

Page 1 of 91

Озеро-море представляет прекрасную базу для дозированноголечебного водного спорта.

Озеро-море обогащает эмоциональное влияние курорта.

Наконец, на Койсаре мы имеем кумыс, этот оригинальный целебный напиток, значение которого в лечении туберкулезных больных общеизвестно.

Таковы исключительные богатства Койсары, как климатического

курорта. Однако, литературные данные (Александров) и наблюдения местных жителей говорят о том, что на Иссык-Куле имеются места с еще более благоприятным климатом. Таков, повидимому, район Чол-пон-Ата на северном берегу и район Тамги на южном берегу. Необходимо теперь же организовать метеорологические станции в этих местах, имея в виду перспективу дальнейшего развития курортногодела в Киргизии.

Выводы:

1. Койсара представляет собой исключительный, может быть, единственный в мире курорт, обладающий прекрасным комплексом климато-метеорологических элементов и исключительным разнообразнем терапевтических факторов, гармонически дополняющих друг-

друга. 2. Койсара должна быть признана одним из наилучших климатических курортов для легочных туберкулезных больных, и соответствующее использование курорта должно быть горячо и настойчиворекомендовано.

3. Следует организовать на берегах Иссык-Куля ряд метеорологических станций для накопления материалов, абсолютно необходимых в перспективе дальнейшего развития курортного дела в Киргизии...

Л. А. Франк

Очень велика электропроводность воздуха в Койсаре. Ее средние Очень велика электропроводности восла, 48. 10-4, в то время как значения по Златовратском у равны 3,48. 10-4, в то время как для Давоса мы имеем 2, 77. 10-4 (цитирован. по Александрову). для давоса мы имеся 2, то воздуха указывает на его большую. Высокая электропроводность воздуха указывает на его большую ионизацию.

По Назарову, определявшему на Койсаре актинометром Михельсона интенсивность прямого солнечного излучения, максимальное значение радиации 1,62 (в Давосе 1,52) (цит. по Александрову).

Сделаем выводы из представленных материалов.

Комплеко климато-метеорологических элементов Койсары имеет, при первом взгляде, 3 отрицательных момента в сравнении с Абас-Тумани и Давосом. Это-более низкие минимальные температуры в течение всего года, меньшее количество ясных дней и ветреность. Однако, эти отрицательные моменты лишь умеренно выражены и щедро возмещаются целым рядом положительных факторов, составляющих значительные преимущества Койсары в сравнении с Абас-Тумани и Давосом.

Прежде всего о ветрености. Мы видели, что речь идет преимущественно о легких горных и морских бризах. Их благотворное, тонизирующее влияние на организм человека, в том числе и туберкулезного больного, общепризнано. Несколько случаев сильных ветров за год не меняет положения. Разве не бывает сильных ветров и даже штормов на Южном берегу Крыма? Однако, никто не ставит под сомнение возможность эффективного лечения там туберкулезных

Мы видели, что температурный режим Койсары следует оценить как более благоприятный, чем в Абас-Тумани и Давосе.

То же более благоприятное положение Койсары мы нашли и в отношении всех других климато-метеорологических элементов: относительной влажности, облачности, количества ясных и пасмурных дней и дней с туманами, количества осадков и количества дней с осадками и, наконец, амплитуды колебаний барометрического давления.

В целом, климат Койсары характеризуется умеренно-холодной и сухой зимой и умеренно-теплым летом с комплексом климато-метеоро-

логических элементов, создающих зону физиологического комфорта. Все сказанное позволяет нам поставить Койсару не только в уровень с общепризнанными, прославленными курортами, какими являются Абас-Тумани и Давос, но и признать за Койсарой явные преимущества в летне-осенний сезон.

Но этого мало. Койсаре и только ей свойственен целый ряд факторов, совершенно исключительных по своему значению для кли-

В отличие от большинства высокогорных курортов, находящихся в узких горных ущельях, Койсара расположена в широкой долине. Это обеспечивает лучшую вентиляцию воздуха. Это дает большее число часов солнечного сияния, особенно в силу расположения доли-

Мы видели, что напряжение прямой солнечной радиации на Койсаре исключительно велико.

Озеро-море, многократно отражая от своей беспредельной поверхности ультра-фиолетовые лучи солнца, еще более увеличивает

Озеро-море создает неповторимые для высокогорных курортов условия для аэро-гелио-талассотерапии.

26

Сравнительная таблица количества осадков

Табли	ца .	Nº 1	9
-------	------	------	---

25

Месяцы	T	VII	За год
курорты	1.000	1.4.1.2	Carlo
Койсара Абас-Тумани Давос	5,9 26 46	54,1 45 124	376,0 534,9 903,0

Сравнительная таблица количества дней с осадками не менее 0,1 мм

Таблица № 10

1 See	Месяцы курорты	1	VIII	За год
AC	ойсара	6,3	10	98,5
	бас-Туманн	10.9	11,7	138,1
	авос*	8,7	15,6	142,5

Таблица 9 и 10 показывают, что количество осадков на Койсаре чрезвычайно невелико, в полтора раза меньше, чем в Абас-Тумани и в $2^{1/2}$ раза меньше, чем в Давосе. Только в июне — августе на курорте Койсара осадков несколько больше, чем в Абас-Тумани, являющим-

ся слишком сухим в летние месяцы. Дней с осадками в Койсаре также значительно меньше, чем в noce.

Абас-	Гу	мани	И	Давос
-------	----	------	---	-------

Сравнительная таблица амплитуды колебаний барометрического давления

Таблица № 11

-	Месяцы курорты	I	VII	Сред. за год
Ко	йсара	15,7	8,9	12,5
	ас-Тумани	18,3	14,0	13,5

Амплитуда колебаний барометрического давления, как видно из таблицы 11, в Койсаре меньше, чем в Абас-Тумани. Будучи несколько больше в Койсаре в первую половину зимы, она меньше там во вторую половину зимы и летом.

На Койсаре преобладают ветры восточного и юго-восточного и, отчасти, западного направления. В летний сезон место юго-всоточных ветров занимают западные ветры, а ветры юго-восточные переходят

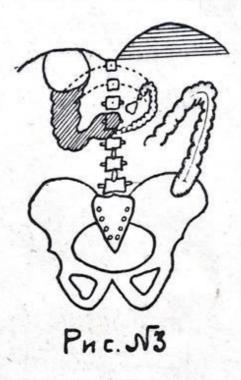
По шкале Бофорта ветры на Койсаре относятся к легким и слана их место. бым. "Это легкие горные бризы к вечеру и морские (озерные) по утрам" (Александров). Сильные ветры в летний сезон бывают 3-4 раза.

»/ Для Давоса дано количество дней с осадками выше 0,3 мм

Случай Situs inversus viscerum totalis

двенадцатиперстной кишки свободно переходит в начальные петли тонких кишек на правой стороне. Продвижение контрастной массы по тонким кишкам удовлетворительное. Слизистая оболочка отдель-

ных петель тонких кишек имеет перистый вид. Через 8 часов после принятия контрастной массы было произведено исследование толстого кишечника (рис. № 3). Наполненными оказались слепая кишка, восходящая и часть ободочной. Слепая кишка расположена слева в подвоздошной впадине, несколько расширена. Отчетливо видны гаустрации на всем заполненном толстом кишечнике, контуры его гладкие, при пальпации безболезненны. Поперечно-ободочная кишка расположена ниже пупка. Подвижность кишечника обычная. Рентген. диагноз. Суммируя данныя рентгенологического исследования, можно сделать вывод о несомненном наличии в данном случае анамалии развития situs viscerum inversus totalis, и обнаруженная вначале декстрокардия является частью общего перемещения внутренностей.



Данные анамнеза и клинического исследования больной таковы: у больной часто бывают сердцебиение, одышка после домашней работы или длительной ходьбы и бега, вследствие чего больная освобождена от школьных физкультурных занятий. Замечает у себя одышку давно, несколько раз были кратковременные обмороки. Наследственность без особенностей, отец, мать здоровы. При рентгеноскопическом обследовании всей семьи изменений в положении внутренностей ни у кого не найдено. Больная имеет рост 164 см, слабого телосложения, правша, кожные покровы несколько бледноваты.

Больная в 1936 году перенесла воспаление легких, которое протекало очень тяжело. Ногти и ногтевые фаланги не изменены, синюха и пигментация кожных покровов отсутствуют. При пальпации сердечный толчок определяется справа в области 5 межреберья, несколько кнаружи от медиоклявикулярной линии. При пальпации живота удается прощупать справа в подвоздошной области сигмовидную кишку в виде безболезненного подвижного шнура. Печень расположена в левом подреберье, не прощупывается. Перкуторно верхняя ее граница по l. axillaris m. на 7 ребре, сзади по l. scapularis на 9 ребре. Селезенка находится в правом подреберье, верхняя ее граница по средней аксиллярной линии на 9 ребре, нижняя на 11 ребре, пальпации недоступна. Верхушечный толчок справа в 5 межреберье, по 1. medioclavicularis. Слева граница сердца проходит по линии, расположенной снаружи на 1 палец от левого края грудины. Верхняя граница (отн. туп.) на 3 ребре. Пульс 80 ударов в минуту, ритмичен, пульсовые волны синхроничны на обеих лучевых артериях. Усилены тоны сердца. Они чистые. Отклонений со стороны легких не имеется. Мочевыводящая система-в норме.

35

Из Башкирского Кожно-в енерологического Института (Научный руководитель проф. А. И. Картамышев).

Увечащий сифилис

П. Н. Шишкин

Увечащие формы сифилиса встречаются сравнительно редко, каждая из них представляет определенный интерес. Не останавливаясь на перечислении всех демонстрированных и описанных случаях, считаем небезынтересным опубликовать наблюдавшиеся нами в стационаре Башвенинститута в 1938-40 гг. три случая увечащего сифилиса.

Случай 1-й. Б-ная м. Ш. 68 лет-гуммозный и висцеральный сифилис. Поступила в стационар в декабре 1939 года. За 4 года до поступления в стационар-язвы на лбу и ягодицах. В районном вендиспансере получила один курс смешанной висмуто-сальварсанной терапии. Язвы зажили. Через год новые язвы на ягодицах, бедрах, голенях, давшие в течение 3-х лет громадные разрушения: больная стала нетерпима в семье и направлена в стационар. Все это время больная ничем не лечилась.

Состояние при ПОступлении: больная в пассивном положении, отечна. На лбу, волосистой части головы старые, спаянные с костью неправильные рубцы. Мускулатура ягодиц атрофирована, межягодичные сгладки склажены, ягодицы имеют форму доски. На обеих ягодицах, бедрах и голенях почти сплошные неправильные с фестончатыми краями рубцы.

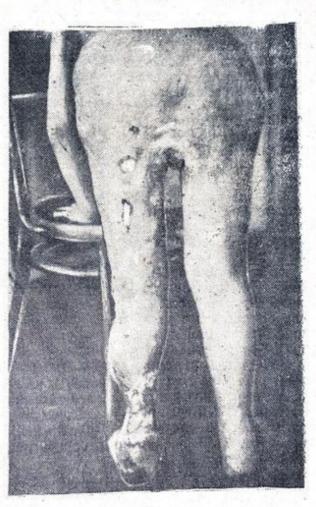


Рис. № 1

Анальное отверстие смещено в промежность и рубцово изменено. На ягодицах, бедрах, на правой голени среди рубцов имеется несколько, частью округлых, частью неправильной формы язв размером 2. остеомиэлиты, поддерживаемые металлическими осколками;

 остеомиэлиты, поддерживаемые тва, связанные с наличием ос.
 нервные и сосудистые расстройства, связанные с наличием ос. колка или пули;

ка или пули; 4. расстройства движения, в связи с нахождением инородного тела поблизости или в самом суставе;

поблизости или в самом суставс, 5. боли и неудобства от давления металлического тела на мягкие ткани при поверхностном расположении его.

И при поверхностном расположено обнаруживались рентгенограм. Инородные тела в этих случаях обнаруживались рентгенограм.



Рис. № 2

вовсе не обязательным является присутствие осколка или пули. Иногда небольшие кусочки шинели, гимнастерки, брюк и другой одежды бойцов, уносимые в глубину тканей во время ранения (нередко даже сквозного), остаются там и долго поддерживают свищ. Такие кусочки разных материалов обнаруживались в двухглавой мышце плеча, в реберно-грудинном сочленении и других местах тела. Под местным обезболиванием мы раскрывали эти свищи, острой ложкой убирали грануляции, удаляли внедрив-

мами. Глубина залегания (и топографо-анатомические соотношения) определялись рентгеноскопически.

Необходимо подчеркнуть, что для образования свища, как это можно было проследить на наших больных





шиеся остатки одежды и этим ликвидировали процесс. В одном случае наблюдался рецидив.

Помимо указанных выше инородных тел, иногда могут встречаться и такие, которые являются, если можно так выразиться, "собст-

Конечно, в действительности заболеваемость в 1-е годы была еще большей, т. к. медицинская сеть из-за своей малочисленности не могла тогда учесть всех заболеваний. Заболеваемость из года в год постоянно понижается,благодаря упорной и комплексной противомалярийной работе (см. табл. № 3, 4, 5).

Заболеваемость по месяцам 1939/40 г.

габли	ца	M	
-------	----	---	--

		Месяцы	есяцы Январь		Фев	раль	Ma	Март		Апрель		Май	
Заболеваемость		Годы	39	40	39	40	39	40	39	40	39	40	
Первичн. обращен.	•	anne. Roma	72	58	76	100	114	65	110	52	156	44	
Из них: свежие за фекции	бол. •	и реин-	2	e li; Qi e	5	2	11	1	18	6	15	14	
Рецидивы и хроники		• 11.6	10,	58	71	37. 37.	103	64	92	46	141	30	
Sec. 1		Месяцы	Ию	нь	Ию	ль	Авг	уст	Сент	ябрь	Bcer	то з	
Заболеваемость	1	Годы	39	40	39	40	39	40	39	40	1939	40 1	
Тервичи. обращен.		102	138	122	117	48	87	41	67	45	937	51	
Из них: свежие за фекции	абол	. и реин-	18	n	17	3	1	3	36	2	123	4	
ецидивы и хроники		1.	120	111	100	45	86	38	31	43	814	47	

Снижение заболеваемости по годам в процентах Таблица № 4

ALL REF	1935	1936	1937	1938	1939	1940
Первичная обращ.	. 40	26,5	68,2	3,4	20,5	45,3
Свежие заболеван.	6,8	38,9	71,5	8,2	52,8	65,9

Наибольшие результаты были получены в 1937 году, а затем в 1940 г.

комаров наблюдается в июле, августе, и естественно, что наиболее пасным в эпидемиологическом отношении является это время, контакт человека с комаром наибольший.

лет An. Bifurcatus более продолжителен, с средины марта до половины ноября. Дневку An. Bifurc. проводит в садах, камышах, но встречается и в помещениях.

An. hyrcanus дневку предпочитает в дикой природе, характерным блотопом для личинок служат рисовые поля.

V. Заболеваемость

Малярия в 1934 г., 35 г., 36 г., 37 г., приносила колоссальный ущерб как народному хозяйству, так и здоровью населения. Об этом с достаточной ясностью сказано в статье академика Е. Н. Павловского (журнал Советское Здравоохранение Киргизии № 5, 1940 г. Для иллюстрации не безынтересно привести письма, полученные Кантской малярийной станцией в то время от колхозов, говорящие о большой пораженности населения малярией, о происходящем от этого недостатке рабочих рук и угрозе уборочной кампании. Вот одно из них:

В КАНТСКУЮ МАЛЯРСТАНЦИЮ

Отношение

Ввиду массового заболевания в нашем колхозе малярией, просим выслать хинизатора, для борьбы с малярией, а то у нас срывается уборочная кампания. 1934 г. колхоз "Кр. Кенеш". (подписи)."

В 1934—35 гг. по Кантскому сах. комбинату, по сведениям соцстраха, было потеряно 10647 трудодней по 1057 бюллетеням, на сумму 27500 рублей, тогда как в 1940 г. потеряно 30 трудодней на сумму 240 рублей.

Вот статистические данные о заболеваемости малярией (таблица № 2.).

Таблица № 2

Заболеваемость	Годы		1934	1935	1936	1937	1938
Первичная обращаемость .		х.	8734	5250	3864	1225	1178
Из них: свежие заболевания	· .	•	1691	1587	981	281	25
Рецидивы	1.		7043	8663	2883	947	92

И. М. Чепур

Таблица № 1 0 сентябрь Bcero 3a Mecauen aBrycr anpear Населенные пункты 4I.O.I.b Зоны E KOHB Maň 202 1337 9 513 Первая зона Ак-Кудук . 55 2116 113 362 99 421 Милянфан . 43 46 1084 11 86 3 45 3 Кант . 18 165 4 39 115 112 2 Дмитриевка 62 334 60 119 51 82 28 Вторая зона Красная Речка 5 345 42 Ивановка . 30 39 45 -31 187 Н. Покровка 14 32 5 5 7 11 74 Третья зона Предгорные единичные комары Горные колхозы. 81 150 483 2091 1225 208 4306

Количество комаров по контрольным пунктам.

Процентное отношение комаров по контрольным пунктам следующее:

1. An. macul. messae 3876 шт. или 90%/0

2. An. Bifurcatus 388 или 9% 3. An. hyrcanus 42

или

1%

IV. Лет анофелес и характерные биотопы для имаго

Вылет с зимовок А. т.т. наблюдается преимущественно во второй пол. марта (Лобынцева), но в 1938 г. первый вылет замечен 8 марта, в 1940 г.-12 марта. Личинки встречаются всегда в конце марта и исчезают в октябре. Лет на зимовки жирных самок начинается с октября.

П. А. Петрищева эти сроки немного сокращает.

Вопрос по определению количества генераций анофелес сложен. так как трудно заметить границу между ними, она стирается в силу естественного наслоения. (Беклемишев) Наибольшее количество иожет служит Краснореченский канал. Свое начало он берет в селеизжет служи с р. Красная, последняя родникового происхожде-ин пересекает район с востока на запад и впалает в селеили пересекает район с востока на запад и впадает в горную р. иля, перессия и впадает в горную р. норус. Протяжение канала 37 км., орошает 12000 га. По ходу обра-норуся заболоченность фильтрационного характера. Ото ходу обранорус. протименность фильтрационного характера. Отсутствие мос-зуется местах переездов через каналы-арыки велот и стричко р. зуется засотах переездов через каналы-арыки ведет к разбиванию ¹⁰⁸ на образованию заболоченности. Недостаточна и очистка арыков 6) Пруды. Неподвижность воды, незначительная их глубина, не-

6) пристительность—создают хорошие условия для развития личи-большая растительность—создают хорошие условия для развития личи-

в) Мелкая заболоченность. Эта заболоченность создается самим нок Анофелес. в) нем, как то: небольшие карьеры, строительные ямы (выработизселение, копанки при поливе индивидуальных огородов и пр. Все инкроводоемы играют немадоважнико во огородов и пр. Все ка самано, огородов и пр. Все индивидуальных огородов и пр. Все эти микроводоемы играют немаловажную роль в продукции ко-

Заболоченность района не так велика, она составляет 1,05%, но вся она является анофелогенной. Наибольшая роль в продукции ковся она принадлежит рисовым полям, карасукам, заболоченности грун-

товой и от ирригационной сети. Наибольшую заболоченность имеют Ак-Кудук, Милянфан, Ивановка, Красная Речка.

III. Видовой состав анофелес и их распространение по району

Установлены следующие виды: (П. А. Петрищева)

1. 2.	An.	maculipennis	messae typicus
3.	An.	hyrcanus	

Обыкновенный малярийный комар палласов малярийный комар. лесной комар

4. An. Bifurcatus

А. т.т. распространен по району равномерно. Он развивается во всех перечисленных водоемах, избегает только родниковой заболоченности, где температура воды не превышает 16° С.

An. hyrcanus чаще встречается в Милянфане и Ак-Кудуке, где

находятся рисовые поля. An. віfurcatus чаще на Красной Речке, в Ивановке, Канте. где больше садов, древонасаждений и больших камышевых зарослей. Впервые вопрос о подвидах Анофелес по Кантскому району был изучен К. Г. Наумовым. Им установлены следующие подвиды: Ап. maculip. messae, An. macul. typic. и Ап. macul. melanoon (предположение). Преобладающим видом является А.т.т., и наибольшая эпиде-

миологическая роль принадлежит ему. Территория Кантского района с эпидемиологической точки зре-

ния можно разделить на три зоны:

1. От левого берега р. Чу до шоссейной трассы. 2. От шоссейной трассы за левый берег Краснореченского канала.

3. От канала и до Киргизского хребта. Максимум комариной плотности (см. таблицу № 1) наблюдается в июне, июле и августе.

Эпидемиология малярии в Кантском районе И. М. Чепур

1. Общие сведения

Кантский район расположен в восточной части Чуйской долины на территории 1800 кв.км. Границы района: с севера-Казахстан, с на территории 1800 кв.км. Границы рановский и с юга-Киргиз, с востока-Чуйский район, с запада-Ворошиловский и с юга-Киргиз, ский горный хребет. Это сельскохозяйственный район с преоблада нием свекло и рисосеющих колхозов. В районе 24 сельсовета и 65 колхозов, административный центр-Кант.

Топографическая характеристика.

Рельеф района смешанного типа, так как наряду с равниной встре чаются возвышенности (холмы) и углубления (ложбины). Стоянне грунтовых вод на глубине от 1/2 до 3 м, выклинивание их на поверхность наблюдается в той или иной мере в северной части района; образующаяся при этом в феврале, марте и половине апреля заболоченность на протяжении лета в большей своей части исчезает от

II. Характеристика водного фактора-мест выплода Анофелес

Заболоченность района можно разделить на два вида: естественную и искусственную (табл. № 1)

1. Естественная заболоченность

а) Карасуки-образуются из многих горных речек, стекающих в долину реки Чу с Киргизского хребта. Это своеобразные лога, по дну которых собираются и протекают грунтовые воды. Карасуки бывают различных размеров-от 5 до 80 метров ширины и до десятков километров длины, покрыты растительностью. Ход в большинстве случаев зигзагообразный, и на всем своем протяжении они пригодны для выплода Анофелес.

Они плохо доступны для противоличиночной обработки, лишь во второй половине лета они значительно подсыхают и этим облегчаются работы. Эпидемиологическая роль карасуков занимает первое место как с количественной стороны, так и по близости их расположения от населенных пунктов.

б) Горные речки. Воды их стекают также в р. Чу, но значительная часть речек на их пути используется для поливов. Небрежная эксплоатация создает немалую заболоченность, которая и служит местом для выплода Анофелес,

Типичным представителем служит р. Иссык-Ата.

в) Поймы рек. Чу и Красная речка богаты староречьями и низинами, где образуются заболоченности и озера большого анофелогенного значения. Местами наблюдается большое заростание берегов камышами, среди которых есть "окна", дающие немало Анофелес.

г) Торфяные болота-их количество незначительно.

2. Искусственная заболоченность

а) Большая часть заболоченности образуется от ирригационной системы, значительно улучшившейся за годы Советской власти; примером ды о санитарно-профилактических мероприятиях против заражения детей трахомой и острыми глазными заболеваниями. Таких бесед проведено 7.

Выводы:

1. Как по амбулаторному материалу, так и по данным обследования, нами установленно, что на территории Сталинского района в отдельных населенных пунктах, например, Александровском и Чапаевоком с/советах и особенно среди дунганской и татарской национальностей процент трахомы очень высок—10,1°/0, 17°/0, 26°/0.

2. Наибольший процент трахомы среди детского населения.

3. Процент трахомы среди детей в школах не выше найденного при подворном обследовании того же возраста в населении, поэтому школа в отношении заражения трахомой значения не имеет.

4. Источником распространения трахомы является семья и быт. Отсюда и следует начинать оздоровление населения.

5. Острые конъюнктивиты являются спутниками трахомы, усложняющими последнюю и подготовляющими почву для нового заражения, поэтому борьба с конъюнктивитами настоятельно необходима.

6. Отсутствие в ряде мест глазной помощи является тормозящим условием для оздоровления населения района. Возраст потери зрения приведены в табл. 7.

Табл. № 7

			0.000			ванны	Y	1		Возр	раст по	тери з	рения	
Bce	го	B	озра	CT 00	Следо	18	0	-	10	10	-15	-30	30	18
0 11.	2-5	6-1(1-1	6-2	11-3	31-5	Выш	До 1	2	-9	=	16-	21-	31-
27			-	-	10	16	1	3	8	11	-	1	3	1

Среди причин слепоты первое место занимает оспа—58°/0, второе золотуха—10,3°/0, гноетечение новорожденных—6.8°/0, четвертое корь и менингит по 3,4°/0 и на неизвестную этиологию приходится 10.3°/0.

Таким образом, наиболее высокий процент слепоты зарегистрирован от оспы; если принять во внимание наиболее молодой возраст в момент обследования 25 лет, то понятно, что слепота от оспы является наследием старого царского режима.

Этиология слепоты и анатомические изменения глаза при ней, приведены в таблице 8.

Табл. № 8

Этнология	Число слепых	96	Ататом. изменения	Колич.	%
Оспа	17	62,9	Атрофия глаза	31	57
Золотуха	3	11,1	Лейкомы и стафиломы	21	38,
Гноетечение	2	7,4	Анофтальм	1	1,
Корь	1	3,7	Осложненная катаракта	1	1,
Менингит	1	3,7			
Неизвестно	3	11,1			
Итого	27	100		54	100

Лечебно-профилактические мероприятия

В процессе обследования населения все больные, нуждавшиеся в лечении, направлялись нами в амбулаторию, где подвергались повторному лечению, а больные трахомой в необходимых случаях подвергались повторным экспрессиям. Дети детясель, например, селения Петровки и районного детдома, были обследованы два раза, а трахомные подвергнуты в необходимых случаях повторным экспрессиям.

В целях борьбы с трахомой нами в амбулаторных условиях проведена краткая подготовка среднего медперсонала отдаленных медпунктов. Средние медработники являлись в амбулаторию на 3-5 дней, где получали практические навыки и инструктаж по диагностике, лечению трахомы и острых глазных заболеваний. Таким образом прошли практический инструктаж средние медработники с 6 медпунктов (Сретенского, Предтеченского, Советского, Садовского, Коштюбинского и районного местного детского интерната).

Санитарно-профилактическая работа отряда выразилась в разъяснительных беседах по детяслям и площадкам, где проводились бесе-

72

о глазных заболеваниях среди населения Сталинского района в Киргизии 71

В районных детских интернатах средний процент трахомы 6,2%, в раз детдоме инвалидов процент трахомы 3,7%, в районном депричем с средний процент трахомы 3,7%, в районном де-тинтернате средний процент трахомы приближается к таковому де-

тяслей. Среди школьного населения в школах процент трахомы не выше, чем среди того же возраста в населении, что видно из таблицы № 6.

