

1	2	3	4
18		Конференция по итогам научно-исследовательской работы Таджикского института эпидемиологии и гигиены за 1957—1958 г. г. Душанбе.	1959
19		Сборник работ по малярии и гельминтозам, вып. II. Душанбе.	1959
20		Конференция по итогам научно-исследовательской работы Таджикского Института эпидемиологии и гигиены за 1959 год. Душанбе.	1960
21		Тезисы конференции по итогам научно-исследовательской работы за 1960 г. Душанбе.	1961
22		Тезисы конференции по итогам научно-исследовательской работы за 1961 г. Душанбе.	1962
23		Методические указания по лабораторной диагностике тифо-паратифозных заболеваний и выявлению бактерионосителей. Душанбе.	1962
24		Вопросы эпидемиологии, бактериологии, гигиены, паразитологии и вирусологии. Тезисы докладов научной конференции ДИЭГ (19—21 декабря 1962 года). Душанбе.	1962
25		Тезисы конференции по итогам научно-исследовательской работы за 1963 год. Душанбе.	1963
26	Расулов М. Я.	Диссертации ученых Таджикистана по медицине (аннотации).	1964

Расулов Мухамеджан Якубович
(Душанбе, ул. Л. Толстого, 2)

Диссертации ученых
Таджикистана по медицине.

Сдано в набор 18/VIII-1964 г. Подписано к печати 1/X-1964 г.
Формат бум. 84×108 1/32. Печатн. лист. 28,25.
Тираж 1400. Заказ 1223. Цена 1 руб. 50 коп. КЛ 04604

Душанбе, типография Министерства народного образования