Для выяснения вопроса о наличии трахомы среди приезжего на-

селения нами был проведен частичный отбор приезжих из отдельных селеностей; несмотря на малочисленность этого материала, все же местно вывести некоторые заключения по интересующему нас вопможно Общий процент трахомы среди обследованного населения равен росу. тогда как общий процент среди приезжих до десятилетней 33%, тогда как общий процент среди приезжих до десятилетней давности проживания равен 4,8%. По отдельным областям или республикам этот процент трахомы распределяется следующим образом: среди 190 приезжих из Сибири процент трахомы равен 12,6, среди за из Татарии-11,6%, 190 чел. из Казахстана дали 2.6%, 90 чел. из Алтайского края-31,1%, среди 98 чел. из Украины-1%, 396 чел. из разных областей дали 0,5°/0 и 172 чел. из Узбекистана-0,6,°/0.

Таким образом, исходя из общего процента трахомы среди приезжих, можно сказать, что трахома повышается за счет приезжих.

Прочие глазные заболевания

Среди общего числа прочих глазных заболеваний 2580. Из них острых и подострых конъюнктивитов — 38,6%, катарральных и легких конъюнктивитов 22,3%/0. Общий процент всех конъюнктивитов составляет 61°/0, блефаритов 3.1°/0, фолликулярных конъюнктивитов 2.3°/0, прочие разнообразные заболевания составляют 33,6°/0. Большинство острых конъюнктивитов, так же как и трахомы, падает на долю детского населения; например, по амбулаторным данным из общего числа первичных посещений у детей острых конъюнктивитов 51,7%, тогда как среди взрослых их 21,2%. Таким образом, соотношения острых конъюнктивитов среди взрослых и детей 1:2, 3. По материалам обследования соотношения остаются такими же.

По отдельным населенным пунктам острые конъюнктивиты распространены не в одинаковой мере, например, общий процент конъюнктивитов среди всего обследованного населения равен 3,8°/,, тогда как в сел. Александровке, где население состоит в 50°/о из дунган и где процент трахомы 10,8% - острые конъюнктивиты составляют 7.8%.

Слепота среди населения района

В процессе подворного обследования зарегистрировано слепых на оба глаза 27 чел., что составляет к числу всех обследованных 11 чел. на 10 тысяч. Из них мужчин 16 человек и женщин 11 чел. Слепота устанавливалась нами по принципу Шмидт Римплера, т. е. с остротой зрения не более 1/3 метра. Слепота всех 27 чел. неизлечима.

По национальностям на 9316 чел. украинцев слепых 14 чел. или 15 чел. на 10 тысяч, на 8176 чел. русских слепых 12 или 14 чел. на 10 тысяч и на 76 чел. татар слепых один.

Общая численность обследованных детей в детяслях и детпло. щадках равна 426. Среди них обнаружено трахомы 38 или 8.45°/о. Об. щая численность детей в школах 3315 чел., из коих больных трахо. мой 57 или 1.7°/о.

Результат обследования детских возрастных групп у населения, а также в детских учреждениях и школах представлены в таблицах 5 и 6.

. 6	5		
 a	U.I	No	
		JVo	-1

			C	реди	насе	лени	я	1.1				Дe	тскі	ie y	учре	Клен		_
				Возр	аст	0-7			-		-			0-	-7	ACH	RH	-
Название местности	числ. обсл.	Числ. трах.	%	чилс. обсл.	числ. трах.	%	числ. обсл.	числ. трах.	%	числ. обсл.	числ. трах.	96	числ. обсл.	числ. трах.	96	числ. обсл.	WRCA. TPAK.	
Sec. 2		0-1	1		2-3		4-7			1	0-1	1		2-3		4-7	10	-
с. Сталинск.	336	-	0	539	10	1,8	700	15	2,1	13	1	7,6	31	5	16,1	178	12	1-
с. Александ- ровское	132	4	3.03	191	5	2,6	238	19	7,9		-	-	-	-	-	-	-	6,
. Петровка	73	0	0	205	5	2,4	217	8	3,7	8	0	0	28	3	10,7	25	4	16
с. с. Чапаев- ский	58	3	5.1	85	10	11,7	118	14	11,8	-	-	-	-	-	-	-	-	- 10
. Сретенка	68	0	0	142	9	6,3	161	11	6,8	0	0	0	56	8	14,2	49	5	10,
Итого	667	7	1.04	1162	39	3,3	1434	67	4.6	36	1	2.7	127	16	12.6	263	121	17.

Таблица № 6

	0	Эбсле.	дова	ние на	селени	я		06c.	ледов	ано ш	кол	-
Название местности	Возраст	г от 8-	-15	Возра	ст от 1	6-20	Млад к.	. и ср	ед.	Старш	не кла	ссы
	Числ. обсл.	Кол. трах.	%	Числ. обсл.	Кол. трах.	%	Чиса. обсл.	кол. трах.	96	числ. обсл.	Кол. трак	%
с. Сталинское	1696	19	1,6	849	6	0,7	1974	22	1,1	426	2	0,4
с. Александровское	494	28	5,6	263	8	3,04	-	4	_	_	2	_
с. Петровка	558	3	0,5	217	1	0,4	719	12	1,6	109	_	-
с. Сретенка	849	25	2,9	170	1	0,5	538	17	3,1	70	_	-
с. с. Чапаевский	200	11	5,5	105	3	2,8	84	4	4.7	2	-	-
Итого	3797	86	2,2	1604	19	1,1	3315	55	1,6	607	2	0,3

Из сравнительных данных таблицы 5 видно, что общий процент трахомы в детских учреждениях значительно выше, чем среди того же возраста в населении; например, среди детей в населении трахомы 2,05%, тогда как в детских учреждениях она составляет в среднем 8,45% (отношение 1: 4). О глазных заболеваниях среди населения Сталинского района в Киргизии б

По отдельным населенным пунктам процент трахомы колеблется в значительных пределах. По отдельным национальностям, согласно таблицы 3, эти колебания еще более значительны. В Александровке процент трахомы 5,6%, среди же дунганского населения этого села процент ее равен 10,1%. В населенных пунктах Чапаевского с/совета общий процент трахомы равен 5.4%, тогда как в колхозе Хун-Хан того же с/совета среди дунган процент трахомы доходит до 17%, среди 34 чел. татарских семейств трахомы 26.4%.

Трахома среди от чел. натарских ссисисть гранением дореволютрахома среди дунган является массовым наследием дореволюционного гнета и отсутствия в то время врачебно-офталмологической помощи.

Группа татарского населения, состоящая из нескольких семейств, приехала в колхоз из Куйбышевской и Чкаловской областей для сезонных работ.

Распространение трахомы по возрастам приведено в таб. № 4.

							2.5	
Возраст	Всего обсле- довано		I	II	ш	IV	Bcero	% среди дан- ного возраста
0-1	703	2	6	- 1	-1	-	8	`1,1
0—1 2—3	1289	6	41	8	-	-	55	4,1
	1697	9	51	15	2	r	88	5,2
4-7 8-15	7150	16	86	33	11	3	149	2,1
8-13 16-20	2262	-	3	6	6	6	21	0,9
21-30	2202	3	3	10	19	12	47	2,1
31-50	3727	-	2	9	28	23	62	1.6
		-	-	5	15	41	61	3,7
51 и старше		96	202	86	81	86 1	491	-
Всего % ко всей трахоме	20740	36 7,3	41,1	17,5	16,4	17,5		And Street

Среди возрастных групп общий процент трахомы не высок, но среди детского населения процент ее значительно выше, например, среди взрослого населения найдено трахомы 1,8%, а среди детского среди взрослого населения найдено трахомы 1,8%, а среди детского 2,9%, т. е. соотношение трахомы у взрослых и детей равно 1:1,6.

5

Здесь, как и в амбулаторном материале, первая стадия трахомы более захватывает детский возраст. Вторая стадия переходит от детского к юношескому возрасту. Последующие стадии распространены больше среди зрелого и пожилого возрастов.

оольше среди эремого и полито в обследовательского ма-Таким образом, данные амбулаторного и обследовательского материала подчеркивают наибольшую уязвимость трахомой первой стадии детского населения.

Обследование детских учреждений и школ

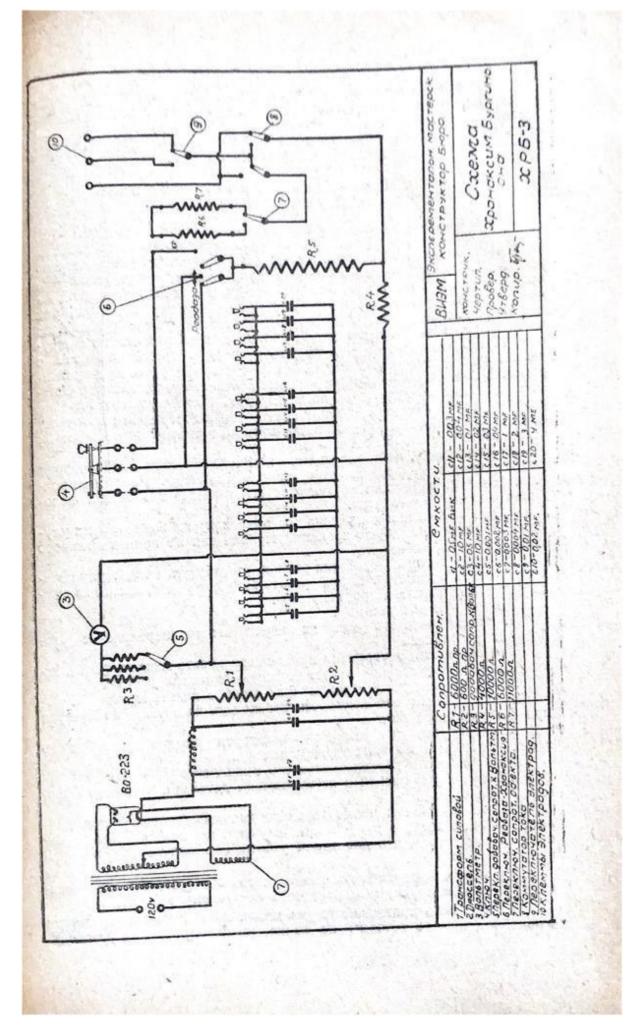
Для выяснения вопроса о распространении трахомы среди детских учреждений и школ Сталинского р-на и сравнения с данными тех же возрастных групп, найденными при подворном обследовании, нами все детское население распределено на отдельные возрастные группы: грудной возраст от 0 до 1 года, ясельный от 2-х до 3-х лет, дошкольный от 4 до 7 лет, младший школьный от 8 до 15 лет и старший школьный или юношеский от 16 до 20 лет.

69

Табл. № 4

Название пуни	ста		1	п	ш	IV	v	VI	vii.	VIII	IX	x	XI	x11
Кагановичский . Базар-Курганск.			-	-	5	-	1	2	1	-	2	2	-	4
Пржевальск. Сазановка Калининский	÷	:	42	$\frac{1}{3}$	$\begin{array}{c} 2\\ 12\\ 3\end{array}$	$\frac{2}{3}$ 26	$1 \\ 12 \\ 30$	2 11 10	2 7 8 5		1 2 10 22		3	11
Ош			1	4	10	9	18	6	5	26	22	36	45	-

Обращаемость населения на пастеровские пункты по месяца



виях К=4, а поэтому для нашего прибора имеет место соотношение Т (в сигмах)=4С (в микрофарадах). Если, к примеру С=0,025 мик, рофарад, то время разряда=0,1 сигмы.

рофарад, то время разряда о, г силам. Внешняя цепь, через которую мы производим разряд, должна, следовательно, оставаться постоянной. Это условие, вообще говоря, не выполнимо, т. к. объекты исследования имеют различное сопротивление. Кроме того, даже один и тот же объект меняет свое сопротивление. Кроме того, даже один и тот же объект меняет свое сопротивление в довольно больших размерах в продолжении опыта. Если работать над живым объектом, то сопротивление зависит от прилива или отлива крови, от ряда биологических и химических воздействийи т. п. На изолированной ткани оно зависит от среды, температуры, влажности и пр.

Но если собрать подходящий ряд сопротивлений последовательных и параллельных к объекту и раздражать его через эти сопротивления, то можно добиться того, что даже при значительном изменении сопротивления объекта исследования, комбинированное сопротивление испытывает незначительное изменение. Комбинация этих дополнительных сопротивлений называется шунтом.

В нашем приборе применен шунт Бургиньона (рис. 2 № 14 по 18). Вычисления показывают, что при изменении сопротивления объекта даже в 5 раз, комбинированное сопротивление изменится не больше чем на 20%/0, что в биологических измерениях не внесет ошибки, способной извратить результат исследования. В хронаксиметре ВИЭМ'а выбран тот же шунт. Но многие пользуются часто и другими шунтами, которые тоже дают хорошие результаты. Все предыдущие рассуждения правильны лишь при отсутствии в цепи самоиндукции. Последняя в большой степени извратит все результаты. Тут необходимо искусство инженера, его навык и внимательность, чтобы 1) построить сопротивления с наименьшей самоиндукцией, 2) расположить сопротивление так, чтобы остаточная самоиндукция в них вычиталась, а не складывалась, 3) чтобы схема соединительной проводки не добавляла самоиндукции к системе. Это достигается удачным подбором, расположением и соединением всех деталей. От этого зависит хорошая работа прибора. Нам трудно сравнить выполнение нашего хронаксиметра в этом отношении с полученным от ВИЭМ'а. Мы не смогли изучить его детально, не нарушив целости прибора. Но компентенция мастерских ВИЭМ гарантирует, что он выполнен хорошо. Система конденсаторов (8) выбрана нами так, чтобы иметь возможность образования всех значений емкости от 0,001 микроф. до 11, т. е. от 0,004 сигм до 44. Этот диапазон достаточен для всех биологических объектов практически встречающихся в практике исследования и работе практикующего врача. И в нашем хронаксиметре и хронаксиметре ВИЭМ'а взят тот же диапозон. Но выполнение их различно. В нашем хронаксиметре мы, отказываясь от некоторой экономии в числе конденсаторов, предпочли упростить схему, прибавляя каждый раз новый конденсатор при переходе от одной к следующей единице, например 0.625микроф. образуется у нас из шести конденсаторов 0,1, двух-0,01 и пяти-0.001 микроф.В Виэмовском же приборе 0,625 микроф. образуется ся из 1 конденсатора 0,4, одного-0,2, одного-0,02, одного 0,004 и одного 0,001 микроф; следовательно, в ВИЭМовском хронаксиметре число типов конденсатора больше, но число самых конденсаторов меньше. В нашем-число конденсаторов больше, но типов всего 4. Кроме того, схема наша получается значительно проще, чем Виэмовская, что мы рассматриваем как большое преимущество нашего хронаксиметра.

Большую роль играет качество конденсаторов. Необходимо иметь их без электрического гистерезиса и точно калибрированные. Разрешение

Хронаксия и хронаксиметр

не имеет. Наш вольтметр (№ 12), имеющий шкалу с 150 делениями, дает возможность отсчета 0,02 вольта без интерполяции. С интерпо-ляцией можно легко читать и 0,005 вольта (1/4 деления). Потенциометр имеет нониус для точной подстройки напряжения при реобазе н хронаксии.

II-я часть. Реобаза

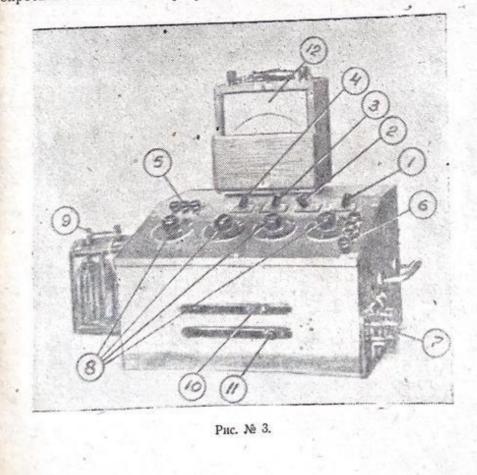
Она измеряется вольтметром и посредством изменения положения движков потенциометра (№ 10) и нонниуса (№ 11) доводится до нужной величины.

III-я часть. Хронаксия

Теория разряда конденсатора учит, что продолжительность разряда пропорциональна величине емкости его, пропорциональна сопротивлению внешней цепи, через которую производится разряд и, наконец, коэфициенту пропорциональности, зависящему от выбранных единиц измерения времени, емкости и сопротивления.

Это выражается соотношением:

Т=КСК, где Т-время разряда конденсатора, С-емкость его, R-сопротивление, а К-коэфициент пропорциональности. Если мы сделаем R постоянным, т. е. будет разряжать конденсатор через одно и то же сопротивление, то это формула примет вид Т-КС, где Т и С означают то же, что в предыдущей формуле, а К-постоянная величина, зависящая от сопротивления цепи разряда, выбора единиц измерения емкости и времени. В нашем приборе время измеряется в сигмах, т. е. в тысячных долях секунды, емкость в микрофарадах, сопротивление же цепи разряда подобрано так, что при этих усло-



Page 21 of 91

93

тому прибору, на котором он будет работать. При исследовательской работе можно пользоваться как хронаксией живых объектов иссле. дования, так и отпрепарированных.

Переходим к описанию хронаксиметра.

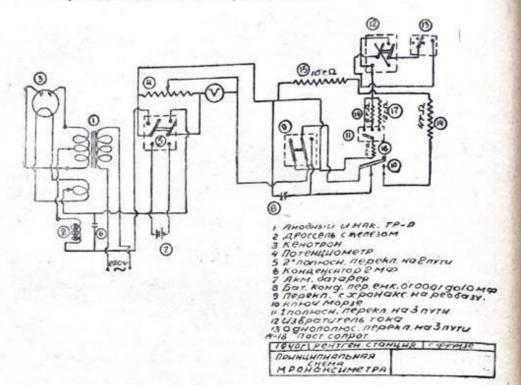


Рис. № 2.

Описание его можно разбить на следующие 4 части: 1 часть-питание, 2 часть-определение реобазы, 3 часть-измерение хронаксии, 4 часть-передача возбуждения на изучаемый объект.

Все эти части могут быть чрезвычайно разнообразно выполнены. Мы ниже описываем тот прибор, который выполненен в мастерских Биофизической лаборатории при Рентгенстанции г. Фрунзе. Этот прибор теоретически мало отличается от прибора, изготовленного впервые в СССР в экспериментальных мастерских ВИЭМ. Мы укажем разницу обеих приборов.

1. Питание.

Эта часть состоит из кенотронного выпрямителя. Выпрямленное напряжения его подается на потенциометр, с которого и снимается напряжение, необходимое для измерения реобазы и хронаксии. В зависимости от назначения, диапазон напряжения меняется. Для изучения хронаксии человека необходимо, примерно, от 150 до 300 вольт. При работе над препаратами лягушки от 3 вольт. В нашем хронаксиметре предусмотрен переключатель, дающий возможность переходить с питания потенциометра от выпрямителя (15-300 вольт) на питание от батареи (3-15 вольт).

Для точности отсчета вольтметр должен иметь несколько шкал. Наш имеет шкалы на 3,15,75 и 300 вольт. Прибор ВИЭМ, который расчитан для работы только над человеком, 3-х вольтовой шкалы

Хронаксия и хронаксиметр

Цель этой статьи не предполагает подробного разбора теоретических взглядов, которые господствуют в ведущих кругах современных физиологов по вопросу о том, как наиболее полно характеризовать аггрегат мышца-нерв. Это завело бы слишком далеко, но несколько слов, необходимых для ясного понимания хронаксии, мне приходится сказать. Кривая, о которой идет речь в этой статье, т. е. зависимость силы тока от продолжительности воздействия его для вызова ответной реакции (англичане называют ee strengh duration eвne) вполне описывает физиологическое состояние аггрегата.

С этим согласны все физиологи, но расхождение мнений касается характера и формы этой кривой. Ляпик, Бургиньон, Уфлянд, Марков и некоторые наши соотечественники считают, что кривая имеет характер достаточно близко подходящий к гиперболе, которая нмеет своими ассимптомами, как уже сказано выше, ось силы тока и ось реобазы. В таком случае, как учит аналитическая геометрия, одна дополнительная точка полностью определяет нашу кривую. Если выбрать ту точку, где сила тока=двойной реобазе, а время (по определению)-хронаксии, то эта линия становится вполне определенной. Ее уравнение будет цf=ах+ав. Точка эта выбрана Ляпиком из следующих соображений:

1) При двойной реобазе кривая имеет не слишком резкую крутизну.

2) Эта область кривой чаще всего интересует.

3) Соотношение 2 между реобазой и напряжением выбранной. точки очень простое, что представляет тоже удобство.

Если мы прибором смеряем сначала реобазу, а затем время, необходимое для ответной реакции при силе тока-двойной реобазе, т. е. хронаксию, то состояние нашего аггрегата будет полностьюопределено.

По мнению других, эта кривая имеет гораздо более сложный характер и может быть описана лишь тремя кривыми 2-й степени. Это означает, что одной точкой всю кривую нельзя определить, что форма ее зависит от целого ряда условий.

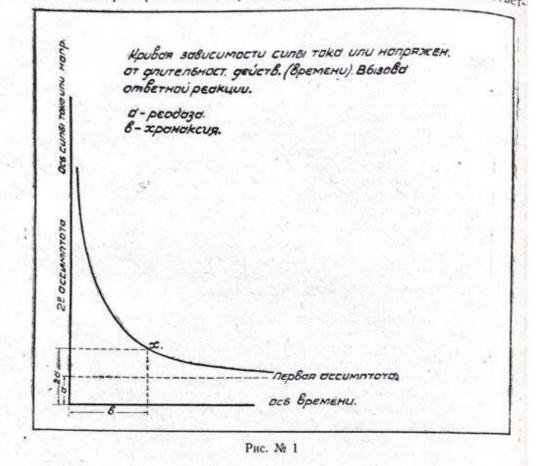
Но даже приняв вторую точку зрения, все же определение хронаксии дает очень много характеристического в состоянии изучаемогоаггрегата. Читатели, которые заинтересуются подробностями теории возбудимости, найдут в прилагаемом списке литературы материал поэтому вопросу.

Приведу здесь выдержку из резюме доклада Бургиньона о значении хронаксии: "Единственно реальной мерой возбудимостям является хронаксия". "Хронаксия позволила открыть важные законы нормальной и патологической физиологии, которые проливают свет на функционирование нервной системы".

"С точки зрения практической, хронаксия дает точную меру функционального состояния мышц и нервов. Она нам позволяет точно следить за эволюцией патологических процессов, судить о продуктивности терапии, ставить прогностику".

Нормы хронаксин для главных нервов и мышц человека можнонайти в книге проф. Маркова "Клиническая хронаксиметрия". Данные его мало отличаются от норм, выведенных Бургиньоном. Там же можно найти топографию расположения двигательных точек главных нервов и мышц человека. Но врач, специалист, который будет работать с хроноксиметром, составит свою совственную таблицу норм тех органов, которые его занимают и которой он с большим успехом будет пользоватся, так как она будет полностью соответствовать тока меньше этой ни при какой длительности действия ответной реакции не вызывает. Эта величина названа порогом раздражения или реабазой.

Второй ассимптотой служит ось силы тока. Таким образом, водреки мнению Дюбуа-Реймона (З-й закон) очень большая сила тока даже при кратчайшем промежутке времени тоже вызовет ответ-



ную реакцию. Сила же тока между реабазой и бесконечностью требует вполне определенную длительность действия для ответной реакции. Кривая (гипербола) силы тока и продолжительности характеризует биологическое состояние всякого аггрегата мышца-нерв. Но манипуляция с кривой крайне неудобна. Снятие такой кривой требует много времени. Ляпик, Бургиньон и др. ученые ввели новую единицу, - хронаксию, котороя полностью заменяет эту кривую. Они назвали хронаксией время, потребное для возбуждения аггрегата при силе тока, равной удвоенной реобазе. Таким образом, физиологическое состояние какой угодно мышцы и связанного с ней нерва определяется двумя величинами: во-первых, минимальной силой тока или напряжения, необходимой для возбуждения аггрегата при большой длительности действия, т.е. постоянным гальваническим током. Эту величину назвали реобазой, и измеряется она или в амперах или в вольтах. Второе-временем необходимым для возбуждения системы при силе тока или напряжения, равной удвоенной реобазе. Эта величина названа-хронаксией и измеряется она тысячными секунды или сигмами.

90

Page 24 of 91

Хронаксия и хронаксиметр

(опыт освоения хронаксиметра в Киргизии)

Инж. С. И. Рамм

Целью этой статьи является ознакомление читателей "С.З.К." с новым прибором, который в последние годы стал играть большую роль в медицине-хронаксиметром-и с экземпляром ero, построенным в Киргизии, в мастерских Биофизической лаборатории Республиканской рентгеновской станции.

Кратко мне придется коснуться и хронаксиметрии, того, что она представляет собою, зачем она нужна, как ею может пользоваться врач при днагностике и при научно-исследовательской работе.

Начиная с половины прошлого века, биологи заинтересовались вопросом возбудимости живой ткани, ее способности реагировать на раздражение (сокращения). Изучалось раздражение самого разнообразного вида, как-то: механическое, химическое, тепловое. Из всех видов раздражения выделилось на первый план электровозбуждение, как наиболее удобное, наиболее легко поддающееся подсчету и изучению.

Блестящие работы Гальвани, Вольта, Пристлея и других подготовили почву для работ великого физиолога Дюбуа-Реймона, который разработал всю теорию и практику электро-физиологии XIX века. Вся выработанная им методика, катушка его имени, миографическая запись результатов и прочее остаются актуальными до нашего времени.

Законы, которые установил Дюбуа-Рейман, а именно:

1. раздражение вызывается исключительно изменением силы тока, а не абсолютной величиной его;

2. изменение тем сильнее действует, чем скорее оно происходит; 3. время прохождения тока, т. е количество электричества не

играет в процессе раздражения никакой роли;

были вполне правильны и точны для того времени, когда время измерялось достаточно большими интервалами.

Самый меньший измеряемый промежуток времени был тогда интервал нажатия ключа, т. е. приблизительно 0,005 секунды. Даль-нейшие работы Ф и н к а, В е й с а и др. с более усовершенствованной аппаратурой: пистолетом Вейса, конденсаторными разрядами, доказали, что законы. Дюбуа-Реймона правильны лишь для достаточно больших промежутков времени. Проф. Вейсом были установлены новые законы, охватывающие законы Дюбуа-Реймона и расширяющие все наши представления о механизме возбуждения аггрегата мышца-нерв. Эти новые законы установили, что если работать с продолжительностью раздражения в 100-1000 раз меньше, чем Дюбуа-Реймон, то ответная реакция зависит от продолжительности прохождения тока и эта зависимость представляется геометрически в виде гиперболы, одной ассимптотой, которой будет линия параллельная осн времени на некотором расстоянии "а" от нее (рис. 1).

Это расстояние и есть минимальная сила тока, которая при достаточной длительности действия вызовет ответную реакцию. Сила же ди не принимавших прививки 8 случаев, среди принявших антирабические прививки 2 случая.

1. В 1931 году погиб Кравченко Иван, 10 лет, из крестьян. Укушен неизвестной собакой за левое предплечье и правую кисть. Описание ран: две глубокие круглые раны, достигающие мышц на, левом предплечье и несколько поверхностных ссадин на тыле правой кисти. Прижигания ран не было. Укушен 3/Х—31 года. Явился на прявняки через 3 дня после укуса. После двух прививок лечение было самовольно прервано. Через 53 дня после укуса погиб при явлениях гидрофобии. П. В 1932 году погиб Бекчантай Чагай. 36 лет. киргиз. скотовод. Укушен беше-

11. В 1932 году погиб Бекчантай Чагай, 36 лет, киргиз, скотовод. Укушен бешеным волком категории А. Описание ран: на верхней губе рваная рана длиной 6 см. две линейных раны на правой щеке, две глубокие рваные раны 7×3 см. на правой кисти. Прижигания ран не было. Явился на прививки 31/ПП на 6-ой день после укукисти, прижитания ран не обло. явился на прививки 31/111 на 6-ои день после уку-са. Принял 16 прививок из 30 назначенных, самовольно прервал прививки на неде-лю, явился вновь и сделано 7 прививок. 28/IV заболел и 30/IV погиб при явлениях бешенства. Заболевание наступило на 32-й день после укуса. III. В 1937 году погиб Кулаев В. С., 55 лет, музыкант. Укушен собственной соба-кой категории В. которая затем сбежала. Описание ран с дерей икры вырван кусок

кой категории В, которая затем сбежала. Описание ран: с левой икры вырван кусок мышц величиной 8×4 см. и несколько поверхностных ссадин на тыле правой кисти. Явился на пастеровскую станцию через 7 дней после укуса с рожистым воспалени-ем ран. Направлен в хирургическое отделение, где продолжали делать прививки. После того как был выписан из хирургического отделения,4 дня не являлся на пастеровскую станцию. Всего было сделано 30 прививок. На протяжении всего курса лечения ежедневно и в большом количестве злоупотребления алкоголем. 17/XI заболел и 20/ХІ погиб при явлениях гидрофобии. Заболевание наступило на 45 день после

Укуса. IV. В 1938 году погибла Пенчич А. Ф., 43 лет. Доставлена на пастеровскую станцию 9/VIII—38 г. с явлениями гидрофобии, аэрофобии и резко возбужденного состояния. Темп. 38°. Больная направлена в инфекционное отделение и 12/VIII по-гибла при явлениях бешенства. Со слов матери погибшей, последняя "ощипала ку-гибла при явлениях общенства. Со слов матери погибшей, последняя "ощипала ку-гибла при явлениях общенства. рицу, покусанную собакой, которая затем сбежала". На кистях были ссадины. Анти-рабических прививок не принимала. Спустя 4 месяца-повышение т-ры, бессоница,

Еще 3 случая смерти от бешенства были в районах среди не прививавшихся. Канта в V. В 1939 году погибла Башкеева Д., 66 лет, киргизка. Доставлена из Канта в инфекционное отделение в резко возбужденном состоянии с явлениями гидрофобии. 19/Х-умерла. Погибшая в начале октября была покусана собакой. Рану лечили в

амбулатории. Прививок не принимала. VI. В 1939 году погибла девочка 11 лет, при явлениях гидрофобни. Со двора сбежала собака, с которой раньше девочка соприкасалась и "бегала по двору босая".

Через три месяца заболела и умерла в Токмакской больнице. VII. В 1939 году погиб мужчина 25 лет, покусанный неизвестной собакой за мизинец левой кисти. Прививок не принимал. Был направлен в Алма-Ата с явления-

ми резкого возбуждения, где наступила смерть от бешенства. Примечание: не все случаи заболевания гидрофобней зарегистрированы на пастеровской станции, и приведенный материал не является полным.

Пастеровские пункты в районах.

До 1398 года пастеровских пунктов не было, и антирабические прививки по мере необходимости проводились при райамбулаториях. С 1938 года организованы пастеровские пункты в 19 районах,

число которых дошло до 25 в 1939 году.

одство антирабической вакцины по годам: Прои

изв	одстве	, uninper				1.				1	26 кгр.
D	1038 F.	изготовлено				•	•		-	1.1	24
D	1007		1			1000				•	00
	1937		10	31	125						92 .
	1938		*S.					22.			197 "
1	1939			•			1.1	1.16			220 .
	1040					•	•			•	

В районы было отправлено следующее количество антирабической

вакцины:

												3,0	4.	
I	3 1936	г.				*.		•		36.		6.2	100	
1	1937	320	12	12	1.0						. *	32,2	1.1	
1								100	•		•			
- 14	, 1938							1				46,3	10	
	1939						- A.	10				51.1		
	1940	10						•			1.00	1.25	0.0	

Р. М. Муминова

Месяцы	1928	1929	1930	1931	1932	1933	1934	1935	1936	1937	1938	1939	Bcer
Январь Февраль Март Апрель Май Июнь Июнь Июнь Август Сентябрь Октябрь Ноябрь	36 50 48 39 69 75 58 70 29 32 52 52 45	30 48 26 50 40 27 17 22 1 41 28 5	75 34 29 41 37 58 40 32 32 19 16 15	$12 \\ 16 \\ 22 \\ 17 \\ 36 \\ 37 \\ 38 \\ 17 \\ 26 \\ 9 \\ 22 \\ 3 \\ 3 \\ 22 \\ 3 \\ 3 \\ 3 \\ 3 \\ 3 \\$	20 19 22 27 13 10 4 2 3 7 9	$ \begin{array}{r} 6 \\ 2 \\ 5 \\ 12 \\ 2 \\ 5 \\ 1 \\ 5 \\ 24 \\ 6 \\ 11 \\ \end{array} $	$3 \\ 25 \\ 15 \\ 32 \\ 39 \\ 11 \\ 40 \\ 25 \\ 20 \\ 18 \\ 20 \\ 34 $	$ \begin{array}{r} 19 \\ 11 \\ 26 \\ 6 \\ 11 \\ 15 \\ 16 \\ 36 \\ 18 \\ 25 \\ 18 \\ 37 \\ \end{array} $	$ \begin{array}{c c} 9 \\ 14 \\ 31 \\ 9 \\ 16 \\ 8 \\ 12 \\ 48 \\ 31 \\ 26 \\ 46 \\ 15 \\ \end{array} $	70 39 58 76 44 20 15 22 24 4 2 13	45 13 24 28 51 25 48 90 40 58 19 10	53 15 47 34 93 94 55 60 18 45 38 86	378 286 353 371 451 385 344 431 246 304 274 283

Движение прививавшихся по месяцам:

Распределение прививавшихся по месту укуса

Место укуса	1928	1929	1930	1931	1932	1933	1934	1935	1936	1937	1938	1939	Bcero
Голован лицо	1	5	2	5	2	5	5	6	6	12	5	12	66
Верхи, ко-	184	64	92	42	39	19	61	45	55	86	66	78	831
Туловище.	37	7	8	7	3	1	8	1	1	4	3	4	84
Нижн. ко- нечн	122	50	61	82	53	27	66	43	23	57	42	58	684

Примечание: Учитывались только покусанные.

Вид покусавшего животного

Вид животного	1928	1929	1930	1931	1932	1933	1934	1935	1936	1937	1938	1939	Bcero	96 96
Собака Кошка Корова Лошадь	336 5 1	122 1 1 1	157 2 	136	92 2 2	51	138	92	84 1 	155 3 1	110 5 1	146 4 2	1619 23 13	97,3 1,4 0,8
Волк	-	-	3	-	-		-	-	-	2	=	=	3	0,1 0,15
Свинья Суслик	2	1	1	-	1	-	-	=	=	-	=	-	4	0,2

По категориям укусов материал распределяется:

По категории А (найдены тельца Негри) -20,5%

По категории В (бешенство установленно по клиническ. картине)

-41,8%/0 По категории С (бешенство подозревалось или животное скрылось) -27,7%

Осложнение после антирабических прививок.

В 1931 году зарегистрирован 1 случай пареза лицевого нерва, закончившийся полным выздоровлением. (Точных сведений нет, т.к. случай произошел в одном из пунктов).

Случаев смерти от гидрофобии за 12 лет зарегистрировано сре-

Отчет Фрунзенской пастеровской станции за 12 лет

		Bcerc		Закон пол	чили ный	П _р	оервал въше с	и при назна рока	нвивкі ченної	H TO	Из чи чивши	сла з их пр ки	акон- ивив-
Годы		обратн лосъ		курс вив	and and	ока	вотное залос ровым	ып	иоволи или родела 1 курс	ан]	кушен ных		цюнен ных
1928 1929 1930 1931 1932 1933 1934 1935 1936 1937 1938 1939	1	835 4 518 535 433 323 213 408 392 684 009 846 049	ел.	33 42 14 22 14 22 22 20			35 32 43 38 37 13 25 12 81 77 75 57		197 150 66 142 143 116 101 142 338 545 320 354		344 126 163 136 97 52 140 95 85 159 116 152		259 209 265 119 43 32 142 143 180 228 335 486
icero 3a 12 J		245 Расп	реде	410 лени		1.00	525 авши	хся	2614 по п	олу	1665	2	441
		1		Г	0	д	ы	-		2	1	1	1
Пол	1928	1929	1930	1931	1932	1933	1934	1935	1936	1937	1938	1939	96 96
Мужч. Женщ.	603	335	428	128 127	77 63	52 32	126 156	114 126	129 136	164 223	213 238	298 340	47,5 52,5
		Из	них Ј	цетей	от 0 .	до 15	лет о	боего	пола:				114
Детей	190	123	150	100	34	37	128	98	113	163	180	261	57,0
	По с	рока	и яв	ки п	риви	вавш	неся	paci	преде	слял	ись:		1
		B I-10	неде	.110		Bo II	-ю не	делю		1.000	III-10 1		100
Годы		бщее исло		в %%		общее число		в %	%	обц	по	В	96 96
1928 1929 1930 1931 1932 1933 1934 1935 1936 1937 1938 1939		363 211 289 220 120 72 242 193 224 342 351 506		60,2 63,0 70,0 86,9 85,7 85,5 86,2 81,1 84,5 88,4 77,9 79,2		151 106 93 20 14 8 35 38 30 36 72 88		25.3 31.0 20.0 9.1 10.0 9.1 12.1 16.0 11., 9.1 15.9 13.0	6 0 2 0 7 4 0 3 3 9		89 18 46 10 6 4 5 7 11 9 28 44	1	4,6 5,4 0,0 3,9 4,3 4,8 1,4 2,9 4,2 2,3 6,2 7,0

Отчет Фрунзенской пастеровской станции за 12 лет (1928—1939 г.)

Зав. отделением Р. М. Муминова

Фрунзенская пастеровская станция была открыта в 1927 г. при Центральной санитарно-бактериологической лаборатории, а с 1938 го. да является отделом Киргизского санитарно-бактериологического института.

До 1938 года прививки против бешейства производились в г. Фрунзе и, по мере необходимости, в городах Пржевальске, Ток. маке, в селах—Канте, Калининском, Сталинском. Население отдаленных местностей не имело возможности своевременно получать антирабические прививки. Только с момента децентрализации антирабических прививок и с открытием пастеровских пунктов в целом ряде районов Киргизии дело оказания помощи ўкушенным получило более правильное разрешение.

В связи с децентрализацией, пастеровская станция освоила изготовление антирабической вакцины типа Ферми, предназначенной для снабжения районов. Вакцина Ферми выпускается в готовом для употребления виде.

Краткие данные об изготовлении антирабической вакцины

Производственный штамм вирус Фикс получен из Москвы н Ташкента (Куйбышевский), сохраняется в глицерине на льду. Продолговатый мозг кролика, погибшего от пассажного бешенства, растирается, и одна капля вирус Фикс вводится под твердую мозговую оболочку здорового кролика. По истечении 6-7 дней, при полных параличах, кролик обескровливается и освобождается от шкурки. Для изготовления антирабической вакцины берется головной и спинной мозг, которые помещаются в банку с притертой пробкой и с бусами. Мозг при помощи встряхивания с бусами доводится до кашецеобразного состояния, приливается разводящая жидкость-75% глицерин или 1º/o фенол на физиологическом растворе, после чего взвесь мозговой ткани фильтруется, и полученная антирабическая вакцина хранится на льду. Продолговатый мозг помещается в глицерин и служит материалом для следующего пассажа. Кусочки мозга и вакцина проверяются на стерильность. После разлива вакцина еще раз проверяется на стерильность на производстве и в местной контрольной лаборатории на стерильность и безвредность и только после этого вакцина поступает в употребление. Каждая серия контролируется в Центральном Государственном научно-контрольном институте.

Эпидемиология малярии в Кантском районе

yp	1	2 1	ryp	3 1	yp	4 1	turn 1			_		ица Ј	₩ 9
		39	40	39			yp	51	vp	6	ryp	7 1	ур
40		09	40	39	40	39	40	39	40	39	40	39	40
86,8	33	71,07	93,89	73,5	92,7	98	94,4	87	95,2	92	91,64	89.8	95,
ур		9	тур	10	10 тур		тур	1					001
40)	39	40	39	40	39	40	-	сред	н. ги	1.5	-	
-	.0	00 00	06 90	00.00			1	1	39		40		
95,	58	98,82	96,82	96,90		99,2	-		91 %		94,13%		

Профилактическая акрихинизация

Таблица № 10.

1937 r.	1938 г.	1939 г.	1940 г.
51 ч.	2735 у.	323 3 ч.	2084 ч.

Так, например, за последние 2 года распространено 2236 пологов, засетчено 500 кв. метров. Все же эти цифры недостаточны. Профилактическая акрихинизация (табл. № 10) занимает большое место в работе малярстанции. Она проводилась с мая до 15 октября, главным образом, среди населения, живущего около водоемов, в колхозных станах, бригадах поливщиков. В снижении заболеваемости профилактика играет немаловажную роль, так, например: по Димитриевскому малярпункту было на профилактике 420 чел., из них на протяжении эпидемического сезона ни один человек не заболел, а нз 420 непрофилактируемых заболело 4. Факт ясен.

К мероприятиям государственного и общественного порядка относятся постановления об обязательной регистрации маляриков, о строительстве ирригационной сети, осушка местности, санитарно-просветительная работа и др.

В качестве мероприятий по уничтожению возбудителя заболеваний нами проводилось обследование населения для выявления маляриков, систематическое лечение их, а также неоднократное противорецидивное лечение как обнаруживаемых при обследовании, так и регистривное лечение как обнаруживаемых при обследовании, так и регистрируемых в лечебных учреждениях. Систематическое и противорецидивное лечение позволило свести до минимума число паразитоносителей. числа личинок Анофелес. Борьба с личинками заключалась в их ликвидации в местах выплода. Первое место в личиночно истреби тельной работе принадлежит авиахимическому методу (А. Х. М)_ второе наземной отработке парижской зеленью и суспензией ее в керосине. (таб. № 8)

Сводная обработка водоемов

Таблица № 8

Месяцы	Апр	ель	М	ай	Ию	нь	Ик	Ль
Годы	39	40	39	40	39	40	39	40
Занефтевано Опылено наземно. Обработано сус- пензией Обработано само-	24,9 5,4 		8,67 81,81	0,02 26,52 36,25	19,54 216,14 —	0,22 19,02 103,77	4,27 129,8 —	0,8 1169,63 110,30
летом			366,1	132,3 Сент	1650,92	2681,78	2350,77 Bcero	3956,6
Месяцы годы	39		40	39	40	39		40
Занефтевано	6,9	90	3,57	4,85	1,37	81,3	5	11,41
Опылено наземно Обработано сус- пензией	- 54,		00,67 54,72	189,23	116,27 45,97	27939,8	9	532,13 351,07
Обработано само-			80,95	1217,27		9092,4	8 1	10681,65

В Кантской малярстанции в 1940 г. для ручной обработки начали применять суспензию парижской зелени в керосине. Из наблюдений этого года можно смело сказать, что этот метод найдет широкое применение в противоличиночной борьбе из следующих соображений:

1. Эффективность гибели личинок, в среднем 96 0/0.

2. Лучшая эффективность на водоемах без растительности и с незначителной растительностью

3. Портативность метода:

а) приготовление суспензии простое-одним бонификатором;

б) не требует специального транспорта.

4. Обработка водоемов возможна в любое время дня и состояния погоды.

5. Способ не так опасен в отношении возможности поражения работающих с ядом.

К разделу по борьбе с комаром относятся также мероприятия по защите от укусов комарами, как-то: засетчивание, пологизация. Эти мероприятия проводились в помещениях с паразитоносителями, в колхозных полевых станах и детяслях.

-

82

Эпидемиология малярии в Кантском районе

Проанализировав таблицу № 5, можно сказать следующее: 1) заболеваемость малярией сосредоточена, главным образом, в попосе наибольшей заболоченности—в первой зоне.

доминирующее положение 91,2% занимают рецидивные заболевания, а 8,8% относятся по эпидемическому типу в своем большинстве к длительному латенту (штамм с длительной инкубацвей). Уменьшилось абсолютное число маляриков (см. таблицы № 3,4,5.)

С эпидемиологической точки зрения большое значение имеет вопрос второго пассажа, т. е. вопрос о том, насколько возможна вопроственная передача маляриком, впервые заболевшим трехдневной излярней, своего заболевания в течение одного эпидемического сезона другим лицам. Для решения этого вопроса нужно решить, когда же в Кантском районе появляется первичное заболевание? Самки начинают встречаться с 5-го мая. Благоприятная температура двет возможность созреть спорозонтам кконцу мая. Если учесть еще короткую инкубацию в 7-10-14 дней, то первичные заболевания должны наступить, примерно, к 10-му июня. Потребуется еще 5-6 ней, чтобы в периферической крови появились половые формы плазмодий-гаметоциты. Так как наиболее жаркими месяцами бывают нюнь, июль, август с наибольшей плотностью комаров, то можно предположить, что передача впервые заболевшим в течение эпидемического сезона возможна не менее 3-4 раз. Чем же объяснить немалую заболеваемость в весенние месяцы? Единственным возможным и правильным объяснением этого может служить понятие о длительном латенте (штаммы с длительной инкубацией), для которого временем заражения считается прошедший год. Кроме длительного латента в весенней заболеваемости участвуют рецидивы, а также не исключена возможность первичных весенних "внутридомовых" заражений (в теплых помещениях от перезимовавших самок), что допускается многими авторами (Кох, Беклимишев, Циман и др.).

VI. Борьба с малярией

Работа малярстанции шла в следующих направлениях:

I. Борьба с комаром:

а) борьба с имаго и

б) борьба с личиночной стадией комара;

2. предохранительная (профилактика);

3. мероприятия государственного и общественного порядка;

4. борьба с возбудителем малярии.

Борьба с комарами сводилась к тому, что они уничтожались на дневках и зимовках после обследования помещений (таб. 6, 7)

По количеству комаров на первом месте стоит первая зона. В 1939 г. на одно помещение приходилось 2,1 комара, а в 1940 г. 0,7 или на 69,7% менее.

Такое резкое снижение Анофелес, повидимому, объясняется дождливой и прохладной весной 1940 г., а также своевременной и доброкачественной обработкой водоемов. Кроме этого, снижение объясняется еще и тем, что в 1940 г. наблюдалась масса кулексов, следовательно, борьба за существование привела к гибели немалого

6-137

Поли Поли <t< th=""></t<>
auden manager and the second second

/			(2.0)	01-10		541420	21
1	penna.	433	22	23 117 16	58 58 15 15 15 15 15 15 15 15 15 15 15 15 15	2041.00	472
0-	Свежая	1-	er 1	°'R I	80-01	11141	4
100	oobam	33	18	25 139 16	69 15 58 58	012720	514
2	Цебвинн. Бецид.	00 01	101	- 9	1100011	401111	37
900	Свежая	11	- 1	1,1	-111	1011	64
CENTROPS	1]6ps. o6p	00 04	- 9	1 00 10	1141	11111	7
Ce.	Peuna.	80	ω I	101	11000	119111	\$
5-	Свежая	1-	11	1-1	-1-11	11111	38
aurycr	100	-100	-4°	10	000101	110111	4
. 39	Перв. обр	-101	00	401	0401	010111	45
		11	11			[10]	3
WIOAB	кежая	in co	<i>~~~</i>	ကက၊	346	010011	\$
-	Ileps. o6p.	-90	ώ 4	112	18,020	011041	HIII
	Рецил.	11	-1	1		+	Ŧ
MNONP	Свежая	-10	44	1 12 12	18091	1001	30 122
-	∏eps. o6p.	10	110	11.3	41111	111111	38
_	Peunt.		11	121	-1111	111111	1
Mañ	вежая	-100	2	021	11110	111111	44
	Reps. obp.	-11-	100	121	∞ . I	11119	46
9	Рецид.	-11	11	101	-1111	1-1-1-1-1-1	-9
anpe	Квжая	10	10	179	۵	-10/00	52
	Teps. oop.	-100	10	112	5 000	1-111	64
t	Рецид.	-11	11	1-1	11111		-
март	Свежая	-100	1 10	316	151 30	-11111	8
1	Teps. ob.	-10	14	154	02	10111	37
dr.E	Рецил.	11	1.1	111	01111		10
февраль	вежэяЭ	10	11	124		19111	39
-	ug and	- 10	00	180		111111	28
901	Рец д.		11	11			
RHBaDb	REW980	- 10	010	18	0 01-1		58
-	Ileps. oop.			a series			1.
		1					
1						· · : . · · ·	
1				ка	зер 		TOP
		. HE	Each Each	НПокровка . Кант М. кобин.	кант Заготзерно Дмитриевка Кр. Речка . Ивановка .	юрьевка Юрьевка Гор. Серафим Учь-Эмчек Тузовка Ак-Батор	. MTOFO
		фнв	OTAC	TOK	Кант Заго Динтриев Кр. Речка Ивановка Поликлини	порус. Юрьевка Гор. Сера Интериаци Учь-Эмчев Тузовка Ак-Батор	14
1		Милянфан.	2-е огделение Кионети	H. H.	Кан Кр.	AR AR	
		P	HOE R-I		вное в-2	I HOE R-E	
	- 12	18		1.1		No.	
						C.P.	

Эпилемнология малярии в Кантском районе

79

Обследование населения

Общая численность обследованного населения равна 20740 чело. век, из них мужского пола 10303 чел. или 49,7% и женского 10437

, из них муло 50,3% Общее число всех глазных заболеваний 2580, что составляет 12,4% Зарегистрировано трахомы 491 чел. или в общем 2.3%.

Зарегистрировано трахомы 491 чел. мужского пола трахомы 214 Среди обследованных 10303 чел. мужского пола трахомы 277 или 2.6°/-214 или 2°/о, среди 10437 чел. женского пола трахомы 277 или 2.6°/о (см. таблицу № 2).

1	Обследовано.			забо- й	o6c.ne-		т	ра	хом	a	олица № а				
Название местнос- ти	муж пола	женск. пола	Bcero	всего глазн. 3 леваний	% к числу дов.	муж. пол	% трах. сре- ди мужск. насел.	женского пола	% трах. сре- ди женщин	BCEFO TPAX.	96 к числ. обслед.				
с. Сталинское	5276	5582	10868	844	7.7	70	1.3	74	13	144	1.3				
с. Александровка	1266	1336	2602	719	27.6	55	4.3	98	7.3	153	5.8				
с. Петровка	1707	1563	3270	343	10.4	22	1.2	21	1.3	43	1.3				
с. Сретенка	1369	1292	2661	352	13.2	40	2.8	39	3.01	79	2.9				
с. с. Чапаев	617	620	1237	289	23.3	23	3.8	44	7.09	67	5.4				
с. Садовое	58	44	102	33	32.3	3	5.8	2	2.2	5	4.9				
Итого	10303	10437	20740	2580	12.4	213	2.0	275	2.6	49.1	2.3				

Согласно приведенной таблицы, трахома распределяется среди населения неравномерно: например, в сел. Сталинское и Петровка трахомы имеется 1,3%, тогда как в пределах Александровского и Чапаевского с/советов-в среднем 5,6%, в сел. Садовом-4,9% и в сел. Сретенке-2,9%.

Наряду с трахомой острые конъюнктивиты распространены в населенных пунктах, где процент трахомы относительно выше, например, среди населения Александровского и Чапаевского с/советов, причем главным образом среди дунганского населения.

Распределение трахомы среди национальностей района приведено в таблице № 3.

Распределение	трахомы	среди	национальностей
т аспределение	трахомы	среди	национальностей

and a		
Ter	3.0	•
Табл	No	- M

Национальность	Число обслед.	Число с трахо- мой	% трахомы среди национальностей	
Русские	8176	120	1,4	
Украинцы	9316	178	1,9	
Киргизы	980	9	0,9	
Узбеки	121	2	1,6	
Казахи	53	1	1,8	
Дунгане	1490	161	10,8	
Татары	• 76	10	13,1	
Немцы	55	2	3,6	
Прочие	473	8	1,6	
Всего	20740	491	2,3	

67 О глазных заболеваниях среди населения Сталинского района в Киргизии

Распределение трахомы по возрасту и по стадиям приведено в таблице № 1.

Распределение трахомы по стадиям и возрастным группам Табл. 1. (по амбулаторным данным).

Трахома Число амбу-%среди дан. латорных Возраст. Всего тра-IV I 11 Ш возраст. больных хомы 5,8 9 155 1 8 -1 0 18,0 2 50 56 43 277 5 35,0 60 32 10 171 43 8548 _ 23,332 31 132 21 15 31,4 27 22 8 70 6 20 19,5 220 43 3. 10 30 15 15.144 62 18 2 52 291 13 50 12,01 15 125 4 6 51 и старше 19,0 274 23 139 34 45 33 1441 Bcero % ко всей 12,2 12,2 16,0 8,7 50,7

трахоме Из таблицы видно, что по амбулаторному материалу процент трахомы выше среди детского и юношеского возраста.

По стадиям трахома распределяется таким образом, что первая стадия наиболее распространена среди детей дошкольного и младшего школьного возраста, тогда как процент второй стадии в тех же возрастах несравненно ниже.

Процент третьей стадии относительно выше среди зрелого и пожилого возраста. Наибольший процент четвертой стадии является достоянием пожилого возраста.

Среди прочих глазных заболеваний в подавляющем проценте зарегистрированы острые и подострые конъюнктивиты, они составляют 45,5% первичных больных, катарральные и легкие конъюнктивиты— 12,5%, блефариты около 2%. Все остальные разнообразные глазные заболевания составляют в общем 40%/0.

Оперативное пособие

Оперативных пособий, включая и трахоматозные экспрессии, проведено всего 330, из них в стационаре 46 и в амбулатории 284.

Перечень операций

Service 18 1 Jacks

		-							4
	Экстракций катаракты			24		• 1	•	•	10.10
_	TT								
									· · · · · ·
	- R ARADIOTO MEIIIKA								0
	PARTY PARTY PACALINA PARTY						5.0.0		
	C						•	1.16	1
	DUTSTORS						•	•	4
	TI AND ROLL CHURCHON TO HE	ны	Y .	•	1.14		•	• •	
	T - TROUTDOUT KOHCEUR	sa II.				•			
	CTURNETON				•		•	•	
	TT BOOM STORES								1
	Удалений халязиона		8	•	•	•	•	• •	3
	The second secon						-	-	
	Татуаж бельм			٠.	••	•	•	• •	004
	T					-	-	-	
	Итого				1.4	•		• •	330

Эти данные подтверждают общепризнанный факт, что заражение трахомой происходит главным образом в семье.

Установленное нами повышение процента трахоматизации школьников в возрасте 8—11 лет (табл. 2) не противоречит данному положению, так как и в этом возрасте нельзя отрицать возможность новых заражений в семейной обстановке: ребенок сохраняет еще тот же тесный контакт с домашней средой, что и в более раннем возрасте, кроме того, в это время трудно еще ждать сознательного отношения к правилам личной гигиены, в частности к гигиене органа зрения.

При обследовании школ частым явлением было наличие трахоматозных детей из одной и той же семьи в разных классах одной и той же школы.

Быстрое снижение с возрастом процента свежей трахомы в детском и юношеском возрасте говорит за быстрое течение трахоматозного процесса, что подтверждается рядом других авторов, работавших в местностях с теплым климатом и что не наблюдается в северных странах. Герман объясняет это явление тем, что теплый климат дает детям возможность больше находиться на свежем воздухе и обмен веществ у них протекает быстрее.

Отсутствие трахомы в грудном возрасте и незначительная заболеваемость ею в дошкольном возрасте указывают на уменьшение притока ее из семьи, однако, найденный нами процент свежих форм трахомы говорит за неотложную необходимость противотрахоматозных мероприятий.

Нельзя при этом не вспомнить тех блестящих результатов, которые получены в гор. Баку путем планомерной борьбы с трахомой в школах. Процент трахомы среди детей тюрков с 1923 по 1936 г. снизился с 25,2 до 9,2, процент трахомы I с 36,4 за то же время упал до 4,2 (Алфимова).

Все выявленные нами больные трахомой подвергнуты диспансеризации и систематическому лечению. Можно думать, что и в гор. Фрунзе, как и во всей нашей стране, в ближайшие годы мы будем иметь снижение заболеваемости трахомой детского населения и полную ликвидацию свежих заболеваний, залогом тому является повышение культурного уровня населения и непрерывное усиление оздоровительных мероприятий.

О глазных заболеваниях среди населения Сталинского района в Киргизии

(По данным глазного отряда)

С. И. Василевский, М. М. Андреева

Сталинский район находится на территории Чуйской долины и занимает равнинную площадь в 4900 кв. клм. Почва лессовая, как и в других районах Киргизии. Мельчайшая пыль насыщает воздух и запыляет растения. Осадки выпадают очень редко. В районе 16 сельсоветов. Основное занятие колхозов хлебопашество, скотоводство и огородничество.

Национальный состав населения, кроме коренного, — русские, украинцы, дунгане и прочие.

Все население школьного возраста обучается в школах.

Общие замечания

Основной штат глазного отряда, состоящий из двух врачей и операционной сестры, начал лечебно-обследовательскую работу в районе с 26 июня 1940 г. и закончил 15 сентября.

Ежедневная обследовательская работа глазного отряда по времени регламентировалась таким образом, что с 8 часов утра до 1 часу дня проводился амбулаторный прием, вторая половина дня целиком использована была для обследования населения.

Для больных, нуждавшихся в стационарном лечении и операциях, была использована районная больница.

Обследование населения проводилось нами подворно с учетом по полу, возрасту, национальности и социальным группим. При диагностике трахомы мы руководствовались классификацией согласно инструкции Наркомздрава СССР. Результаты лечебно-обследовательской работы приведены в нижеследующем.

Амбулаторные данные

Согласно амбулаторных данных, принято первичных больных— 1441 человек, из них мужского пола—690 или 47,9% и женского— 751 чел. или 52,1%. Повторных 1512 ч., всего 2953 чел. С трахомой зарегистрировано 274 человека, что составляет к общему числу больных 19%.

Среди амбулаторных больных мужского пола трахома обнаружена у 121 чел. или у 17,6%, среди женского пола у 153 чел. или 20,4%

При распределении трахомы по национальному составу амбулаторных больных заболеваемость ею следующая: среди 82 киргиз трахомы 8 или 9,8%, среди 673 русских—157 или 23,3%, среди 602 украинцев—96 или 15.9% и среди 41 иел. поотите или 23,3%, среди 602 украин-

цев—96 или 15,9% и среди 41 чел. прочих национальностей—5 или 12% Таким образом, наиболее высокий процент трахомы по амбулатории найден среди русского и украинского населения.

А. Я. Царева

Представляет интерес табл. № 2 с заболеваемостью трахомой различных возрастных групп. Табл. № 2

	До 1 г.	1—3 л.	4—7 л.	8—11 л.	12—15 л.	16—20 л.	Bcero
Осмотрено .	103	452	914	4856	5702	1821	13848
Трахоматозных		1	5	105	118	20	249
%%	-	0,22	0,54	2,16	2,06	1,06	1,78

Дети грудного возраста оказались свободными от заболеваний трахомой, в ясельном возрасте процент трахомы незначителен, несколько возрастает в дошкольном возрасте и максимальной величины достигает в младшем школьном возрасте (2,16%). У старших школьников трахома уменьшается, еще в большей мере-в юношеском возрасте (1,06%).

Выявленные нами трахоматозные больные следующим образом распределяются по стадиям трахомы с учетом и трахомы IV, которая выше не входила в число приводимых нами заболеваний: трахома I—30,83%, трахома II—21,80%, трахома III—40,98%, трахома IV—6,39%.

Трахома по стадиям среди детей различных национальностей указана в табл. 3.

T	e .			
1.2	1012	τ.	No	2
		•••	4.42	-

1				Русские	Киргизы	Татары	Узбеки	Прочие	Bcero
Трахома I в %9	έ.			39,24	18,19	10,0	22,2	15,38	32,93
Трахома II ,				19,89	36,36	30,0	38,3	38,46	23,30
Трахома III "	•	•	•	40,87	45,45	60,0	44,5	46,16	43,77

Ввиду сравнительно небольшого количества трахоматозных больных, делать какие либо выводы из данной таблицы не представляется возможным.

Больше данных дает рассмотрение зависимости между стадиями трахомы и возрастными группами.

Табл.	Nº 4	
		-

			1			1 30A. Nº 4				
				До 1 г.	1—3 л.	4—7 a.	8—11 л.	12—15 л.	16—20 л.	
Трахома I в %%					100,0	100,0	37,15	29,66	10,0	
Трахома II "	•	•	•	-	-	-	22,85	26,27	15,0	
Трахома III "				-		-	40,00	44,07	75,0	

В дошкольном возрасте мы встретили исключительно свежие формы трахомы. В школах количество свежих форм уменьшалось за счет прогрессивного увеличения рубцовой трахомы с 40% в младших классах до 75% в средних.

64

Page 39 of 91

Трахома среди организованного детского населения гор. Фрунзе

А. Я. Царева

Начало систематической борьбы с трахомой среди детского населения гор. Фрунзе было положено в 1939 г., когда при Дет. проф. амбулатории был организован трахоматозный пункт в составе врача, окулиста и сестры. Работа пункта заключалась в обследовании детских учреждений и школ, в диспансеризации выявленных больных, систематическом их лечении и санитарно-просветительной работе в школе и семье.

Результаты обследовательской работы первого года дают уже достаточно данных о распространении трахомы среди детей, указывая с большой долей вероятия на распространение ее и среди взрослых, с другой стороны, позволяют целесообразнее планировать противотрахоматозные мероприятия.

Отсутствие литературных указаний на заболеваемость трахомой в Киргизии побуждает к опубликованию наших материалов.

Всего нами обследовано 39 дошкольных учреждений (детяслей, садов и площадок), часть из них повторно, с охватом 1469 детей. В 20 школах осмотрено 12379 детей. Среди общего числа 13948 детей обнаружено 249 трахоматозных, что составляет 1,78%. В дошкольных учреждениях этот процент доходит только до 0,4, причем трахома обнаружена в единичных учреждениях. В школах процент трахоматозных составляя 1,96, и не обнаружено ни одной школы, свободной от заболеваний трахомой.

Среди девочек трахома оказалась несколько больше распространенной 1,92% и 1,63% среди мальчиков. Заболеваемость трахомой в зависимости от национального состава обследованных детей представлена на табл. 1.

		Русские	Киргизы	Татары	Узбеки	Проч,	Bcero
Осмотрено .		11823	767	540	425	393	13948
Трахоматозных		186	11	30	9	13	249
\$ 36		1,57	1,43	5,55	3,31	3,31	1,78

Табл. № 1

Среди киргиз трахома оказалась распространенной несколько меньше (1,43%), чем среди русских (1,57%), но у других национальностей она встречалась более часто, особенно среди татар (5,55%). В группу прочих национальностей отнесены дунгане, уйгуры, казахи, немцы, марийцы и другие, но ввиду сравнительно малого количества обследованных мы, не считаем возможным указывать на пораженность трахомой этих национальностей.

II. Подъязычно-челюстная м-ца

(m. mylohyoideus) получает кровоснабжение: от art. submentalis .в $97^{\circ}/_{\circ}$, от a. lingualis в $87^{\circ}/_{\circ}$, от a. maxill. externa в $39^{\circ}/_{\circ}$, от a. thyreoidea superior $35^{\circ}/_{\circ}$ и от a. laringea superior в $6^{\circ}/_{\circ}$.

III. Подбородочно-подъязычная м-ца (geniohyoideus)

Получает кровоснабжение: от a. lingualis в $99^{0}/_{0}$, от a. submentalis в $74^{0}/_{0}$, от a. thyreoidee superior в $31^{0}/_{0}$, от a. maxill. externa в $9^{0}/_{0}$ и a. mentalis в $1^{0}/_{0}$.

Таким образом, сопоставляя полученные наши данные о кровоснабжении м-ц дна рта m. digastricus, m. mylohyoideus и m. geniohyoideus с данными вышеупомянутых анатомов З е р н о в а, Т о нк о в а, Rauber-Kopsch, Zuckerkandel и др., мы можем считать, что art. submentalis является основным артериальным сосудом для кровоснабжения м-ц дна рта, в частности переднего брюшка двубрюшной м-цы и подъязычно-челюстной м-цы: что касается заднего брюшка двубрюшной м-цы, то он, по нашим данным, в основном снабжается а. occipitalis в 100°/0; подбородочно-подъязычная м-ца же снабжается а. lingualis (в 99°/0). Art. submentalis по нашим исследованиям в кровоснабжении данного брюшка занимает третье место, а подбородочно-подъязычной м-цы—второе место. П. И. Корытько

приблизительно в таком же количестве случаев $(37^{\circ}/_{\circ})$, как и а. submentalis. От а. maxill. externa отходило по одной ветви в $34^{\circ}/_{\circ}$ случаев и по две ветви в $3^{\circ}/_{\circ}$ случаев. Art. lingualis снабжает заднее брюшко в $21^{\circ}/_{\circ}$ случаев всех наших исследований. Только в $1^{\circ}/_{\circ}$ случаев от а. lingualis отходило по две ветви, в остальных $20^{\circ}/_{\circ}$ случаев — по одной ветви. Меньше всех $(4^{\circ}/_{\circ})$ заднее брюшко двубрющной м-цы снабжается от а. thyreoidea superior. В этих $4^{\circ}/_{\circ}$ случаев от нее отходило по одной ветви.

2. Подъязычно-челюстная м-ца (m. mylohyoideus).

Способы отхождения артерий, снабжающих подъязычно-челюстную м-цу (m. mylohyoideus)

To	e		120
1.a	бл.	No	· •
	A.r.	4.82	· O.

	talis . Inguans .							a. maxill. externa					yreolo	i. supe	r.	a.	gea	
исслед	торо- шен ети-	исслед	торо- шен ети-	сех встрети по одной вс	е по две	е по три	е по четыре	исслед ных с нах встр	торо- шен	сех встрети по одной в дидо	ке по три	исслел ных с нах встр	торо- шен	Во всех встретивш. слу- чаях по одной ветви отходило	Тоже по две	На иссл вани стор ши встр ло	едо- ных онах еи еи	всех встретивш. слу- х по одной ветви
Кол.	º/0	Кол.	0/0	Bo B 488X 0TX0	Тоже	Тоже	Тоже	Кол.	º/d	Bo B viasx orxo	Тоже	Кол.	%	Bo B 439.X	å	Кол.	%	Bo B
97	97	87	87	59	24	3	1	39	39	36	3	35	35	31	4	6	6	6

На основании таблицы № 3 Art. submentalis можно считать одной из постоянных ветвей, снабжающих m. mylohyoideus. На 100 нсследованных сторонах шеи она нам встретилась в 97%, и только в 3% случаев нам не удалось ее обнаружить, как принимающую участие в кровоснабжении m. mylohyoideus. Во всех трех случаях, когда a. submentalis не принимала участие в кровоснабжении m. mylohyoideus снабжался: в одном случае двумя ветвями от art. lingualis и одной ветвью от a. thyreoidea superior; во втором и третьем случах—по одной ветви от a. maxill. externa и art. thyreoidea superior. Вторым довольно частым источником (87%) кровоснабжение m. mylohyoideus, как это показали наши исследования, надо признать a. lingualis. Из всех $87^{0}/_{0}$ случаев чаще от нее отходит по одной ветви $59^{0}/_{0}$; по две ветви $24^{0}/_{0}$; по три ветви $3^{0}/_{0}$ и в $1^{0}/_{0}$ по четыре ветви. Art. maxill. externa также довольно часто снабжает m. mylohyoideus; в наших исследованиях она нам встретилась в 39%, при этом по одной ветви от нее отходило в 36 (360/0) случаев, по три ветви в 30/0 случаев. В 35% мы получили данные о снабжении m. mylohyoideus от art. thyreoidea superior: по одной ветви от нее отходило в 31% случаев, по две ветви в 40/0 случаев. В 60/0 случаев, как очень редкий источник кровоснабжения m. mylohyoideus, встретилась нам art. laringea superior. Во всех шести случаях art. laringea superior отдавала по одной ветви.

60

Кровоснабжение мышц дна рта у детей раннего возраста

3. Подбородочно-подъязычная мышца (geniohyoideus)

Способы отхождения артерий, снабжающих подъязычно-челюстнуюмышцу

		. lingu	lis				smen- ilis	a. t	hyreoi	d. supe	rior	a.	maxil extern			. men	talis
стор	ети-	Во всех встретивших. случанх по одной ветви встретилось	ке по две	ке по три	ке по четыре	иссле, стор ша встр	100 дован. онах еи ети- ось	иссле, стор ш встр	100 дован. оонах еи эети- эсь	всех встрети чаях по одно ретилось	се по две	иссле, стор ш встр	100 дован. оонах еи рети- ось	Во всех встретивших. случаях по одной ветви встретидось	нсслел стор встр ло	онах	Во всех встретивших. случаях по одной встви
Кол.	%	Bo	Тоже	Тоже	Тоже	Кол.	°/0	Кол.	0/0	Bo I CAY	Toxe	Кол.	°/0	Bo I Cary	Кол.	⁰/₀	Bo
99	99	59	29	10	1	74	74	31	31	27	4	9	9	9	1	1	1

Из таблицы № 4 видно, что основным источником кровоснаб-жения m. geniohyoideus в 99% нужно считать a. lingualis. Только в 1% случаев нам не удалось установить ее участие в кровоснабжении m. geniohyoideus. В этом случае ее замещали отходящие по одной ветви от art. submentalis и art. maxillar. externa. В подавляющем большинстве a. lingualis отдавала по одной ветви (59%); по две ветвив 29%, по три ветви-в 10% и по четыре ветви-в 1%. Art. submentalis в кровоснабжении m. geniohyoideus занимает также значительное место, на 100 исследованных сторонах шеи она нам встретилась в 74%. Art. thyreoidea superior по сравнению с art. lingualis и art. submentalis в полученном нами материале занимает по кровоснабжению m. geniohyoideus третье место. На основании данных таблицы № 4 она нам встретилась в 31%. Во всех встретившихся 31% случаев от a. thyreoidea super. отходило в 27% случаев по одной ветви и по две ветви-в 40/0 случаев. В 90/0 нами отмечено кровоснабжение m. geniohyoideus от art. maxillar. externa и в 1% случаев от a. mentalis (ветвь a. alveolaris inferior). От a. mentalis и a. maxill. externa во всех случаях отходило по одной ветви.

Выводы

Итак, на основании полученных данных, мы отмечаем следующее кровоснабжение мышц дна рта (m. digastricus, m. mylohyoideus и m. geniohyoideus).

1. Двубрюшная м-ца (m. digastricus)

а) переднее брюшко (venter anterior) получает кровоснабжение: от a. submentalis в $93^{0}/_{0}$ всех случаев исследований, от a. occipitalis в $71^{0}/_{0}$, от a. maxill. externa в $31^{0}/_{0}$, от a. lingualis в $24^{0}/_{0}$, от a. thyreoid. superior в $4^{0}/_{0}$, от a. larianea superior в $2^{0}/_{0}$ и от a. palatina asendens в $1^{0}/_{0}$:

в) заднее брюшко (Venter posterior) получает кровоснабжение: от a. occipitalis в $100^{\circ}/_{0}$, от. a. auricularis posterior в $60^{\circ}/_{0}$, от a. submentalis в $39^{\circ}/_{0}$, от a. maxill. externa в $37^{\circ}/_{0}$, от a. lingualis в $21^{\circ}/_{0}$ и от a. thyreoidea superior в $2^{\circ}/_{0}$ всех случаев.

a. palatina	оронах шен 25 гретилось 65 гах встретивш. ях по одной 25 встоднию	PLA	C1 B		a. thyreold, superior	.ех встретивш. ялх по одной и отходило	ь бы:	Э
a. palati	а 100 исследов.	CL	Кол. %	Ta6n. Ne	yreold.	торон. шен стретилось	2	
	Нондо оп хкі одидохто і	erbn Nats	B	Ta Ta	a. th	.80дэгээн 001 sl	H	E C L
nge	сех встретивш.	E O B	B	- : ·	1.	е по две	жоТ	
a. laringea	а 100 исследов.		Кол. %	двубрюшной мышцы. Іко двубрюшной м-цы.	gualis	всех встретивш. Ках по одной и отходило	cult	
dea	Кондо оп хва Окидохто и	er Bl	B	т пой п	a. lingualis	торон. шен истретилось	> _	
thyreoldea	сех встретивш.	1	s I	6piou ABy6		На 100 исследов.	Koll.	
a. ti	а 100 исследов.	ю - Н	Kon.	ABY IKO	69	се по две	KoT	
1.4	987 OI 3	-		1	. externa	всех встретивш. чаях по одной ви отходило	cul	
a. lingualis	йондо оп хиб окидохто и	har		pasterior) иднее брю	a. maxillar.	сторон. шен встретилось		
.8.	стретилось	8 8		(Venter ющих за	a. n	На 100 исследов.	Kon.	
	та 100 исследов. торонах шен	2 - C	LOA.	ка (V жаюц	sumen- talis	сторон. шен встретилось	36	
maxill. cxterna	окндохто на	63		брюшка 1, снабжа	a. sur tal	На 100 исследов.	Кол.	
l. cx	нентэqтэв хээв йондо ол хвы	6 lino	13		1	идт оп эж	To	
naxil	встретилось	1.0		заднего б артерий,	posterior	же по две	oT	
а. п	На 100 исследов.	5 -	-			всех встретивш. Учаях по одной тви отходило	iro	
	идт оп эх	KOT	V	в) Кровоснабжение з Способы отхождения	auricularis	сторон. шен встретилось	96	
Italis	ке по две		10	OBOCH	ej	На 100 исследов.	Кол.	
S HOF	всех встретивш. Чаях по одной окидохто из	Cul	47	a) Kp		идт оп эже	-	
-0	встретилось	%	12	-0	Is	эят оп эже	1. 19	
	На 100 исследов. сторонах шеи	Кол.	11	3	occipitalis	, всех встретивш, учаях по одной иви отходило	Iro	
summen- talis	На 100 ис- след. сто- рон. шен встретилось	86	93	2	9	сторон, шеи встретилось	36	
a. Si	Ha 1 c.le; pou	Kon.	93			На 100 исследов.	Кол.	

Кровоснабжение мышц дна рта у детей раннего возраста

59

сом. Поэтому из-за отсутствия специальной литературы по затрону, тому нами вопросу, нам пришлось черпать данные из современных анатомических руководств (учебников и атласов) для того, чтобы провести сопоставление полученных нами данных с данными, какие уже имеются на сегодняшний день по кровоснабжению м-ц шеи во, обще и в частности у детей раннего возраста.

Современные анатомы и топографо-анатомы Зернов, Тонков, Rauber-Kopsch, Воробьев, Broesike, Шевкуненко, Шпальтегольц, Zuckerkandl, Лысенко и др. считают, что м-цы, образующие дно рта как m. m. digastricus, mylohyoideus и geniohyoideus в основном снабжаются ветвями наружной сонной артерии, в частности art. maxillaris externa, а именно ее ветвью art. submentalis и частично от. дельными веточками от a. lingualis и a. occipitalis.

По нашим данным м-цы, образующие дно рта (m. digastricus, m. mylohyoideus и m. geniohyoideus), имеют следующие способы кровоснабжения (см. табл. №№ 1, 2, 3, 4).

На основании таблицы № 1 переднее брюшко двубрюшной м-пы снабжается в основном (93%) от a. submentalis; только в 7% всех случаев a. submentalis не давала ветвей к переднему брюшку дву. брюшной м-цы. Во всех 7% случаев, когда a. submentalis не снабжала его, к переднему брюшку кровь поступала от других ветвей наружной сонной артерии: в первом случае по одной ветви отходило от a. maxillaris externa и a. lingualis; во втором случае-одна ветвь от a. lingualis и две ветви от a. occipitalis; в третьем случае-три ветви от a. occipitalis и две ветви-от a. lingualis; в четвертом случаеодна ветвь от a. lingualis; в пятом случае-две ветви от a. occipitalis и одна ветвь-от a. maxillaris externa; в шестом случае-одна ветвь от a. occipitalis и в седьмом случае-одна ветвь от a. maxillar. externa и одна-от a. lingualis. Вторым по частоте источником кровоснабжения переднего брюшка (71%) является a. occipitalis. В 47 случаях (47%) от нее отходило к переднему брюшку по одной ветви; в 19 случаях (19%)-по две ветви и в 5 случаях (5%)-по три ветви. Значительно реже отходят для питания переднего брюшка ветви от a. maxill. externa (31%), из которых по одной ветви a. mixill. externa отдавала в 25 случаях (25%) и по две ветви-в 6 случаях (6%). Еще реже дает ветви к переднему брюшку двубрюшной м-цы (24%) a. lingualis; по одной ветви a. lingualis дает в 21% случаев, по две ветви в 30/0 случаев. От a. thyreoidea superior для питания переднего брюшка двубрюшной м-цы ветви отходили в 4% случаев, от a. laringea superior-в 20/0 случаев и от a. palatina ascendens-10/0 случаев. От a, thyreoid. superior, a. laringea superior и a. palatina ascendens во всех случаях отходили по одной ветви.

Наиболее частым источником кровоснабжения заднего брюшка двубрюшной м-цы по табл. № 2 (100%) следует признать а. оссірітаlis (ветвь art. carot. externa). Во всех 100 случаях в подавляющем большинстве от а. оссірітаlis отходило 61 раз по одной ветви; 28 раз по две ветви и 11 раз по три ветви. Довольно часто заднее брюшко (60%) получает кровоснабжение от а. auricularis posterior, при этом в 18% случаев отходило по две ветви; в 4% случаев по три ветви, и в остальных 38% случаев по одной ветви. Art. submentalis в наших исследованиях является основной ветвью, снабжающей переднее брюшко двубрюшной мы-цы, заднее же брюшко она снабжает сравнительно реже (в 39%) Art. maxillar externa снабжает заднее брюшко

58

(Из кафедры нормальной анатомии Киргизското государственного медицинского института; зав. кафедрой профессор, доктор медицинских наук И. Г. Мардерштейн)

Кровоснабжение мышц дна рта у детей раннего возраста

Ассистент П. Н. Корытько

Посвящается 15-ти летию Киргизской Советской Социалистической Республики

Вопросом возрастной анатомии интересуются многие исследователи анатомы, а также хирурги. В СССР в этой области большую работу провела и проводит школа Шевкуненко, в частности профессор Ф. И. Валькер (им написана такая фундаментальная работа как "Топографо-анатомические особенности в детском возрасте" и ряд других).

Наша кафедра нормальной анатомии Киргизского Государственного медицинского института под руководством профессора И. Г. Мардерштейна также занята в основном исследовательской работой в части возрастной анатомии человека. Настоящая работа, которую мы предлагаем вниманию читателя "Кровоснабжение мышц дна рта у детей раннего возраста" является одной из тех многих работ, которые кафедра наметила к выполнению в своем плане научных работ.

Исследуя м-цы дна рта у детей раннего возраста, мы ставили перед собою задачу на основании полученных данных установить, какие формы кровоснабжения м-ц дна рта наичаще встречаются у детей раннего возраста и по возможности провести сравнение кровоснабжевия м-ц дна рта у взрослых и детей.

Исследование м-ц дна рта нами проводилось обычной анатомической препаровкой на трупном материале детей в возрасте от 0 до 3-х лет. Исследовано 100 шейных сторон в равном количестве левых и правых. Сосуды наливались краской, в состав которой входила химическая чистая смола, растворенная в эфире с керосином.

Полученные результаты нами тщательно сравнивались с исследованиями других авторов в этой области. На основании полученных данных нами сделан вывод о наичастом способе кровоснабжения м-ц дна рта (m. digastricus, m. mylohyoideus и m. geniohyoideus) у детей раннего возраста.

Мышцы дна рта и их кровоснабжение

При изучении анатомической литературы по вопросу кровоснабжения м-ц шеи, в частности м-ц дна рта, бросается в глаза, что этому вопросу не было уделено достаточного внимания со стороны анатомов. О возрастных особенностях кровоснабжения м-ц шеи нам даже не удалось найти хотя бы одну работу, подтверждающую, чтобы кто либо из исследователей подробно занимался этим вопроническую картину прививной малярии и на размножение паразитов в организме больных; однако, щелочный режим менее нарушает кроветворение, функцию печени и некоторые другие биохимические константы организма, почему и может быть рекомендован для назначения больным в острой стадии малярийной инфекции. Щелочный режим (растительно-овощной, фрукты, дыня и т. д. А. Г.), кроме того усиливает действие противомалярийных лекарств, в частности

хинина (Тарапевт. архив № 4 за 1934 г.).

К таким же выводам пришел Гелядов.

О пищевом режиме при малярии стали говорить очень давно. Еше Петр I писал генералу Кропотову во время похода в Персию: "В сих жарких странах должно отвращать солдат от употребления плодов, особенно дынь, шелковичных ягод и винограда, кои здесь весьма вредны. Такая же предосторожность нужна была в рассуждении соленой рыбы, мяса, поскольку они возбуждают жажду". Слова эти взяты из статьи Фавра В. В. Сам Фавр не поддерживает взглядов о вреде той или иной диэты.

Профессор Топорково роли диэты пишет следующее:

"Таким образом, вышеприведенные литературные данные и личные наблюдения позволяют нам высказаться против признания за некоторыми сортами пищи какой-либо роли в провокации маля-рийного приступа". (Астрах. мед. журнал 1922 г., № 2-8).

Профессор Мясников пишет, примерно то же:

"Надо, однако, указать, что как сам факт провоцирующего действия фруктов, так и факт подъема сахара крови у маляриков в последнее время оспаривается".

Автор этих строк в течение нескольких лет пытался установить какую-либо зависимость между диэтой и рецидивами. За этот срок прошло более 10 тыс. амбулаторных больных и около тысячи стационарных, и всетаки ничего, кроме субъективных заявлений мы установить не могли. Анализ цифрового материала также показывает, что люди, не питающиеся дынями, сахаристыми веществами (Горький), дают рецидивов не меньше лиц, употребляющих в значительном количестве растительную сахаристую пищу (Ср. Азия). С другой стороны, не безынтересно отметить, что в той же Ср. Азии несколько лет назад при недостаточном лечении рецидивов было много больше, чем теперь, хотя пищевой режим за это время почти не изменился.

В 1929 г. у Фиалковского было 41.8% рецидивов, проф. Кассирский получил до 40% рецидивов. У нас в 1938 — 39 гг. в г. Чарджау при тщательном лечении рецидивов (поздних) было 10,1%.

Из анализов вышеприведенных взглядов и наблюдений можно сделать вывод, что диэта на жизнеспособность малярийного паразита почти никакого влияния не оказывает. Данных, подтверждающих провокационную способность той или иной пищи, также не имеется, следовательно, вопрос о вреде дынь, винограда, рыбы и т. д. нужно решать отрицательно. Вред не доказан, а необходимость фруктов и овощей очевидна, хотя бы потому, что они содержат витамины, содействующие борьбе с инфекциями.

Гэмограмма следующая: палочкоядерных 4, сегментированных 63, эозинофилов 4, лимфоцитов 27, моноцитов 2, Цветной коэффици, ент 0,59, Гемоглобина 55%, эритроцитов 4610000, лейкоцитов 3900, РОЭ 2 мм. в 1 час.

В описываемом нами случае мы имеем:

В описываемом нами случае али numersus viscerum totalis 1. Не частую аномалию развития—situs inversus viscerum totalis (обратное расположение внутренностей).

атное расположение внутренностся). 2. Наличие небольших сердечных расстройств, общее слабое развитие, анемию.

витие, анемию. По Рейнбергу указанная декстрокардия относится к 1 типу.

Диэта при малярии

А. С. Громов

Существуют взгляды, что при малярии некоторые пищевые продукты способны воздействовать не только на организм больного, но и на плазмодий, способствуя обострению или даже провоцированию заболевания. Каждый округ, каждый район имеет свои особые "вредные продукты", провоцирующие малярию. На Кавказе и в Крыму такой худой славой пользуется виноград, в Астрахани — соленая рыба, в Ср. Азиатских республиках — дыни и т. д. В старой литературе, можно встретить обоснование вреда дынь, его видели в том, что дыни содержат в большом количестве сахар.

Заблуждение это основано на том, что плазмодии малярии, как показал в 1912 году американский ученый БАСС, лучше растут на среде, содержащей сахар. Отсюда и возникла мысль о вреде сахара и всех сахаристых веществ.

При выдвижении теории о вреде дынь забываются некоторые детали: кровь человека в норме содержит 0,1 проц. сахара. Для получения культуры плазмодия необходимо 0,5 проц. сахара. Сколько бы человек не ел сладких веществ, количество сахара в крови никогда не поднимется до 0,5%. Предельная норма 0,13—0,18 процента, причем 100—150,0 сахара усваивается без явлений глюкозурии.

Да и сама жизнь опровергает эти доводы. Сахар содержится не только в дынях $(5,3-6,4^{\circ}/_{0})$, но и в употребляемом нами ежедневно чаю даже в большем количестве — $7 - 8^{\circ}/_{0}$.

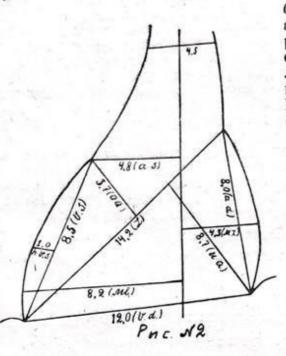
Несостоятельность "сахарной теории" ясна при самом элементарном анализе.

Как же все таки объяснить столь прочно сложившуюся худую репутацию дынь и винограда? По нашему мнению, она создана, главным образом, благодаря тому, что время созревания этих продуктов совпадает с сезоном подъема малярийных заболеваний. Главная масса рецидивов и свежих заболеваний в условиях Ср. Азии приходится на июль — сентябрь. В это самое время рынок изобилует дынями и виноградом. Невольно возникает мысль о какой-то зависимости, причем люди забывают правило, что post hoc не значит propter hoc (после этого не значит от этого).

Не менее плохой славой кое-где пользуются огурцы и помидоры, а местами даже мясо, грибы и яйца, чего уже никак нельзя объяснить "сахарной теорией".

Надо сказать, что до настоящего времени никто научно не доказал вреда хотя бы одного из перечисленных продуктов, данных же обратного порядка имеется не мало. Работники Московского Тропического института-проф. Тареев и Гонтаева в 1934 г. на основании своих работ пришли к следующему выводу: "биохимические исследования не подтверждают исключительного значения нарушения сахарного обмена при острой и хронической малярии".

"Кислотный и щелочный пищевой режим при назначении их больным с экспериментальной малярией не влияют существенно на клихушка сердца лежит на правом куполе диафрагмы, правое предсердие слева, восходящая аорта пульсирует, лежит также слева, нисходящая часть аорты находится справа от позвоночника. Левый контур сердца образован двумя дугами—верхняя за счет восходящей части дуги аорты, нижняя за счет правого предсердия. Правая сточасти дуги аорты, нижняя за счет правого предсердия. Правая сторона имеет 4 дуги: верхняя образована дугой аорты, нижележащиелегочной артерией и ушком левого предсердия и нижняя соответствует левому желудочку. Пульсация сердца несколько учащена с



обычной амплитудой коле. бания. Левый купол диафрагмы выше правого. Рет. рокардиальное пространство при втором косом положении сужено, аортальное окно без особенностей. Ретростериальное пространство свободно.

Ортодиаграмма сердца (рис. № 2), произведенная на высоте вдоха в момент диастолы (Аркусский), дает некоторое увеличение левого желудочка и предсердия и создает так называемую митральную конфигурацию. Митральная конфигурация не всегда говорит за наличие митрального порока, она может быть и вследствие экстракардиальных причин. В данном случае митральная конфигура-

ция является выражением конституциональных и возрастных особенностей.

Для установления характера декстрокардин и определения, имеется ли в данном случае полное перемещение внутренностей, было применено контрастное исследование желудка (бариева взвесь) после предварительной подготовки (рис. № 3). При исследовании в вертикальном положении установлено: желудок ортотонического типа, формы правильного крючка (Ридеровская форма), дно его и pars cardiaca расположены под правым куполом диафрагмы. Привратник находится у левого края позвоночника. Нижний полюс малой кривизны выше lin вііliaca. Желудок не расширен, контуры ровные, перистальтические волны более выражены на большой кривизне и вентральной части. Ритм перистальтики 15-16 сек. Рельеф слизистой при дозированной компрессии и пальпации представляется в виде стойких, тонких складок, расположенных почти параллельно. Болевые точки отсутствуют. Эвакуация желудка удовлетворительная. При повторном исследовании через З часа в желудке одна четверть первоначального количества контрастной массы.

Bulbus duodeni расположена влево от позвоночника почти вертикально, проходима, нормальной конфигурации. Двенадцатиперстная кишка заполняется не надолго по всей длине, расположена также слева. Нижняя часть двенадцатиперстной кишки (pars ascendens) имеет направление слева направо. Контрастная масса по выходе и

Случай Situs inversus viscerum totalis Ф. Г. Чиркин

Расположение сердца в правой половине грудной клетки — декстрокардия — в основном может быть от двух причин. Первой и наиболее частой причиной являются рубцовые патологические процессы в правом легком и плевре с последующим сморщиванием и перетягиванием сердца вправо, например: после эмпиэмы, при плевральном и легочном склерозе, при заболевании диафрагмы и др.

Второй причиной является врожденная декстрокардия как часть Situs viscerum inversus totalis (декстрокардия с гетеротаксией по Вакезу), т. е. общего перемещения внутренностей, при котором отделы сердца также перемещены, левый желудочек располагается справа, а правый контур сердца, образованный правым предсердием слева и, таким образом, ось сердца повернута слева направо, что создает полное зеркальное расположение отделов сердца (Н еменов).

Отечественные авторы-Рейнберг и Мандельштам на большом материале дают следующую классификацию декстрокардий:

А. Врожденные декстрокардии:

1) Неизолированные—частичное проявление Situs viscerum inversus totalis (тип I);

2) Изолированные:

а) с инверсией камер (тип II),

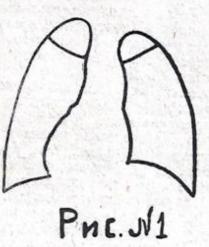
б) с нормальным взаимоотношением камер (тип III).

Б. Приобретенные декстрокардии (тип IV)

Декстрокардию часто стали распознавать при помощи рентгеновых лучей. Прижизненное распознавание декстрокардии и неправильного расположения внутренних органов имеет очень большое зна-

чение как для врача, так и для больного. Лечащий врач, не зная о наличии Situs viscerum inversus totalis, может не распознать аппендицита, заболеваний желчного пузыря, сердца и т. д.

Обратное расположение внутренностей, по сообщению многих авторов (Вакез, Аркусский, Неменов), не сопровождается обычно болезненными явлениями, но все же изредка наблюдается недостаточное общее развитие, малокровие и т. д. Описываемый ниже случай декстрокардин относится к последней группе и касается больной ученицы М—вой Е. П. 18 лет., направленной 26-VI-40 г. в поликлинику № 2 для рентгеноскопии сердца; у больной были жалобы на усталость и головокружение.



На рентгенограмме № 4199 от 26/VI-40 г. (Рис. № 1) имеется правостороннее расположение сердца с правосторонней талией. Вер-

мера с остатками мумифицированной пульпы. На месте сбитого бугра обнаруживал. ся дентин.

Через несколько дней после разреза свищ закрылся, больной выздоровел и стал питаться нормально.

До операции мы все предполагали, что инородное тело в языке один из многих осколков, поразивших нашего больного. Рентгенолог подтвердил то же самое.

Механизм внедрения зуба в язык возможен следующий: осколок шрапнели с большой живой силой сбил зуб, вогнал его в рыхлую ткань языка, сам же осколок прошел через мягкие ткани шеи справа на левую сторону ее и застрял там в глубине. Интерес нашего случая в его редкости, в своеобразном механизме повреждения языка и в том, что при отсутствии 6 зубов, вызванном ранением, никому не приходила мысль, что один из этих зубов мог внедриться в язык.

В доступной литературе по военно-полевой хирургии мы подобных случаев не встречали. Это заставляет нас его опубликовать.

49

венными". Они принадлежат собственным органам пострадавшего. О существовании таковых трудно догадаться в виду редкости этих случаев. Тщательный анализ механизма ранения может помочь разобраться в этом.

С этой точки зрения интересно одно наше наблюдение.

"Лейтенант С. был ранен в правую половину верхней челюсти, ближе к углу рта. В полость рта попало несколько металических осколков. Из них один застрял в горле, второй в области шеи, третий—в языке. Растройств дыхания не было. Рана была обработана на ДПМ через два часа после ранения. Вскоре появилось

умеренное кровохарканье. На передней поверхности шеи и верхней половины груди образовалась подконная эмфизема, рассосавшаяся только через две недели. Через три дня после ранения больной выплюнул один мелкий металлический осколок. Спустя семь дней после ранения он выплюнул инородное тело такой же величины. Через 16 дней после ранения С. был доставлен в челюстно-лицевое отделение госпиталя по поводу раненой верхней челюсти и выбитых во время ранения зубов (справа, сверху отсутствовало 5 зубов от 3 до 8-го и справа внизу не было одного премоляра). В челюстном отделени лейтенант пробыл две недели и переведен был к нам в 1-е хирургическое отделение.

При обследовании оказалось следущее: пикник, к репкого сложения и хорошего питания. Изменений со стороны внутренных органов не было.

Температура—субфебрильная. Формула крови нормальная. РОЭ—25—32 мм в час. На слизистой правой щеки, соответственно входному отверстию осколка, обравзовался бугристый рубец; отмечался также рубец звездчатой формы на твердом небе близ правой дужки. Сзади, на левой стороне шеи позади m. Sternolido – mastoid была значительная припухлость и болезненность. Опухлость на шее флюктуировала в глубине.

На рентгенограмме определялось металлическое инородное тело на уровне 5-го шейного позвонка, как это показано на рентгенограмме № 4. Под местным обезболиванием был сделан разрез паралельно грудинно-клю-

под местным обезооливанием был сделан разрез паралельно грудинно-ключично-сосковой мышце, и из глубины шеи извлечен небольшой свинцовый осколок почти округлой формы. Выделилось большое количество густого гноя. Флегмона эта через две недели закончилась. С. стал жаловаться на гнойные Гвыделения из глубины языка, в котором при иследовании оказался свиш. Зондом определялся косой ход на глубину 1 1/2 см от правого края языка в средней его части по направлению ко дну ротовой полости. Рентгенограммы показали наличие инородного тела с горошину, расположенного на 3,5 см от кончика и 1 см от края языка. (См рнс. № 2 и № 3).



Рис. № 4

Вскоре по ликвидации флегмоны больному произведена была вторичная оцерация: под местным обезболиванием разрез вдоль свища на соответствующую глубину, откуда был извлечен зуб. Последний представлял собой коронку первого малого нижнего коренного зуба со сбитым язычным бугром. Видна была пульпарная ка-

4-137

ответствует требованиям, вытекающим из материально-культурного роста советских людей. Многое дано советскому здравоохранению, но еще большие требования вправе предъявить к нему советское правительство, наша партия, весь советский народ.

IV съезд сельских врачей и санитарно-эпидемических работников призывает всех медработников и руководителей здравоохранения Киргизской ССР к выполнению следующих основных задач в области лечебной и профилактической работы и санитарной культуры:

 Превратить сельский врачебный участок в центр организации квалифицированной и своевременной медицинской помощи сельскому населению.

2. Довести занятость коек в сельских больницах до 310 дней в году. В целях осуществления полного использования коечного фонда съезд призывает всех врачей покончить с существующим положением, когда во многих сельских, особенно участковых больницах, госпитализируются только легкие случаи заболеваний.

 Использовать все имеющиеся возможности для госпитализации и самостоятельного лечения сложных случаев заболеваний, значительно сократив при этом процент больных, направляемых на госпитализацию в городские и крупные районные больницы.

4. Не ограничиваясь только направлением больных в райцентры, установить, что врач участка должен узнавать поставленные там диагнозы, проводившиеся методы лечения и результаты его.

 Все участковые врачи должны овладеть методами лабораторных исследований и подготовить в помощь себе лаборантов из средне го медперсонала своего участка.

 Правильно использовать время для проведения профилактичес кой работы, содержание которой должно быть:

а) чтобы в радиусе обслуживания каждого врачебного участка, гд находятся фельдшерские и фельдшерско-аккушерские пункты, вра систематически выезжал для оказания им необходимой помощи в орга низации лечебной и санитарной работы, в осмотре больных, в обследс вании населенных пунктов, в проведении лекций и бесед;

б) резкое снижение общей заболеваемости и ичфекционных боле: ней путем безусловного выполнения государственных планов проведения ния предохранительных прививок, против оспы, дифтерии, дизентерии брюшного тифа;

в) своевременное выявление всех инфекционных больных, полная и госпитализация и последующая санитарная обработка очагов эпидеми

7. Все медицинские работники сельской лечебной сети должны быт вовлечены в активную работу по быстрейшему оздоровлению населния от кожно-венерических заболеваний, трахомы и малярии — этог тяжелого наследия царизма. В этих целях должен быть организова тщательный учет больных, обеспечен своевременный контроль за пр вильностью лечения и проведения оздоровительной работы в бы больных.

8. К 1-му августа полностью закончить лечебно-оздоровительну работу с призывниками, подлежащими призыву в 1941 г.

9. Съезд поручает Наркомздраву раз в 3—4 месяца созывать по с ластям республики конференции сельских врачей с постановкой на н научных докладов о достижениях современной медицины.

 Превратить районные больницы в консультационный центр д участковых врачей, в место обмена опытом, обсуждения планов и итог лечебно-профилактической работы.

11. Овладение техникой переливания крови всеми врачами, фели шерами и медсестрами.

кыргызстандын советтик саламаттык сактоосу Советское Здравоохранение Киргизии



Ответственный редактор С. К. Лобынцев Ответственный секретарь А. Ф. Яковлев

> № 4 *14552* ГОД ИЗДАНИЯ 4-й

НАРОДНЫЙ КОМИССАРИАТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КИРГИЗСКОИ ССР гор. Фрунзе 1941 год

Page 55 of 91

колхозных масс, возглавить движение трудящихся за наведение чисто. ты и порядка и санитарное благоустройство населенных мест. 25. Важнейшим мероприятием по санитарному благоустройству дол.

25. Важнейшим мероприятием по сапитарному онагоустройству должно быть строительство колхозных бань, наведение чистоты на улицах и площадях, устройство общественных уборных и уборных в каждом дворе.

дворе. 26. Повести решительную борьбу с теми, кто свыкаясь с грязью, антисанитарией и захламленностью, не хочет серьезно работать по санитарному благоустройству предприятий, учреждений и населенных мест. Товарищи, съезд призывает всех медицинских работников Киргиз.

ской ССР к укреплению трудовой и государственной дисциплины в лечебных и профилактических учреждениях, твердо и неуклонно проводить в жизнь Указ Президиума Верховного Совета Союза ССР от 26

Съезд призывает всю медицинскую интеллигенцию неуклонно повышать свой йдейно-политический уровень путем глубокого изучения истории большевистской партии и произведений классиков МАРКСИЗМА — ЛЕНИНИЗМА.

Да здравствует партия Ленина-Сталина!

Да здравствует друг, учитель и вождь — Великий СТАЛИН!

случаях грамположительные палочки, кокки, псевдодифтерийные паслучаях грамположитсявие паном случае отмечались сплощь, в ослочки и др. ленкоциты в основания. Таким образом, на основания лаботальных данных, в 10 случаях, т. е. у 15% всех явившихся, в предраторных данных, в то слу наружены патологические изменения, трестательной железе обла облару обследованных Черкесом было про-бовавшие лечения. У 60% всех обследованных Черкесом было произведено исследование спермы. Полученные результаты характери. изведено исследование сперими: гонококки выросли в 2 случаях. зовались следующими диплоккоки в 1, стафилококки в 19, стрептококки в 2, псевдодифтерийные палочки, грамположительные палочки, кок. ки в 16 случаях, лейкоциты в сперме были в 1 случае до 20 в поле зрения из 23 случаев. Посев спермы у 40 лиц, считавших себя на протяжении 1-3 лет совершенно излечившимся от гоноррен, по уверению отпустивших их врачей, обнаружил значительный рост различной микробной флоры. О чем же говорит работа Черкеса? Нам думается, что своей работой Черкес лишний раз подчерк. нул, насколько необходимо тщательно проверить больного перед тем, как окончательно его отпустить. Эта работа лишний раз подчеркивает, что даже в крупных поликлиниках возможны грубые ошибки по вопросу об излечении осложненной гонорреи. Безусловно, эти ошибки в основном являются следствием неточности всех тех методов, которые являются нам основанием для критерия об излечении от гонорреи.

Следовательно, нужно не упрощать методики исследования, а наоборот, углублять ее; при этом, нам думается, провокационные приемы могут не раз оказывать значительную услугу при выявлении осложненной гонорреи. Вместе с тем мы полагаем, что врачи часто недостаточно требовательно относятся к вопросу об излеченности больных, и поэтому считаем, что отпущенный больной должен контролироваться после перенесенной гонорреи уретры на протяжении двух месяцев, а после гонорреи с осложениями на придаточных железах не менее 6 месяцев, и это лишь может дать нам относительную уверенность в ее излеченности.

Резюмируем сказанное:

1. Гоноррея слизистой излечима.

2. Гоноррея очаговая излечивается также, но срок лечения находится в прямой зависимости от ряда причин, среди которых анатомическое устройство канала и придаточных желез, а равно особенности реакции организма и конституция больного играют не последнюю роль.

 Тщательный анализ всех данных, полученных при исследовании канала, его лакун и половых желез, должен быть положен в основу суждения об излеченности гонорреи.

При этом на наш взгляд нельзя обойтись без провокационных приемов.

4. Из всех существующих методов провокации ни на одном нельзя базироваться, как абсолютно верном. Лишь комбинация нескольких методов провокации, применяемых одна вслед за другой или по возможности сразу, дают с последующим контролем сравнительно исчерпывающие данные об освобождении организма от инфекции.

5. При латентной гоноррее абсолютно верного критерия для суждения по данному вопросу мы не имеем.

6. Уретроскопия является ценным пособием для решения этого вопроса.

12. Съезд призывает всех руководителей здравоохранения республики проявлять максимум заботы о сельских врачах и средних медицинских работниках, о создании для них вполне нормальных производственных, культурно-бытовых и особенно жилищных условий, являющихся важнейшим фактором укрепления и правильного функционирования сельских врачебных участков.

13. Считать важнейшей государственной задачей всех медицинских работников и руководителей здравоохранения резкое снижение детской смертности, инфекционных заболеваний, особенно желудочно-кишечных.

14. Съезд медицинских работников призывает всех врачей, средних медработников и руководителей здравоохранения осуществить 100% по госпитализацию всех детей с инфекционными, желудочно-кишечными заболеваниями, особенно и в первую очередь с токсической диспепсией.

15. Не позднее 15 апреля подготовить для детских инфекционных заболеваний стационары, снабдив их необходимым инвентарем, медикаментами и подобрать медперсонал, могущий обеспечить высоко квалифицированное лечение, а, стало быть, и максимальное снижение смертности.

16. Самым решительным образом изжить из наших лечебных учреждений формальное и казенное отношение к матери больного ребенка, добиваясь этим, чтобы сами матери своевременно госпитализировали больных детей.

17. Съезд считает важнейшей обязанностью всех лечебных учреждений госпитализировать больных детей в первые же дни заболевания и тем самым покончить с имевшими фактами, когда больных детей приносили на госпитализацию в запущенном, тяжелом и безнадежном состоянии.

18. Развернуть среди матерей вполне продуманную и целеустремленную санитарно-просветительную работу о правильном уходе и вскармливании ребенка, организуя эту работу через «школы матерей», в консультациях, яслях, роддомах, в колхозных бригадах.

19. Взять на учет всех детей недоносков, ослабленных, переболевших, близнецов и систематически вести наблюдение за ними.

20. Осуществить патронаж детей не только через специально выделенных патронажных сестер, но и всеми средними медицинскими работниками городской и сельской лечебной сети.

никами городской и сседенов всех медицинских работников оказывать су-21. Съезд призывает всех медицинских работников оказывать существенную помощь в организации колхозных детских яслей.

Основное содержание работы колхозных дет'яслей должно быть:

Основное содержание работы колиссионных детских заболеваний и а) Максимальное снижение инфекционных детских заболеваний и освобождение матери колхозницы от забот по воспитанию ребенка в тот период, когда она должна быть занята на полевых работах;

б) Чтобы мать-колхозница, уходя на работу, была в полной уверенб) Чтобы мать-колхозница, уходя на работу, была в полной уверенности, что ее ребенок сыт и находится в надежных руках культурных воспитателей.

22. Осуществляя решения XVIII Всесоюзной конференции ВКП(б), Съезд медработников призывает всех врачей, руководителей лечебных учреждений быть застрельщиками, инициаторами широкого похода против грязи, бескультурья, за образцовую социалистическую культуру.

23. Чтобы в полной мере осуществить решения партконференции, необходимо, чтобы сами лечебные учреждения были образцом санитарной культуры.

24. Организуя широкий колхозный актив и опираясь на активность

Заболевания нами разделены на 4 группы: 1) Параметриты, 2) Сальпингиты, 3) Аднекситы и 4) Метро-Эндометриты. Цервициты (эрозии), периметриты, недоразвитая матка и девиации ее, встречавшиеся относительно редко, вошли в указанные 4 группы.

Мы имеем:

1)	Сальпингитов							•	•			262
2)	Параметритов								*			166
	Аднекситов (тя											
4)	Метро-Эндомет	'pı	HT	OB						•		25

Наибольшее количество больных падает на возраст 25—35 лет. Национальный состав больных следующий:

русских				. 30	украинцев.					39	
татар .				. 2	узбеков					6	
киргизов				. 1							
немцев .					армян		12		÷.	3	
евреев .							٠.	4		1	
чехов .				. 3	казахов	٠.				1	
литовцев										1	
поляков	•	•	•	. :	финнов					1	
		-									

Итого 414 (остальные не указаны).

Социальный состав:

рабочих .														152	
служащих		•				 		1						252	
домохозяе	к.	•										1	1	66	
студентов	- 28	•			14					12	12	1	12	7	
колхознико)B		•	•	•									1	

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ

Результаты лечения мы учитывали, исходя из анатомических, •функциональных и субъективных данных.

Мы выделили группу выздоровевших и группу получивших значительное улучшение, граничащее с выздоровлением; в обеих группах ни жалоб, ни патолого-анатомических изменений при выписке не было.

В третью группу отнесены получившие улучшения; в этой группе остались некоторые анатомические изменения и субъективные жалобы.

В четвертую группу отнесены больные, где в результате лечения наступало обострение. Эту группу — малочисленную — нельзя отнести к неудачам, так как мы знаем по своему опыту курортной работы, что обострение, возникшее на курорте, в дальнейшем в большинстве случаев проходит, и наступает либо улучшение, либо выздоровление.

Пятую группу составляют больные, где лечение осталось без-

Эффективность действия термальных источников курорта Иссык-Ата в связи с системой комбинированного лечения¹⁾

Доцент С. И. Кутновский

В большинстве отчетных сообщений об эффективности лечения на том или ином курорте мы находим следующую терминологию: выздоровление, улучшение, без изменений и т. д. Такое обозначение не точно отражает истинное положение вещей; каждая, даже самая тщательно разработанная статистика, грешит неполнотой, особенно там, где манипулируют языком "средних" цифр.

Имеются попытки учитывать результаты курортного лечения на основании объективных признаков. Так, проф. Андреев предлагал вести учет на основании динамометрических исследований, проф. Брейтман — антропометрических — соотношения размеров органов человека, исходя из зависимости морфологии от эндокринной системы, проф. Синельников делал заключения на основании биометрических измерений. Все это—законные искания; действительно, хотелось бы иметь совершенно объективную методику определения эффективности курортного лечения, но на сегодняшний день таких методов мы не знаем. К тому же курортный больной в большинстве случаев является гостем издалека; не зная полной социально-биологической формулы его до прибытия на курорт, не имея возможности получить данные отдаленных результатов, не всегда возможно дать должную оценку результатам курортного лечения.

Указанные факты и явились мотивом для того, чтобы мы поделились нашими впечатлениями на основании многолетнего опыта работы на курорте Иссык-Ата. Нам приходилось наблюдать многих больных повторно в течение нескольких сезонов, многих больных мы направляли сами из наших лечебных учреждений города, где в дальнейшем имели возможность наблюдать у них то или иное действие проведенного курортного лечения.

Еще несколько слов относительно диагностики и номенклатуры заболеваний. Путевки больных, присылаемых на курорт, пестрили заключениями: ревматизм, ревматический полиартрит, хронический ревматизм, подагра. Но эти диагнозы в большинстве случаев не соответствовали действительности. Ревматизм, так хорошо известный всем больным, на самом деле встречается не так уж часто. Для установления его требуется ряд объективных изменений. Поэтому первая задача курортного врача заключается в определении более или менее точного диагноза заболевания. Больных с заболеваниями опорно-двигательного аппарата необходимо раздевать донага, и тогда только выясняется много ценных деталей. Очень много больных, присылаемых с диагнозом "ревматизм", оказывались носителями плоских стоп, варикозных вен нижних конечностей и прочих заболевания, ничего общего с ревматизмом не имеющих.

 Доклад на первом пленуме Научно-курортного совета Киргизии 19 августа 1940 г.

17

При суставных заболеваниях собирание подробного анамнеза имеет такое же значение, как и при заболеваниях органов брюшной полости. Необходимо всегда искать входные ворота инфекции: миндалины, зубы, половые органы. Об этих азбучных истинах можно было бы и не говорить, если бы они так грубо и так часто не нарушались.

Из заболеваний опорно - двигательного аппарата на бальнеологических курортах чаще приходится иметь дело с заболеваниями суставов. Большинство наших больных с заболеваниями суставов имели отметку в наших историях болезни—хронический инфекционный артрит; ревматические артриты отмечались в тех случаях, где обнаруживались изменения со стороны сердечно-сосудистой системы. Больных с острыми артритами было человек десять.

У этой группы больных мы проводили медикаментозное лечение (салицилаты в чистом виде или в комбинации с иодистыми препаратами). Очень осторожно применялись ванны.

У больных с хроническими заболеваниями суставов лечебным доминирующим фактором являлся термальный источник. Но наряду с ваннами мы довольно шароко проводили лечение медикаментозное и физическими методами. Результаты получались вполне благоприятные.

При малейшем подозрении на люэтическую инфекцию (а о ней необходимо всегда помнить) мы охотно и широко применяли также иодистые препараты.

Необходимо отметить следующий факт. У большинства больных, у которых имелась отметка истинного заболевания суставов, наблюдалась купальная реакция в конце первой декады.

Это обстоятельство мы, в известной степени, использовали для диференциальной диагностики. При сомнительных клинических явлениях, когда мы затруднялись в установлении точного диагноза, мы руководствовались наличием или отсутствием купальной реакции.

Не так давно д-р Бошно опубликовал свои наблюдения над ранней реакцией суставов в связи с метеорологическими и климатическими условиями. Курорт Иссык-Ата является высокогорным; изменение барометрического давления, действительно, оказывает известное влияние на патологически измененные ткани замкнутой полости, какую из себя представляет сустав. Однако, в эти наблюдения необходимо ввести следующую поправку. Больные, которых наблюдал д-р Бошно, транспортировались на курорт из города Фрунзе на конных бричках. Дорога протяжением 45 километров проходила через горный перевал, на преодоление которого затрачивалось 12—18 часов утомительной езды. Больные в ту пору, действительно, поступали на курорт с выраженными явлениями "дорожной" реакции. За последние годы, благодаря новой автомобильной дороге, такой реакции мы не отмечали.

Насколько благодарным объектом для бальнеологического лечения являются хронические воспалительные процессы суставов, настолько скромные результаты получаются при лечении деформирующих изменений в суставах конечностей и позвоночника. Мы наблюдали группу больных с артрозами и спондилезами. Обычный курс бальнеотерапии давал нам малоутешительный эффект.

Прекрасные результаты получались при лечении тугоподвижности суставов после травм.

Бальнеотерапия в комбинации с массажем, активной и пассивной мототерапией давала возможность в короткий срок добиваться хороших, стойких результатов. Аналогичные результаты получались и при

2-137

Несколько слов о возможности лечения на курорте Иссык-Ата последствий ранений и травм. Большого материала мы не имеем, ноучитывая особенности курорта Иссык Ата, его прекрасный климат, наличие источников, можно думать, что мы имеем очень благоприятные условия для лечения последствий травм и ранений. На Курорте Койсара нам приходилось наблюдать действие высокогорного солнца на раны. Туда приезжали люди со свищевыми формами остеомиэлита. Собственно говоря, формально им противопоказан курорт, но мы оставляли их на курорте, чтобы наблюдать за ними. Мы снимали с таких больных всякие повязки, оставляли их в одних трусах, и очень быстро раны и свищи закрывались. В Иссык-Ата, при наличии еще минеральных источников, можно прекрасно организовать лечение последствий ранений.

Выводы:

1. Сочетание высокогорного климата с наличием термальных источников создает исключительно благоприятные условия на курорте Иссык-Ата для лечения многих форм заболеваний человеческого организма.

2. Хорошие результаты получаются при лечении воспалительных процессов опорно-двигательного аппарата, женской половой сферы, периферической нервной системы в хронической стадии при правильных показаниях.

 Наблюдения над больными после ранений и травм показали хорошие результаты комбинированного лечения как в смысле ликвидации патологических процессов, так и в смысле восстановления трудоспособности.

4. Комбинированный метод лечения на курорте Иссык-Ата вполне себя оправдал. В дальнейшем этот метод должен найти еще большее развитие и совершенствование.

5. Наши попытки проводить бальнеологическое лечение "сильными" дозами при правильном отборе больных дали положительные результаты. В дальнейшем необходимо широко поставить эту систему лечения, одновременно проводя тщательное наблюдение за этой категорией больных.

6. В связи с этим имеется полная возможность пересмотреть сроки лечения на курорте Иссык-Ата для тех больных, которым позволительно применить систему лечения "сильными" дозами. Сроки пребывания на курорте можно установить от 24 до 26 дней.

7. Необходимо провести дальнейшие наблюдения, с точной документацией и привлечением специалистов, над влиянием курорта при заболеваниях сердечно-сосудистой системы и термальных источников на некоторые желудочно-кишечные заболевания.

20

Опыт применения современной классификации легочного туберкулеза

33

В санатории найдено следующее. Б-ой удовлетворительного питания. Умеренный кашель с мокротой. Температура нормальная. Справа под ключицей и у ости лопатки бронхиальное дыхание и средне и крупнопузырчатые хрипы, ниже—до 4 ребра и середины лопатки жесткое дыхание. Со стороны сердечно-сосудистой системы заметных уклонений от нормы не отмечается, функциональные пробы указывают на хорошее функциональное состояние ее. Со стороны других органов также ничего патологического не найдено. ВК+. ЭВ+. РОЭ-31 мм в час, умеренный сдвиг лейкоцитарной формулы влево (палочкоядерных—10%), лейкоцитов—8,200. На рептгенограмме под правой ключицей каверна величиной с грецкий орех, с ясно очерченной стенкой, с инфильтративной реакцией вокруг, ниже до 5 ребра среднеочаговые изменения частью плотные, частью мягкие, от каверны к воротам идет "отводящая дорожка", слева в 3-м межреберьи несколько мягких очагов.

Диагноз: хронический фиброзно-кавернозный тбк легких в фазе затихающей инфильтративной вспышки и обсеменения В $\frac{1.2.3}{2}$ ВК +. В данном случае мы имеем дело с многолетним процессом, повидимому, 10 летней давности. За последние два года несколько вспышек, последняя—два месяца назад. При клиническом исследовании найден фиброзно-кавернозный тбк правого легкого с обсеменением частью старым, частью свежим до 5 ребра с той же стороны и небольшим свежим обсеменением в среднем поле левого легкого. Затихающая инфильтративная вспыш-

ка. Искусственный пневмоторакс не удался. Необходимо санаторное лечение, работоспособность в ближайшие месяцы ограничено восстановится, отдельный прогноз без хирургического вмешательства неблагоприятный. После успокоения вспышки, в стадии интервала показана операция торакопластики, может быть с предварительным наложением искусственного пневмоторакса слева.

9. Цирроз легких

Случай 7. М. Б., 46 лет. Много лет кашляет, несколько раз были кровохарканья, два раза умеренные кровотечения, за последние годы жалуется на одышку. ВК+, ЭВ-. РОЭ-25 мм. в час, лейкоцитарная формула в пределах нормы, лейкоцитов-6.800. Грудная клетка слева уплощена, дыхательные экскурсии ее резко ограничены. Сердце резко смещено влево, "симптом вилки" Рубинштейна (смещение трахеи влево). Сердечные тоны глухие, но отмечается акцент на 2 тоне над легочной артерией. Одышка, выраженный цианоз.

В легких слева до 2 ребра амфорическое дыхание и крупнопузырчатые хрипы, ниже рассеянные сухие хрипы, справа ослабленное дыхание, на рентгенограмме резкое смещение сердечно-сосудистой тени влево, левый гемиторакс сужен, в верхнем поле цирротическая каверна величиной 6×5 см., ниже массивные плевральные наложения: справа на фоне повышенной прозрачности легочной ткани расссянные мелкие и средние очаги в фазе уплотнения.

Диагноз основной: цирротический ток левого легкого с обсеменением справа, в фазе уплотнения В 1.2.3 ВК-. Диагноз дополнительный: эмфизема правого легкого, миокардиодегенерация.

Работоспособность резко понижена, терапия симптоматическая, отдаленный прогноз неблагоприятный из-за возможности профузного кровотечения или наступления глубокой степени сердечной недостаточности.

10. Плевриты

Не исключая различной этиологии так называемых идиопатических плевритов, мы знаем теперь, что большинство их туберкулезного происхождения. Очень часто после плеврита вскоре или позднее развивается тбк легких. Включение плевритов в клиническую группировку легочных форм тбк имеет глубокое научное и практическое значение. Этим определяется современный взгляд на плевриты, как на туберкулезное заболевание и подчеркивается необходимость специального наблюдения и лечения больных плевритом, как туберкулезных больных.

3-137

Выводы:

1. Классификация легочного тбк, принятая II съездом, не соответствует более современному уровню наших знаний и практическим задачам туборганизации и всей системы здравоохранения.

2. Новая классификация клинических форм легочного тбк нахо. дится на современном научном уровне и удовлетворяет практическим требованиям клинической и социальной диагностики, терапии, профилактики и организации противотуберкулезной борьбы.

3. Новая классификация противоту серкулсовой сорвен. в себя все известные клинические синдромы и рентгено-морфологические формы легочного тбк в различных фазах их эволюции.

 Необходимо освоение новой классификации врачами всех специальностей, особенно рентгенологами, терапевтами и педнатрами.

34

Ко всем медицинским работникам Киргизской ССР

Обращение IV Республиканского Съезда сельских врачей и санитарно-эпидемиологических работников

ТОВАРИЩИ!

В братской семье многомиллионного Советского народа трудящиеся Кнргизии живут полнокровной и радостной жизнью. Киргизский народ — равный среди равных, — навеки освобожденный от подневольного и рабского труда, от зверской эксплоатации и физического вырождения, теперь, в условиях советского строя, в условиях грандиозных побед строительства, невиданными дотоле темпами развивает подлинно народную культуру, экономику и хозяйство своей республики, крепит могущество Страны Советов.

Нет больше порабощенной и неграмотной Киргизии. Кануло в вечность и никогда не вернется тяжелое и мрачное прошлое Киргизского народа. На смену безрадостной, полной народного несчастия жизни, восторжествовали великие идеи ЛЕНИНА и СТАЛИНА, идеи торжества человеческого счастья, радостного и свободного труда.

Киргизы — верные сыны своей родины, преданные родной партии ЛЕНИНА — СТАЛИНА, — впервые в истории колониального рабства обрели свою подлинно народную власть, которая выражает интересы и волю трудящихся, организуют свободный и вдохновленный социалистический труд миллионов советских людей.

В дореволюционной Киргизии здравоохранения фактически не существовало. Жалкая сеть лечебных учреждений, состоявшая из 6-ти небольших неблагоустроенных и неприспособленных больниц, в которых работало всего лишь 14 врачей, была доступна только для имущих. Бедняков же, людей неимущих—вовсе не лечили.

Социальные болезни — туберкулез, трахома, венерические, кожные заболевания были широко распространены, от частых и тяжелых эпидемий вымирали тысячи людей. Только при советской власти народное здравоохранение, являющееся величайшим завоеванием Октябрьской Социалистической Революции, получило в Киргизской Республике широкое развитие, и медицинская помощь стала близкой и доступной трудящимся массам. 77 больниц в городах, рабочих поселках, аилах и кишлаках с 2859 койками, 529 врачей, 2670 средних медицинских работников, 1.400 учащихся в медицинских учебных заведениях Республики вот неполный итог колоссальной заботы, проявляемой советским государством, большевистской партией и лично товарищем СТАЛИНЫМ о процветании Киргизского народа.

Бесспорные и значительные успехи в области организации своевременной и квалифицированной медицинской помощи трудящимся налагают на нас, медицинских работников, задачу не успокаиваться на достигнутом, тем более, что в нашей работе еще имеется много недостатков, ибо еще не использованы все наши возможности в деле дальнейшего укрепления здравоохранения в Киргизии. Мы прямо и честно должны признать, что медицинская помощь отстает и полностью еще не со-

Page 65 of 91

перерыв в грязелечении; если у больной первые грязевые вагинали ные тампоны вызывают сильную реакцию как общую, так и местнук следует тоже на время воздержаться от вагинального грязевог лечения. Во всех остальных случаях во время месячных можн продолжать местное грязелечение. Наш вывод таков: в применени грязей во время месячных нужна индивидуализация.

Показания к применению влагалищного грязевого лечения впер вые установлены гинекологической комиссией Центрального Науч ного курортного совета в 1927 г.*) Показанными только для вла галищного грязового лечения следует считать случаи, где по обще му состоянию здоровья более широкое грязелечение не может при меняться (сердечные заболевания, туберкулез).

Гительсон Ю. Э. пишет: "Для группы гинекологически» больных, страдающих заболеваниями сердца, легких, центральной и периферической нервной системы, малокровных, истощенных, лечение грязевыми тампонами является своего рода ultimum refugium".

Сюда же нужно присоединить заболевания почек и некоторые заболевания органов внутренней секреции, напр., Базедову болезнь,

Для влагалищного лечения мы употребляем осадочную грязь из источника № 3, носящего название Ак-Булак, она добывается со дна бассейна близ места выхода источника из недр земли.

Грязь источника № 3, как и большинство грязей минеральных источников, относится к иловой.

Состав ее исследован сотрудниками ЦНИИ Курортологии, но этих данных нет в нашем распоряжении.

Известно, что состав грязи минеральных ключей стоит в зависимости от состава питающего источник (Щукарев С. А., Александров В. А.).

Анализ же воды источника № 3, произведенный профессором В.А. Новиковым, дает следующее: в одном литре воды содержится:

Na—0,2049, K—0,0272, Ca—0,1368, Mg—0,0352, Fe—0,0014. Сумма катионов—0,4055.

Cl-0,1322, SO₄-0,4781, HCO₃-0,3284, SiO₃-0,0037, NO₂, NO₃, N₄-нет, H₂S-0,0003; сумма анионов-0,9424.

Минеральный состав источника № 3 в виде солей следующий:

Na CI-0,2181, Na² SO₃-0,0056, Na² SO₄-0,3453, K² SO₄-0,0605. Ca SO₄-0,2998, Ca (HCO₃)²-0,1961, Mg (HCO₃)²-0,2115, Fe (HCO₃)²-0,445, сумма-1,3814.

Физическая характеристика грязи источника № 3, употребляемая на курорте Джалал-Абад, такова: цвет грязи во влажном ее состоянии, к котором она и употребляется для тампонов, темно-серый со стальным оттенком.

Высохшая грязь более светлая и имеет синеватый оттенок. При растирании между пальцами она превращается в порошок, в котором ни глазом, ни пальпацией не удается определить мелких плотных частиц. Она обладает достаточной пластичностью вследствие того, что ее кристаллический скелет состоит из мельчайших частиц. Известно, что чем меньше эти частицы, тем грязь пластичнее. Нормальным скелетом лечебной грязи считается кристаллический скелет, состоящий из частиц, размеры которых колеблются в пределах от 0.25 мм.до

*) Курортное дело 1927 г. № 5.

Комбинированное лечение ваннами и грязевыми тампонами гинеколог. заболеваний 11

СПОСОБ УПОТРЕБЛЕНИЯ ГРЯЗИ

Накануне грязь, разведенная водой из того же источника, протирается через сито и нагревается в водяной бане в течение двух часов; температура грязи при этом доходит до 80° Цельсия.

По мнению проф. Буксер Е. С., водяная баня позволяет применять более высокие температуры нагрева без изменений свойствгрязи, чем паровое нагревание. Перед употреблением грязь вторично нагревается до 50—55°, после чего она вводится через цилиндрическое каучуковое зеркало; зеркало наполняется грязью, вводится во влагалище, и грязь проталкивается при помощи ватного шарика на корнцанге.

Такой способ введения применяют также доц. Дик В. Г. и Гительсон Ю. Э.

Дик видит достоинство способа в удобстве контроля температуры вводимой грязи и в тесном прилегании грязи к стенкам влагалища; некоторые гинекологи вводят таким же образом грязь, завернув ее предварительно в марлю; этим облегчается более легкое извлечение грязевых тампонов; отрицательной стороной последней техники является невозможность при ее применении равномерно выполнить грязью влагалище.

С введенным грязевым тампоном больная направляется в ванну, где находится 10—15 минут, после чего она лежит в постели около часа; затем грязь выводится посредством спринцевания водой из минерального источника, температура которого около 40° (Кыз-Булак) и, наконец, больная повторно лежит в постели около часа.

Гительсон рекомендует вводить грязевой тампон после приема больной теплой минеральной ванны. Курсовое количество грязевых тампонов колеблется от 18 до 24, количество минеральных ванн до 25—27. При параметритах—в большинстве случаев, при сальпингитах—редко, кроме грязи, ванн и спринцеваний делаются молочные уколы; курс—10 инъекций. При ретродевиациях присоединялся массаж.

При эндометритах, сопровождающихся обильными месячными (больше 6—7 дней), применяются инъекции эрготина и горячие спринцевания в постели подогретой до 60—65° минеральной водой 2раза в сутки.

Месячные, как указано было выше, мы не считаем противопоказанием к грязевому лечению; в период месячных нами проводилась полностью вышеуказанная терапия. Только в исключительных случаях (при очень обильных месячных и возбуждении больных) приходилось на 2—3 дня прекращать все процедуры. В результате такоголечения месячные становились нормальными как в количественном, так и в качественном отношении.

Собственный материал, взятый, наряду с литературными данными, в основание настоящей работы, составляет 485 хронических гинекологических больных, леченных грязевыми тампонами за время с 1937 г. по 1940 г. За 1937 и 1939 г. разработан весь гинекологический материал, за 1938 и 1940 г. за апрель—июль месяцы:

					×	S		1		V	Т	0	r c	,	1						485
	1940.		•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	٠	•	1	•	•		•	•	10
	1937		•	•	•	•		•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	76
за	1937-	1	93	88	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	•	101

Диагноз: параметрит. Матка в антефлексии, отклонена вправо, слева опуходь с ладонь,

лонь. Лечение: грязь, спринцевание, ванны, не прерывавшиеся и во время месячных *). Результаты: после 23 грязевых темпонов и 25 общих ванн — полное рассасывание инфильтрата, месячные безболезненны, один раз в месяц, не обильны.

СЛУЧАИ ВЫЗДОРОВЛЕНИЯ И ЗНАЧИТЕЛЬНОГО УЛУЧШЕНИЯ

Клавдия П. 35 лет, служащая, работник искусства. Поступила 16/II-1940 г., выписалась 14/III-40 г., история болезни № 24/299, вес 63,2, при выписке 67,4. Диагноз-пара-метрит. Больна 5 лет после аборта. Месячные 7-8 дней, обильные, болезненны, Матка при поступлении в антефлексии — отклонена кзади, нормальной величины; слева опухоль величиной с ладонь, справа --- тоже.

Лечение: грязь, спринцевание, ванны источника № 2 (Кыз-Булак, температу. ра 40°), молочные уколы.

ра чо ј, молочные уколы. При выписке: матка в антефлексии, отклонена кзади, нормальной величины, под-вижна. Справа и слева изменений нет. Выздоровление. Зинаида Н. 30 лет. служащая, поступила 4/V - 40 г., выписалась 1/VI - 40 г., история болезни № 292/410. Диагноз— параметрит. Заболела с 1933 г.; беременностей 4, из них нормальные роды — І, выкидыши — І, абортов 2. Месячные с 16 лет, через 28 дней по 3 дня, нормальны. Матка в антефлексии, отклонена кзади, нормальной величины, слева тяж в палеи. сполва опуходь величиной в ладонь. Де не вис величины, слева тяж в палец, справа опухоль величиной в ладонь. Лечение: грязь, спринцевание, ванны источника № 2 (Кыз-Булак); молочные уколы. При выпис-ке; матка — положение тоже, подвижна. Справа и слева прощупываются придатки без особых изменений. Выздоровление.

СЛУЧАИ УЛУЧШЕНИЯ

Александра Д., история болезни № 876/928 1940 г., 26 лет, служащая, украинка, медсестра. Диагноз — параметрит. Больна 3 года после внематочной беременности. Беременностей 4, закончившихся абортами 2 и внематочных 2. Месячные с 17-ти лет, в последнее время по 4 - 7 дней с перерывами, с сгустками, через 28 дней. Матка в антефлексии, отклонена кзади, нормальной величины, слева опухоль, превышающая большое яблоко.

Лечение: грязь, спринцевание, ванны источника № 3 (Ак-Булак), молочные уколы.

При выписке: матка нормальной величины; слева опухоль меньше грецкого ореха. Улучшение.

Валентина П., 26 лет, служащая, русская, история болезни № 714/740. Поступила 3/VI - 40 г. Выписалась 2/VII-40 г Диагноз—параметрит. Беременностей не было. Бо-лезненная менструация через 28 дней, в небольшом количестве. Сколько времени больна-не указано. Матка в антефлексии, ретропозиции, увеличена; справа и слева инфильтрат в виде опухоли, превышающей большое яблоко.

Лечение: грязь, спринцевание, ванны в Ак-Булак (№ 3) При выписке: матка нормальной величины. Слева и справа пастозность. Выписана с улучшением.

Влагалищное грязевое лечение показано в громадном большинстве случаев гинекологических воспалительных заболеваний наряду и одновременно с применением других методов лечения; в комбинации с ними оно является могучим фактором, повышающим эффективность результатов действия каждого метода, взятого в отдельности.

Доцент Ташкентского Медицинского института Пеньков Г. В., работавший на курорте Джалал-Абад в сезон 1933 г. и на курорте Иссык-Ата (Арасан) в сезон 1934 и 1936 г., применяя лишь бальнеологические методы, пришел к заключению, что взятые изолированно, эти методы являются сравнительно мало эффектными; для большей эффективности в случаях ретродевиаций матки он пользовался также гинекологическим массажем и в этом случае получил значительно лучшие результаты, чем от применения одних ванн.

Профессор Брусиловский Е. М. в главе XI "Основы Курортологии", касаясь комбинированных методов лечения на курортах, пишет: "При комбинированном методе лечения получается повышение про-

14

^{*)} Во время месячных больные посещают не общий бассейн Ак-Булак, а отдельные ванны в Кыз-Булаке.

Комбинированное лечение ваннами и грязевыми тампонами гинеколог. заболеваний

При комбинированном лечении минеральными ваннами и грязевыми тампонами она встречается очень редко. Напротив, одновременное влагалищное лечение и общие грязевые ванны, по литературным данным, переносятся больными тяжело, сопровождаясь усталостью, разбитостью, сердцебиением (Гительсон Ю. Э.)

Дик указывает, что грязевая реакция при вагинальном лечении в общем сходна с реакцией при наружном [грязелечении, разница сводится к следующему:

1. общая реакция при вагинальном лечении ничтожна,

2. местная очаговая реакция выражена слабее и

3. она появляется позднее-примерно на 7-12 тампоне.

Механизм действия тампонов в основном сводится к гиперемии, ко торая достигается, главным образом, теплом от грязи, частью механическим раздражением.

Имеют значение и химические факторы, которые выражаются в раздражении нервов (Шабак К. Ф.) "Активная гиперемия, является наиболее существенным результатом грязевого воздействия", пишет Дик В. Г., — "уничтожает застои, выводит токсины из воспалительных очагов, способствует образованию и притоку бактерицидных веществ крови".

Действие грязи выражается также в нарушении изотонии, а именно: грязевой тампон действует, как солевой гипертонический раствор, способствуя усилению секреции и трансудации. Это видно из того, что грязь после часа ее пребывания в вагине приобретает часто консистенцию жидкой сметаны.

Очень многие авторы—Глушкова Е. А., Гиллерсон А. Б., Орлов Л. А.. Тупиков и др. изучали действие минеральных и грязевых ванн и грязевых вагинальных тампонов во время менструального периода. Глушкова, высказываясь против применения солевых (свыше 30° R) и простых ванн при месячных, говорит, что они могут быть показаны при дисменоррее с весьма скудными выделениями.

Грязевые ванны, назначенные во время месячных, оказывают болеутоляющее и регулирующее действие на отправления полового аппарата. И это действие может быть длительно в послекурортном периоде. Гиллерсон А. Б., на основании наблюдения в 90 сл. на Липецком курорте, приходит к выводу, что грязелечение во время менструации, восстанавливая нарушенную инкреторную функцию половых желез, способствует в некоторых случаях установлению правильного типа чередования и появления месячных в случаях функциональной аменорреи. Наблюдается также уменьшение количества теряемой менструальной крови во время грязелечения и укорочение продолжительности менструации.

Ряд авторов — Дик В. Г., Беленькая М. С., Новицкий А.А., —возражает против применения грязевого вагинального лечения во время месячных и относит их к числу противопоказаний.

На основании нашего опыта мы не склонны поддерживать такое воззрение. Мы придерживаемся взгляда Гиллерсона А.Б. Сами по себе месячные не являются противопоказанием к грязевому вагинальному лечению. Не считаем же мы месячные противопоказанием к производству хирургической операции вообще; вместе с тем не считаем необходимым делать операции во время месячных во что бы то ни стало. Нужно учитывать состояние реактивности больной во время месячных, количество теряемой крови, длительность месячных. При слишком обильных и длительных месячных следует сделать

"Комбинированное лечение ваннами и грязевыми тампонами гинекологических заболеваний (по материалам курорта Джалал-Абад)"*)

Профессор М. С. Астров и А. И. Сельверстова-Андреева

Основной принцип современной терапии—лечить больного человека, организм, а не больной только орган.

Наилучшим видом такого общего лечения является курортное лечение. В условиях советской действительности оно стало доступным, как нигде в мире, всякому трудящемуся. Эффективность его несомненна, это доказывается богатейшим опытом советской курортной практики.

За последние 5—10 лет при лечении самых разнообразных заболеваний человеческого организма врачи для лучшего эффекта стали пользоваться комбинированным лечением.

Под комбинированным лечением понимается применение различных методов и средств лечения одновременно или последовательно, с целью как местного, так и общего воздействия на ткани и организм.

Комплексный комбинированный метод особенно оправдал себя при лечении бойцов Красной Армии, участвовавших в боях у озера Хасан, у Холхин-Гол и в Финляндии. Подводя итоги комплексному комбинированному лечению, проф. Нестеров А. И. пишет: "присоединение к хирургической операции различных методов физио-терапии и курортного лечения (грязь, торф. глина, сульфидные сернощелочные, рапные и другие ванны) в комбинации с аэро-гелио-талассо-терапией, лечебной физкультурой дает значительное повышение эффекта при различных воённых травмах".

Курортное лечение заболеваний женской половой сферы является одним из основных факторов в деле борьбы с последствиями различных воспалительных процессов этой сферы. Киргизия особенно богата природными факторами, могущими быть использованными при лечении гинекологических заболеваний.

В настоящее время в Киргизии имеется 4 бальнеологических курорта (Джалал-Абад в Южной Киргизии, Джеты-Огуз, Ак-Су и Иссык-Ата (Арасан)-в Северной Киргизии).

Все они с успехом используются для лечения гинекологических больных.

К комбинированным комплексным методам лечения гинекологических больных на курортах относятся: грязевое лечение как общее, так и местное; сочетание местного грязелечения с рапными, минеральными ваннами; применение спринцеваний минеральными водами, использование на бальнеологических курортах гелио-талассо-климатотерапии. Сюда же относится сочетание минеральных и грязевых ванн

*) Доклад на первом пленуме На учно-курортного совета Киргизии 19 VIII-1940 г.

Комбинированное лечение ваннами и грязевыми тампонами гинеколог. заболеваний 13:

Результаты лечения нами сведены в таблицу:

Параметриты:	выздоровлени значительных шений	; улу	·4-	58-35%
	улучшений .			60%
	обострений		. 9	
	без перемен		. 5	1

Таким образом, соединяя "выздоровление" и "значительноеулучшение" в одну группу, мы получили в группе параметриты 35% выздоровлений и 60% улучшений.

Сальпингиты-	-выздоровлени значительных			55-20%
	шений			
	улучшений .		194	74º/0
	обострений. без перемен			

В этой группе мы имеем 94% хороших результатов.

Μ	ет	po	-91	Щ	OM	ет	ри	ты	-улучшений .				•	•	•	23
	10						50		без перемен							2
A	д	н	e	к	C	н	т	ы	-выздоровлен	ий	•			•	•	2
	993								улучшений.			•		•	•	17
									обострений		•	•	•	•	•	1

Цервициты (эрозии)-из 75 эрозий шейки матки зажили 72; в 3-х случаях наблюдались очень незначительные сдвиги в сторону заживления.

Таким образом, мы имеем в среднем около 95% выздоровлений и улучшений.

На результаты лечения оказывает влияние форма и длительность заболевания. По нашим наблюдениям, так же как и по наблюдениям Новицкого А. А., септические формы гинекологических заболеваний (послеродовые, послеабортные) более чувствительны к бальнеологической и грязевой процедурам, чем гоноройные.

Продолжительность заболевания сказывается в следующем: чем: свежее процесс, тем резче выражена бывает реакция и тем благоприятнее течение процесса.

Для характеристики групп и иллюстрации достигнутых результатов, приведем несколько историй болезни.

СЛУЧАИ ПРИМЕНЕНИЯ БАЛЬНЕОТЕРАПИИ ВО ВРЕМЯ месячных

Случай 1-й — Агриппина Ж., 37 лет, рабочая, поступила 14/VIII-39 г., выписалась 10/IX-39 г. Диагноз-правосторонний сальпингит. Больна 16 лет, заболела после родов. Родов было двое. Месячные с 13 лет по 3-4 дня с перерывами, обильные; после заболевания с резкими болями. Матка в антефлексии, отклонена вправо, нормальной величины, подвижна; справа прощупывается опухоль в грецкий орех.

Лечение: грязь, спринцевание, ванны Ак-Булак, не прерывавшиеся и во вре-

мя менструации. При выписке со стороны матки и придатков особых изменений нет. Месячные стали правильными, менее обильными и безболезненными. Случай 2-й. Больная Зоя 3, 30 лет (амбулатория, июль 1940 г.).Больна с 1927 г. Заболела после родов. Месячные со времени заболевания болезненные, обильные. 2 раза в месяц, доводящие больную до обморочного состояния.

Опыт применения современной классификации легочного туберкулеза Г. Р. Рубинштейну

л. А. Франк

(г. Фрунзе.)

посвящаю

"Каждая классификация, как бы она ни была удобна для практи, ческого применения, жизненна только до тех пор, пока принцип, на котором она построена, соответствует научным воззрениям эпохн-(Штернберг). Классификация II-го съезда по тбк (1923г.), назван. ная IV съездом именем Штернберга, получила в свое время всеобщее признание и прочно вошла в практику не только туб. учреждений но также и широких кругов терапевтов. "Схема II съезда не имела в виду создать строго научную классификацию для исследовательской работы, ни унифицировать диференциальный диагноз заболеваний или дать исчерпывающую характеристику оснований для прогноза и раци. ональной терапии". Она стремилась "лишь всю массу многообразных форм туберкулеза легких распределить схематически, в самых общих чертах на несколько основных групп по тяжести страданий в целях выяснения общей картины заболеваемости туберкулезом и лишь косвенным образом для приблизительного учета требуемых общих форм лечебной и социальной помощи и для намечения этой помощи в индивидуальных заболеваниях". "Ею ставилась задача не индивиду. ализировать, но схематизировать каждый слу. чий" (Воробьев. Разрядка наша Л. Ф.)

Достижения последних лет в области фтизиатрии, произведшие радикальный переворот в основных наших воззрениях на патогенез, клинику и терапию легочного тбк, как и повседневная практика тубучреждений, уже к 1932-34 г. г. привели к тому, что классификация II съезда перестала удовлетворять как современным знаниям о легочном тбк, так и практическим задачам в отношении диагноза, прогноза, терапии, трудовой экспертизы, трудостройства и др. Крупнейшим недостатком является то, что "классификация II съезда имеет в виду почти исключительно хроническую третичную чахотку" (Рубинштейн). Сам Штернберг говорит, что "формы легочного ток, протекающие как острое заболевание с циклическим течением, не подлежат включению в классификацию. " Таким образом, инфильтраты, инфильтрирования, диссеменированные процессы, милиарный тбк легких, острая казеозная пневмония, тбк бронхиальных желез и некоторые другие клинические формы, как не укладывающиеся в рамки прежних представлений об апико-каудальном генезе легочного тбк, не охватываются классификацией II съезда. Важный классификационный признак для характеристики динамики процесса, предложенный Штернбергом, принцип компенсации (А,В,С) хотя сохраняет свое значение, но не удовлетворяет уже полностью современным представлениям о цикличности течения легочного тбк. Мы знаем теперь, что легочный тбк представляет собой не непрерывно развивающийся процесс, постепенно нарастающий или убывающий, а течет толчками по принципу вспышка-интервал. Это не находит отражения в классификации П съезда.

Л. А. Франк

Сравнительная таблица облачности Таблица № 6							
<u>Месяцы</u> курорты	I	VII	Средняя годов.				
Койсара Абас-Тумани Давос	6,5 4,9 4,1	4,8 4,2 5,3	5,1 4,9 5,0				

Из таблицы 6 видно, что среднее значение облачности на всех трех курортах почти одинаковое, причем зимой облачность на Койсаре больше, нежели в Давосе, летом же, напротив, Койсара менее облачна.

Сравнительная таблица количества ясных и пасмурных дней

Ta	бл	ица	Ne	7

Месяцы		I	v	11	За год		
курорты	я	п	я	п	я	п	
Койсара	2,6	11,6	6,1	4,0	79	89,8	
Абас-Тумани	7	8	11	6	116	85	
Давое :	11,6	7,1	6,8	8,2	97	101,6	

Таблица № 7 показывает, что Койсара имеет значительно меньше ясных дней и несколько больше пасмурных дней, нежели Абас-Тумани, но в летне-осенний сезон, с июня по октябрь, количество пасмурных дней на Койсаре меньше, чем на курорте Грузии (21,2 дня против 25 дней в Абас-Тумани), что особенно выражено в октябре.

Другие отношения мы находим є курортом Давосом. На Койсаре, правда, ясных дней меньше, чем в Давосе, но зато и пасмурных дней также меньше. При этом в летне-осенний сезон, с июня по октябрь, на Койсаре ясных дней больше (47,4 дня против 36.9 дн. в Давосе), а пасмурных дней в два раза меньше (21,2 против 41,8 дней в Давосе).

Сравнительная таблица количества дней с туманами

19 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	1.1.5	Tat	блица № 8
Месяцы курорты	I	VI	За год
Койсара Абас-Тумани Давос	16,4 8,0 7,1	0,2 4,0 8,2	62 85 101,6

Как видно из таблицы 8, дней с туманами в Койсаре много меньше, чем в Абас - Тумани и особенно в Давосе. С апреля по сентябрь мес. в Койсаре туманов почти совсем не бывает, в то время как в Абас - Тумани и Давосе много дней с туманами и в теплую половину года.

Койсара как климатический курорт

Сравнительная таблица максимальных температур

Таолица №							
1 -	VII	За год					
	VII	Sa TOA					
4,0 3,0 4,8	27,6 32,3 25,1	29,4 34,5 25,1					
	3,0	-I VII - 4,0 27,6 3,0 32.3					

Сравнительная таблица минимальных температур Таблица № 4

Месяцы	I	VII	За год
курорты Койсара	-25,7 -19,7 -21,3	+2,8 +5,0 +3,7	$\begin{vmatrix} -25,7\\ -22,4\\ -21,3 \end{vmatrix}$

Из таблиц 2, 3, 4 мы видим, что Койсара холоднее Абас-Тумани, но теплее Давоса как зимой, так и летом. Притом абсолютные значения минимальных температур на Койсаре ниже, чем на двух других курортах в оба сезона. Это относительно неблагоприятное обстоятельство, однако, лишь умеренно выражено, и в зимний сезон влияние его должно умеряться меньшей амплитудой температурных колебаний в сравнении с Абас-Тумани. В летний сезон промежуточное положение Койсары представляется особенно выгодным. Койсара оказывается значительно теплее довольно холодного в летнее время Давоса и прохладнее избыточно теплого Абас-Тумани. Эта благоприятная сторона климата Койсары особенно наглядно подчеркивается сравнением летних максимальных температур: в то время как в Абас-Тумани максимальная температура достигает 34,5°, выходя, таким образом, за пределы физиологического комфорта, на Койсаре максимальная температура не превосходит 29,4°.

Таким образом, температурный режим Койсары следует признать весьма благоприятным для целей климатотерапии, особенно в летний сезон, когда Койсара находится в более благоприятных условиях, нежели Абас-Тумани и Давос.

Сравнительная таблица относительной влажности

Таблица № 5

месяцы курорты	1	VII	Средн. за год
Койсора	75	67	71
Абас-Тумани	86	66	80
Давос	82	76	78

Таблица 5 показывает, что относительная влажность на Койсаре очень невелика, ниже чем в Абас-Тумани и Давосе как зимой, так и летом и отличается чрезвычайно ровным значением средних величин, особенно в период апрель—сентябрь, когда эти величины колеблются лишь в пределах 66—67.

Из больных простатитом особенно характерным был больной к.

Из больных простатитом обнаружены. Через 4 недели с начала лечения и по история болезни № 33261. Поступил 19 ноября 1935 г., холост, 30 лет, раньше го ворреей не болел. Гонококки были обнаружены. Через 4 недели с начала лечения и по исчезновении выделений, дней 9 при прозрачности мочи в обеих порциях, была пропаль исчезновении выделений, дней 9 при прозрачности мочи в обеих порциях, была пропаль исчезновении выделении, днея э при продоля оказалась больше левой.В простатия пирована предстательная железа: правая доля оказалась больше левой.В простатия пирована предстательная железа: правая доля сажей лейкоцитоз в соке сделался стаби соке лейкоцитоз и гонококки. После ряда массажей лейкоцитоз в соке сделался стаби пирована предстатиятия и после ряда массажен леикоцитоз в соке сделался стабил соке лейкоцитоз и гонококки. После ряда массажен леикоцитоз в соке сделался стабил ным. Назначенияя диатермия на простату эффекта не дала. Больной был отпущен на месяц, но вернулся через 3 месяца. Субъективные жалобы указывали на симптомы простатита. Выделений давно нет. В простатическом соке лейкоцитоз с обнаружением гонококков. После ряда массажей, диатермии, после того, как гонококки перестали гонококков. После ряда массажей, диатермии, после того, как гонококки перестали гонококков. После ряда массажей, диатерини, послапрещением половой жизни, отмечаться, больной снова отпускается на месяц с запрещением половой жизни, во отмечаться, больной снова отпускается на месяц с запрещением. В простатическа отмечаться, больной снова отпускается на месяц с запреникаких. В простатическом больной рернулся через 2 месяца. Субъективных жалоб никаких. В простатическом соке лейкоцитоз. После ряда массажей снова появляются выделения в виде 1-2 касоке лейкоцитоз. После ряда массажей снова появляются больной получал пель по утрам, в которых обнаруживается только лейкоцитоз. Больной получал также и лактотерапию и аутогемотерапию, смазывание семенного пузырька, гово-также и лактотерапию и аутогемотерапию. также и лактотеранию и аутогемотеранию, сла повторял свои процедуры с перера вакцину. Был снова отпущен на месяц. Так он повторял свои процедуры с перера вакцину. Был снова отпущен на месяц. так он поссажей простаты, мы могли отче, тить в простатическом соке норму.

Литтреиты и лакуниты часто также затягивают сроки лечения. привлекая к себе внимание не менее простатитов. Большей частью при обнаружении в соке после массажа на буже лейкоцитов и гоно. кокков и обнаружения уретроскопом инфильтратов и воспалитель. ных венчиков в окружности железок Литтре достаточно бывает несколько массажей на буже, дилятаторов, ванночек, тампонов с ихтиол-глицерином, чтобы вышеуказанные явления в большинстве случаев исчезли, но встречаются упорные случаи, когда вышеприведенная терапия цели не достигает.

Наша статистика показывает, что из всех больных с осложненной гонорреей 70% получили осложнения до прибытия в диспансер, большей частью при лечении у врачей не специалистов. Прав Заиграев, который говорит, что количество осложнений прямо пропорционально количеству врачей, через руки которых проходил дан. ный больной. Отсюда явствует, что нам необходимо привлекать больных для лечения возможно раньше-тогда и осложнений будет меньше.

Это мы и делаем путем санпросветработы внутри диспансера и на предприятиях в соединении с периодическим осмотром рабочих. Наше стремление должно быть направлено к тому, чтобы не допустить осложнений у больных в процессе лечения. Эта задача не легка. Мешают и сами больные, не соблюдающие назначенного им режима, диэты, благодаря чему уретриты становятся тотальными, а за задним уретритом по пятам следует и простатит, процент которого у нас достаточно высок. Вопросу о неаккуратном посещении больными процедур мы придаем большое значение, т. к. это обстоятельство на первом месяце болезни служит одной из причин осложнений.

Мы имеем сейчас 59% больных, доводящих лечение до конца (сюда входят острая и хроническая форма), но уверены, что с ростом сознательности больных, с увеличением санпросветработы как внутри диспансера, так и на предприятиях, процент больных, аккуратно лечившихся и доводящих лечение до конца, безусловно уве-ЛИЧИТСЯ.

Когда лечащегося от гонорреи можно считать здоровым? На этот основной вопрос мы не всегда можем легко ответить: уровень наших знаний в этом отношении настолько несовершенен, что каждый добросовестный гоноролог может отпустить больного, перенесшего гоноррею с осложнениями, лишь после долгого контроля и на-

Критерий излеченности мужской гонорреи

Е. О. Берсудский

Над вопросами излечения мужской гоноррен и критерием ее излеченности медицинская мысль бьется многие десятилетия. Казалось бы, что с открытием гонококка и изучением патологической анатомии болезни, мы должны были бы получить достаточно прочную базу для борьбы с гонорреей. К сожалению, этот вопрос оказался значительно сложнее, чем предполагалось. Выяснилось, что помимо гонококка с его различной вирулентностью имеют значение анатомическое устройство канала, строение придаточных желез (простаты, семенных пузырьков, куперовой железы), защитные силы организма и конституция больного. Это и служит причиной тому, что организм иногда с трудом освобождается от гонорройной инфекции. Частое отсутствие резких субъективных явлений, иногда довольно быстрое исчезновение беспокоящих больного выделений из уретры повышает процент больных, легкомысленно относящихся к своей болезни и прекращающих лечение при затихании бурных явлений. Статистика указывает, что в среднем только 60%/0 больных доводят лечение до конца.

Профессор Заиграев говорит: "следует постоянно внушать больному аксиому для специалиста—серьезность гонорройного процесса, приводящего в осложненных случаях к калечению и увечью". В настоящее время определенно известно, что гоноррея изле-

В настоящее время определенно известно, те топоррен заявчима: как Хольцов, так и другие авторитеты категорически заявляют, что гоноррея клинически излечима, но она часто вызывает осложнения, расстраивающие общее состояние больного, а иногда оставляет следы пребывания в организме на всю жизнь и даже угрожает жизни больного (при эндокардите, стриктуре, гоносептицемии). Современная наука в вопросе о гоноррее установила, что в гонорройный процесс с самого начала вовлекается весь организм, а взгляд на гоноррею, как на исключительно местную инфекцию, оставлен окончательно (Порудоминский, Нестеров).

Воскресенский и другие находят, что организм, в зависимости от различия причин, часто с трудом освобождается от гонорройной инфекции, благодаря чему возможность передачи последней остается спустя даже много времени после видимого выздоровления.

Трудной задачей является возвращение заболевшего органа к прежнему состоянию, т. к. часто остаются анатомические изменения в виде перехода цилиндрического эпителия в плоский, исчезновение части железок, появление кое-где рубцовой ткани, что и говорит о том, что следы пребывания гонококков в организме остаются не редко еще долгое время после уничтожения их.

По мнению Фронштейна, успешной борьбе с гонококковой инфекцией сильно мешает наше малое знакомство с биологией гонококка. В пробирке гонококк гибнет при 38°, а в организме и при более высокой t⁰ лишь замедляет свою деятельность. Гонококк асси-

Page 77 of 91

Нам приходилось наблюдать тяжелые формы ишиаса, когда больные передвигались с помощью костылей. После обычного курса лечения больные быстро поправлялись.

Наше впечатление таково, что позволяет нам вполне присоединиться к резолюции VI съезда курортных работников, в которой указывается, что такие больные могут быть направляемы для бальнео-

Хорошие результаты получались при невритах, связанных с травмами.

Нельзя пройти мимо тех климатологических факторов курорта Иссык-Ата, которые оказывают исключительно благотворное влияние на человеческий организм. Климат курорта типично высокогорный с умеренной влажностью. Несмотря на значительную облачность, солнечная радиация исключительно высока; этому способствует прозрачность и чистота воздуха. Обладая большим количеством ультра-фио-

терапии. В конце концов и при вторичном ишиасе в нервных корешках имеются патологические изменения, которые подвергаются обратному развитию под влиянием лечения термальными источниками.

проводить лечение малыми дозами в течение более длительного от-В группе органических заболеваний нервной системы основной контингент составляли больные с явлениями, ишиаса в подострой и хронической форме. Мы старались выяснить, с каким видом заболевания мы имели дело - с первичным или вторичным. Следует отметить, что в тех и других случаях мы получали хороший эффект. Как правило, купальная реакция была хорошо выражена, особенно при первичном ишиасе. Эти наблюдения представляют известный интерес. В литературе имеются указания, что вторичные радикулиты, т. е. заболевания корешков или нерва при наличии на рентгеновском снимке изменений со стороны позвоночника (деформирущий процесс, сакрализация, люмбализация, Spina вifida и др.) - не имеет смысла лечить на бальнеологических курортах.

на курорте Иссык-Ата можно проводить шире лечение "большими" дозами. Конечно, надо помнить основное правило врачебной практики — индивидуализировать каждый случай, лечить больного, а не бо-У крепких больных с здоровой сердечно-сосудистой системой, с малыми локальными изменениями можно проводить более конденсированный курс лечения. В тех случаях, где организм слабый и име-

ются значительные патологические местные изменения, необходимо

В последнее время вопрос лечения больных на курортах "малыми дозами" пересматривается; имеется целый ряд заявлений авторитетных бальнеологов относительно целесообразности перехода к методу лечения "большими" дозами. В этом свете наш опыт позволяет нам также сделать вывод, что

По общепринятому правилу большинство больных получало у нас одну ванну, продолжительностью 10 — 15 минут (в течение ме-сяца всего 24 — 26 ванн). Но в некоторых случаях мы отступали от этого правила. Крепким больным со здоровой сердечно-сосудистой системой мы назначали две ванны в день; особенно охотно мы проводили это там, где вторую ванну можно было сделать местной (например, только для нижних конечностей).

Мы считаем нужным остановиться на той технике бальнеопроцедур, которые мы применяли у наших больных.

лечении патологических изменений на почве травм в костях, мыщ-

19

летовых лучей, солнечный спектр оказывает умеренное тепловое действие, которое еще более ослабляется наличием постоянного тока воздуха.

Интерес представляет особенность атмосферы курорта. Она заключается в униполярной ионизации с преобладанием отрицательных ионов, т. е. наиболее активных и положительно действующих на человеческий организм. Учитывая все эти обстоятельства, становятся понятными те изменения в положительшую сторону, которые происходят во всем организме человека, прибывающего в Иссык-Ата.

Очень интересны наблюдения, которые нам удалось сделать при заболеваниях сердечно-сосудистой системы. Среди стационарных больных и особенно среди амбулаторных выявлялись люди с органическим поражением сердца.

В течение последних семи лет на курорте работали высококвалифицированные терапевты с большим клиническим стажем. Они вели специальное наблюдение за этой категорией больных и нам приходилось видеть поразительные явления. Больные, даже в стадии субкомпенсации, чувствовали себя прекрасно; к концу курса отеки изчезли, тоны сердца становились чище, кровяное давление, падало. Мы не рискуем делать категорических выводов на основании этих наблюдений. Но во всяком случае мы подчеркиваем твердо установленный факт, что органические заболевания сердечно-сосудистой системы в стадии компенсации и даже субкомпенсации не являются противопоказанием для направления больных на альпийскую высоту. Второе-правильный режим под контролем врача на курорте Иссык-Ата оказывает положительное действие на сердечнососудистую систему. Необходимо провести дальнейшие более обстоятельные наблюдения за этой категорией больных и, если наши впечатления оправдаются, на курорте Иссык-Ата следовало бы открыть санаторий для кардиологических больных.

Нам довелось наблюдать некоторое количество больных с заболеваниями желудочно-кишечного тракта. Больным с повышенным содержанием кислоты, с хроническими запорами мы рекомендовали пить воду наших источников. Больные отмечали значительное улучшение. Исчезали запоры, исчезали ощущения, сопровождавшие гиперацидное состояние желудочного сока. И в этом направлении следует провести необходимые исследования с тем, чтобы выяснить точные показания применения внутрь Иссык-Атинских термальных источников.

Данные о результатах комбинированного лечения гинекологических заболеваний на курорте Иссык-Ата опубликованны в работе д-ра Пенькова и Гликиной. Они также отмечают, что хорошие результаты получались при воспалительных процессах; у этих же больных отмечалась купальная реакция.

Осталась небольшая группа так называемых прочих больных, а именно: небольшое число больных с кожными заболеваниями. Среди них превалировали больные с psoriasis vulgaris. Под влиянием лечения термальными источниками чешуйки слущивались, появлялся свежий эпителий. Надо полагать, что влияние оказывало, помимо ванн, вся обстановка курортного лечения: режим, питание, климатические факторы.

Было несколько больных с бронхиальной астмой и Базедовой болезнью. Этим больным мы ванн не назначали, и они пребывали на положении отдыхающих. Чувствовали они себя очень хорошо,

Page 78 of 91

Койсара как климатический курорт

Л. А. Франк

Наша страна исключительно богата климатическими лечебными местностями. Они раскинулись от арктических берегов Ледовитого океана до влажных субтропиков Абхазии и Аджарии, сухих степей Башкирии и Казахстана, пустынь Туркмении, гор Грузии и Киргизии.

Однако, до сих пор наблюдается недостаточное развитие местных курортов, слабая популяризация их лечебных свойств. Не только больные, но и врачи не всегда знают об исключительных свойствах местных курортов. И в результате, вместо того, чтобы с полноценным эффектом лечиться на местных курортах, больные едут на центральные курорты, причем длительный и утомительный путь безусловно снижает эффективность курортного лечения. Не печальным ли парадоксом является поездка больного для лечения в Таберду или Абас-Тумани из страны гор Киргизии?! "Правда" в номере от 18/VI 1939 г. писала: "Пора, наконец, положить конец пренебрежительному отношению к местным курортам. Надо создать такие условия для лечения и отдыха, чтобы трудящиеся предпочитали проводить свой отпуск здесь, нежели трястись в железнодорожном вагоне через всю страну на юг".

Киргизия не имеет ни одного курорта, предназначенного для лечения легочных туберкулезных больных, и последние вынуждены ехать по 8—12 суток на ЮБК, в Абас-Тумани, Боровое, Башкирские степи и т. д., а между тем: "Где в Европе, купаясь в морских волнах, можно одновременно дышать высокогорным воздухом, свойственным курортам с высотой 1580 м., как это можно сделать в Койсаре? Тот, кто сомневается, пусть поедет летом на этот курорт и убедится, что существует гигантский Иссык-Куль, представляющий настоящее море, но море расположенное выше Давоса!" (Александров).

Курорт Койсара возник в 1924 г. Несмотря на краткий срок своего существования, он имеет хорошие санаторные здания, правда, летнего типа на 250 больных, прекрасную столовую, клуб, электростанцию и т. д. — все, что необходимо для нормального функционирования курорта. На территории курорта разбит парк, благоустроен пляж, построена пристань, имеется водная станция. Дорога на курорт от гор. Фрунзе лежит через Буамское ущелье до Рыбачьего на западном конце озера Иссык-Куль и дальше проходит вдоль северного берега озера до сел. Тюп на восточном конце озера, затем поворачивает на юг до гор. Пржевальска и оттуда на курорт (или от Рыбачьего пароходом до курорта).

Расстояние от гор. Фрунзе до Рыбачьего — 180 клм., от Рыбачьего до курорта вдоль берега озера через гор. Пржевальск — 240 клм., пароходом 180 км. Состояние дороги вполне удовлетворительное, во всяком случае не хуже дороги на черноморском побережьи на участке Гагры — Сухуми.

Курорт Койсара расположен на южном берегу Джаргаланского залива, в восточной части озера Иссык-Куль, на высоте 1590—1620 м. над уровнем моря. Береговая полоса курорта состоит из мелкозернистого песка, образующего прекрасный пляж, уходящий на много десятков метров в озеро, не превышая глубины в 2 метра.

Озеро Иссык-Куль*) расположено в котловине среди величай-

*) Описание озера делается по Александрову, Лещинскому и Кутновскому

ляется ли вновь образовавшийся очаг в интактном до того легком ляется ли вновь образовавшинся очагов или же возникает при наличе образуется ли на фоне старых очагов или же возникает при наличе образуется ли на фоне старых очагого, каждый новый очаг почи старых очагов в других местах легкого, каждый новый очаг почи старых очагов в других исстиевмонический, инфильтративный хара всегда носит экссудативно-пневмонический, инфильтративный хара всегда носит экссудативной письной фазе свойственна тетрада р тер. Клинически инфильтративной температуры, лейков, бинштейна, состоящая из повышенной температуры, лейков, бинштейна, состоящая из помулы влево и ускорения РОЭ, пра тоза, сдвига лейкоцитарной формулы интенсивность и небольшая интенсивность и небольшая чем характерным является небольшая интенсивность и небольшая чем характерным является небольшая Пальнейшее течение прочем характерным является иссоней. Дальнейшее течение процесса длительность тетрады—5—15 дней. При неблагоприятном тенона может итти по двум направлениям. При неблагоприятном течения распад, казеоз, образование каверны и обсеменение-фаза распада в обсеменения. При этом в силу анатомических особенностей бронда. ального дерева (Энгель) при процессе в левом легком обсемене. ние чаще происходит сначала на той же стороне и лишь позднее переходит на правое легкое, при процессе же в правом легком обычно в первую очередь обсеменяется левое легкое, именно в сред. нем и верхней части нижнего поля, у верхушки сердца (Р убин. штейн).

При благоприятном развитии инфильтративной фазы происходит переход в фазу рассасывания или в индурирование с образованием индурационного поля или же наступает уплотнение и обызвествление. Последовательная смена фаз благоприятного и неблагоприятного развития составляет сущность толчкообразного течения туберкулезного процесса.

Наконец, в "характеристике течения" обозначается распространение и локализация процесса. "Это не стадии процесса по Тур бан-Герхардту, которые имели задачей обозначать одновременно распространение и тяжесть анатомического процесса. Здесь тяжесть процесса уже определена принадлежностью к той или инов из основных форм и фазой ее развития. Распространенность же процесса устанавливается не по долям легкого, но по условным рентгеновским полям. Верхнее поле отграничивается от среднего линией идущей от нижнего угла грудинного конца 1 ребра. Среднее поле отделяется от нижнего горизонтальной линией, проходящей через нижний край IV ребра по сосковой линии. Поля обозначаются цифрами 1, 2, 3 (верхнее, среднее, нижнее) в каждом легком отдельно в виде дроби: числитель-правое легкое, знаменатель-левое. Отмечаются только пораженные поля. При наличии искусственного пневмоторакса отмечается "И. П." на соответствующей стороне" (из официальной инструкции. Разрядка наша-Л. Ф.). Таким образом, полный диагноз должен быть выражен следующим образом: "хронический диссеменированный тбк легких в фазе уплот-нения А 1.2 ВК ± "; "Ограниченнный фиброзно-очаговый тбк легких

в фазе инфильтративной вспышки и распада с обсеменением В $\frac{1.2}{2}$ - ВК + " и. т. п.

Перейдем к описанию основных клинико-анатомических форм легочного тбк. В рамках настоящей статьи мы не можем дать их полного описания, отсылая интересующихся к монографии Г. Р. Рубинштейна. "Клиническая группировка легочного туберкулеза, 1936 г. Мы ставим только своей задачей на клинических примерах подтвердить основные качества классификации, выраженные Г. Р. Рубинштейном в следующих положениях. ших снеговых хребтов Тянь-Шаня—Кунгей-Алатау на севере и Терскей—Алатау на юге. Оно лежит на широте Средней Италии и принадлежит к величайшим горным озерам земного шара, имея в длину 180 клм. и в ширину 58 клм. Высота озера над уровнем океана 1580 м. Глубина озера достигает 702 м. Оно никогда не замерзает (Иссык-Куль—горячее озеро). Вода горько-соленая. Общее количество солей вводе 3,575 гр. на 1 литр. Концентрация водородных ионов около 9.

Температура воды в озере на поверхности летом достигает 20-22°, на глубине 15 м. -12-18,° на 25 м. -10-14,7°, на 100 м. -5°, на 200 м. -4,4°.

Совершенно исключителен сине-голубой, сапфирный цвет поверхности озера, соперничающий с синей поверхностью Женевского озера. Прозрачность вод озера чрезвычайно велика.

Беспредельная поверхность озера изумительной окраски, прозрачность вод, бесконечная цепь седых горных великанов, купающихся. в легкой прозрачной дымке—все это создает величественный ландшафт, веками вдохновляющий народную поэзию Киргизского народа, заставляющий ученых исследователей делаться поэтами (Пржевальский, Семенов, Александров).

Для настоящей работы взяты данные метеорологической станции курорта за 1933-1940 г.г.

Таблица 1 представляет годовой ход метеорологическик элементов на курорте Койсара.

	коле-		Темпер	атура і	воздуха	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	10000	1Ж-	1	Кол	ичест- дней	осад-	Колн- чество дней	
Месяцы	гуда ко баром.	_	Макси	имум	Мин	имум		ность	33	1	CTB0 MM	С осад-	INI	
	а Амилиту баний ба Давлен. Средняя	Сред.	A6c.	Сред.	Абсол.	cp.	аб.	Облачност	Ясных	Пасм.	IH4e	ками не ме- нее 0,1 мм	С туманами	
I VII Средняя	15.7 8,9	- 8,0 16,8	- 2,5 22,1	4,0 27,6	-14,6 7,8	- 25,7 2,8	2,5 10,0	75 67	6,5 4,8	2,6 6,1	11,4 4,0	5,9 54,1	6,3 10,0	16,4 0,2
за год Всего за год	12,5	5,1	10,5	29,4 (абс. макс)	— 1,6	— 25,7 (абс. мин)	5,7	71	5,1	79	89,8	376	98,5	62,0

Годовой ход метеорологических элементов на курорте Койсара

Таблица № 1

Чтобы иметь возможность сделать анализ и оценку представленных метеорологических данных, мы дальше даем ряд таблиц для сравнения с климато-метеорологическим элементами таких прославленных высокогорных курортов, как Абас-Тумани и Давос. Высота Абас-Тумани — 1273 м., Давоса—1560 м над уровнем моря.

> Сравнительная таблица средних температур Таблица № 2

<u>Месяцы</u> курорты	1	v II	Средняя годовая
Койсара	8,0	+16,8	+5,1
Абас-Тумани	6,5	+18,0	+6,3
Давос	7,4	+12,1	+2,7

Опыт применения современой классификации легочного туберкулеза

31

"В чем же объективно положительные стороны нашей схемы? I) Схема содержит все основные клинические типы и мы не знаем ни одного синдрома, который не нашел бы здесь своего отражения.

 Основные клинические синдромы определены кратко и ясно и формулировка максимально сокращена с сохранением лишь основной характеристики данной группы.

3) Третье и самое главное в нашем предложении, — это объединяющая всю схему основная динамика тубпроцесса, красной нитью проходящая через все клинические группы. Наша схема представляет таким образом комплекс из основного клинического типа и его эволюционной фазы, которая в известной степени является ключом к расшифровке присущих данному типу черт" (Рубинштейн).

Наш опыт вполне подтверждает эти положения. Из них вытекает практическая ценность диагностики, дающей определенные и исчерпывающие указания к терапии, прогнозу, социальному диагнозу, к решению вопроса о трудоспособности и трудоустройстве больного и т. п.

1. Первичный комплекс

Туберкулез бронхиальных желез.

Эти формы характерны для детского возраста, но встречаются также и у взрослых, а потому объединены в классификации, так как между ними нет принципиальной разницы.

Случай І. М. С., 24 лет. Длительный контакт с больным мужем, умершим от ТБК. Жалоб нет. При клиническом и лабораторном исследовании уклонений от нормы не обнаружено. На рентгенограмме обызвествленный очаг Гона в среднем легочном поле слева с регионирной бронхиальной железкой, также обызвествленной. Ди-

агноз: первичный комплекс в фазе обызвествления А2 ВК.

Случай 2. Девочка Н. 4 лет. 3 месяца назад привезена в Крым к деду, больному открытым тбк легких. 10 дней назад "простудилась", начала кашлять, температура ремитирующая до 38,5°. Общее состояние удовлетворительное. На рентгенограмме справа облаковидная тень в виде треугольника, тесно связанная с корнем. Реакция Пирке положительная. Диагноз: туберкулез бронхиальных желез в фазе ин-

фильтрирования В-

Надо ли к диагнозу в том и другом случае прибавить что либо, чтобы решить вопросы прогноза и терапий? Нет, не надо.

Диагноз в первом случае определенно говорит нам о практическом здоровьи исследуемой женщины. Как имевшая в недавнем прошлом контакт с туберкулезным мужем, она, конечно, подлежит диспансерному наблюдению в течение некоторого срока. Если бы не было контакта, в диспансерном наблюдении не было бы надобности. Во втором случае циагноз говорит нам о необходимости предоставления ребен-

Во втором случае циагноз говорит нам о необходимости предоставления ресси ку покоя, усиленного питания, после снижения температуры до нормы в условиях Крыма (Ю. Б. К) следует рекомендовать достаточную аэрацию вплоть до круглосуточной. Конечно, ребенка следует изъять из бациллярного очага. Прогноз чаще всего благоприятный, но в момент исследования еще неопределенный.

1. Острый милиарный туберкулез

Длительность болезни от нескольких дней до 2-3 недель. Исход всегда летальный. Терапия симптоматическая.

Подострый и хронический диссеминированный туберкулез легких

Случай З. Б. Р., 37 лет. Кроме детских инфекций ни чсм не болел, 1¹/₂ месяца назад до поступления в санаторий повышения температуры до 39° в течение 15—18 дней, кашель со скудной мокротой, ВК+, колотья под правой лопаткой. В санатории температура нормальная, небольшой кашель, мокроты почти нет, ВК и ЭВ не найдены, РОЭ—15 м.м. в час, незначительный сдвиг лейкоцитарной формулы влево, лейкоцитоз отсутствует. Жесткое дыхание с обеих сторон до 2 ребра и середиОпыт применения современной классификации легочного туберкулеза

Дуалистическая концепция Ашофа: продуктивный—доброкачественный, эксудативный—злокачественный,—также не соответствует современным возрениям на продуктивные п эксудативные реакции, как на различные фазы единого поталогоанатомического процесса. Наконец "съездовская номенклатура до чрезвычайности упростила

Наконец "съездовская номенклатура до чреоличку и сделала врача нашу диагностику, она создала типичную обезличку и сделала врача совершенно безответственным за свою диагностику" (Рубинштейн).

Перечисленные обстоятельства и ряд других, нн упомянутых здесь за недостатком места, привел к широко развернувшейся с 1934 года дискуссии по вопросу создания новой классификации.

Воробьев, Гиндин, Кацман, Корцман, Мастбаум, Воробьев, Гиндин, Кацман, Корцман, Мастбаум, Овсянников, Равич-Щербо, Рубинштейн, Хмельницкий, Эйниси другие предложили свои схемы классификации. Большинство из них было проверено в научной и практической деятельности туб. учреждений. Наибольшее распространение получили схемы Рубинштейна, Хмельницкого и Эйниса и, отчасти, Мастбаума. В результате проделанной огромной коллективной работы, на Всесоюзном совещании тубинститутов в Москве 6—10 февраля 1938 г. была принята классификация, названная: "клинические формы туберкулеза" В основу ее положена схема Г. Р. Руби нштейна, несколько видоизмененная. Из классификация и I съезда оставлено понятие компенсации: А, В, С. *) Классификация эта принята всеми тубучреждениями, но, к сожелению, до сих пор не нашла почти применения в среде врачей не фтизиатров.

ла почти применения в среде врачен ис ориноться многолетним опы-Это обстоятельство заставляет нас поделиться многолетним опытом применения современной классификации туберкулеза (с 1933 по схеме Рубинштейна и последние два года по официальной московской схеме), в надежде, что наша работа внесет свою долю в освоение классификации широкой массой врачей Киргизии.

В основу новой группировки легочного тбк положены 10 клинико-анатомических форм заболевания и общая для всех форм "характеристика течения". Последняя, помимо указания на состояние компенсации в старом смысле (А, В, С) и клинико-эпидемиологической характеристики: ВК+, ВК-, ВК+, включает в себя новые элементы характеристики процесса, —фазы развития. Понятие компенсации выражает только субъективное самочувствие больного, важное в оценражает только субъективное самочувствие больного, важное в оценке индивидуальной картины болезни, но понятие расплывчатое, нечеткое и нередко обманчивое. Все инапперцептные формы, среди которых мы видим не только больных с инфильтратами, но даже с кавернами и аспирационным обсеменением, считают себя совершенно здоровыми и лишь случайно узнают от врача о своей болезни. И наоборот, больные "вегетативно-стигматизированные" в смысле Бергмана предъявляют обильные субъективные жалобы, но объективно не дают клинического синдрома активного туберкулеза.

тивно не дают клинического спларованное представление о тубер-"Фазы развития" выражают современное представление о туберкулезном процессе, как процессе, протекающем по принципу: вспышка—интервал от крайних форм перманентной вспышки (терминальные формы) до перманентного интервала (циррозы) со всем разноные формы) до перманентного интервала (циррозы) со всем разнообразием промежуточных фаз (Р у б и н ш т е й н). Основной фазой образием промежуточных фаз инфильтративная. Независимо от того, появ-

^{*)} Классификация опубликована в журнале "Проблемы туберкулеза" № 5 1938 г. и № 2-3, 1939 г. и в некоторых других журналах, в том числе в журнале "Советское Здравоохранение Киргизии" № 2-3 1939 г.

ны лопатки, справа в первом межреберьи фокус крепитации. На рентгенограмме ны лопатки, справа в первом межреберьи фокус пременение до 3-го ребра. Очати обеих сторон почти симметрично мелкоочаговое обсеменение до 3-го ребра. Очати обеих сторон почти симметрично уплотнены, частью представляются более мягка и общите ствлены, частью уплотнены, частью представляются более мягка и общите ствлены, частью уплотнены, частью представляются более мягка и общите ствлены, частью уплотнены, частью представляются более мягка и общите ствлены, частью уплотнены, частью представляются более мягка и общите ствлены, частью уплотнены, частью представляются более мягка и общите ствлены, частью уплотнены, частью представляются более мягка и общите ствлены и общите ствлены ствлены и общите ны лопатки, справа и метрично мелкоочатовое остредставляются более мяскати обеих сторон почти симметрично мелкоочатовое представляются более мягкати частью обызвествлены, частью уплотнены, частью обызвествлены, частью уплотнены очагов инфильтративная вспышка и насты на вспышка. частью обызвествлены, частью уплотнены, частов инфильтративная вспышка Справа в первом межреберьи вокруг группы очагов инфильтративная вспышка фазе рассасывания.

фазе рассасывания. Диагноз: хронический диссеменированный тбк легких в фазе рассасывания фильтративной вспышки В 1.2 ВК<u>+</u>.

Процесс с несомненным многофазным высыпанием, значительной Процесс с несомистичение инапперцептно до последней инфильтратив-давности, протекавший инапперцептно до последней инфильтративдавности, протекавший к моменту поступления больного в са-ной вспышки, перешедшей к моменту поступления больного в саной вспышки, перешеднися вазу рассасывания. Больной нуждается в наторий в благоприятную фазу рассасывания. В ольной нуждается в санаторном лечении, коллапсотерапия не показана; в интересах в санаторном лечении, коллапсотерапия не показана; в интересах те. санаторном лечения, признан в настоящее время не работоспособным, работоспособность восстановится в ближайщее время, ближай ший прогноз благоприятный.

Эти практические выводы полностю вытекают из формулы ди. агноза.

5. Ограниченный фиброзно-очаговый тбк легких

Случай 4. И. Х., 24 лет. В возрасте 22 лет небольшое кровохарканье. Послед. ние 20 дней недомогание, температура до 38°. Кашель с мокротой. РОЭ-38 ми ние 20 дней недомогание, температура до об . Канели с настработ и в и в и в и в и в и в и и в и и в и и с, лейкоцитарная формула – палочкоядерных—110/0, юных—20/0, лейкоцитоз—9.600. Справа жесткое дыхание до 2 ребра с бронхиальным выдохом под ключицей. Здесь в соотаних разжных хрипов. ВК 1. Элесь в соотаних разжных хрипов. ВК 1. Элесь в соотания в зажных хрипов. справа жесткое дыхание до 2 реора сороналиях влажных хрипов, ВК+. ЭВ+ На же и над остью лопатки фокус мелких и средних влажных хрипов, ВК+. ЭВ+ На рентгенограмме среднеочаговые изменения до 2 ребра с. рава, под ключицей инфильтрат с распадом и "отводящей дороккой" к корню (дрен рующий бронх).

ДИАГНОЗ: ограниченный фиброзно-очаговай тбк легких в фазе инфильтратив-ной вспышки и распада В 1.2 ВК+. ВЫВОДЫ: санаторное лечение, искусственных пневмоторакс, по наложении последнего прогноз благоприятный, больной неработоспособен, работоспособность восстановится через 2-3 месяца. Все это сказано диаг-

6. Инфильтративный тбк легких

Случай 5. Б-ая Н. А., 18 лет. Больна две недели. Повышения температуры до 39°, в последние дни до 37,8°, кашель сначала сухой, теперь с мокротой. ВК+, ЭВ+. РОЭ-22 мм в час, небольшой сдвиг лейкоцитарной формулы влево, лейкоцитов-6800. Слева на уровне 2 р бра скудные мелкопузырчатые хрипы.

На рентгенограмме инфильтрат величиной со сливу на уровне 2 ребра слева, с распадом в центре и "отводящей дорожкой" к корню.

ДИАГНОЗ: инфильтрат в фазе распада В $\frac{0}{2}$ ВК -

Выводы: немедленно сапаторное лечение, искусственный пневмоторакс, работоспособность утеряна, но восстановится в ближайшем будущем, прогноз благоприятный (при наложении и. п.).

Эти выводы можно было бы сделать не видя больную, не зная истории болезни, только прочитав диагноз, конечно с оговоркой, что противопоказ ний к наложению искусственного пневмоторакса со сгороны других органов не имсется.

7. Творожистая пневмония

Больной госпитальный, терапия симптоматическая, смерть от туберкулезной интоксикации в течение ближайших недель или ме-

8. Хронический Фиброзно-кавернозный тбк летких

Случай 6. Т. Г. 33 лет. В возрасте 23 лет несколько раз кровохарканьс, на-ходили "катар легочных верхушек". Последние два года временами недомогаел несколько раз болел "гриппом", кашель с мокротой. Два месяца назад при очерел-ном "гриппе" были найдены ВК. Попытка наложить и кусственный пневмоторакс, сделанная в диспансере, не удалась из-за обязисотимить и кусственный пневмоторакс, сделанная в диспансере, не удалась из-за облитерации плевральной полости.

М. С. Астров и А. И. Сельверстова-Андреева

с рядом физиотерапевтических процедур, напр., ионтофорезом, диатермией (ионтофорез с натуральной минеральной водой, ионтофорез и диатермия через грязь, диатермия одновременно с местным применением грязи, напр., интра-вагинальных тампонов). В комплекс комбинированного лечения входят также биотерапия, аутогемотерапия, вакцино и протеинотерапия, медикаментозная терапия (применение эрготина при метроррагиях и т. п.).

На курорте Джалал-Абад врач Селиверстова-Андреева А.И. наряду с общими ваннами в течение последних четырех лет прибегает к местному лечению грязевыми влагалищными тампонами, используя для этого осадочную грязь минеральных источников курорта.

Применение грязевых вагинальных тампонов при лечении женских воспалительных заболеваний относится к концу прошлого столетия. Так, румынский гинеколог Бастаки (Bastaki) на курорте Lacul-sarat начал применять грязевые тампоны с 1895 года. Шабак К. Ф. (Старая Русса) пишет, что он применял грязевые вагинальные тампоны еще в 1908 г. Систематическое применение вагинального грязелечения в гинекологии в СССР введено проф. Лебедевым А. И. (Ессентукя) в 1923 г. Большинство гинекологов пользуются грязевыми натинальными тампонами вместе с лечением общими грязевыми или рапными ваннами. Реже применяли грязевое вагинальное лечение вместе с общими минеральными ваннами.

Остановимся на грязевой реакции. Специально очаговую реакцию изучали Дик В.Г., Живатов Г.К., Новицкий, Широченский и др.

Дик изучал, напр., влияние Тамбуканской грязи (Ессентуки) на самоочищение влагалища: после 3-х ванн он наблюдал усиление белей, увеличение слизи, лейкоцитов, уменьшение разнообразия флоры. По его наблюдениям, под влиянием грязелечения бели постепенно переходят из гнойных в слизистые, уменьшаются в количестве и иногда исчезают. По мере грязелечения степень чистоты влагалищного секрета меняется от 4 до 2.

Аналогичные исследования проводил и Широченский И. П. Он нашел следующие изменения во влагалище после 5 тампонов: "Стенки влагалища рыхлы, гиперемированы, покрыты в некоторых местах белыми, как бы сальными островками (повидимому от частых ожогов); шейка матки гиперемирована, отделения цервикального канала разжижены и в гораздо большем количестве".

Все культуры, за исключением кишечной палочки и золотистого стафилококка, дали по сравнению с контрольной пробиркой заметно скудный рост.

Новицкий А. А., как и большинство других авторов, изучавших грязевую реакцию, считает, что при вагинальном лечении кроме очаговой наступает и общая реакция, выражающаяся иногда в усталости, головных болях, бессонице, одышке, общей слабости. Эта реакция у женщин полных появляется быстрее, чем у худощавых или с нормальным питанием. Очаговая реакция при влагалищном грязевом лечении в общем слабая, однако встречаются случаи, где

вследствие сильных болей приходится делать перерывы в лечении. То же отмечает и Гительсон Ю.Э.: у 3-х больных из 100 он наблюдал внезапно по введении тампона боли в животе, частый пульс, холодный цот.

В отдельных случаях мы также наблюдали значительно вырз-

милируется, приспособляется к условиям существования и, метамор. фозируясь, дает переход в атипическую форму.

Перейдем к нашему материалу. За первые 2 года нашей работы в Вендиспансере № 1 в Ташкенте у 21,8% гонококки не были обна. ружены, а отмечались лейкоциты, диплококки и палочки. Закончили лечение (в разные сроки):

С гонорройным у	ретритом	•	•	•	•		59%
С вульгарным		•		•	•		1.00
Исчезло из поля	зрения с	г	DH.	3	p	ет.	401/0/
С вульгарным ур	етритом.	•	•				40 /2 /0

Осталось с гонорройным уретритом . — 1/2°/0

Рецидивов было 23, всех осложнений 155 или 32%.

Больные были нами отпущены после того, как мы убедились, что со стороны придаточных желез после ряда проделанных провокаций не отмечалось патологических изменений. Уретроскопия применялась не у всех, а только при соответствующих показаниях. На своем материале мы имеем 23 рецидива выделений после перерывов в лечении, из коих лишь в 6-ти случаях были обнаружены снова гонококки, а у остальных был установлен пост-гонорройный уретрит. Чем же могут быть объяснены эти рецидивы? По мнению Заиграева, часто рецидивы наступают, когда при диссеминации процесса по лимфатическим путям, он из межуточной ткани переходит в просвет выводных протоков. Эта форма дает наиболее частые рецидивы и служит камнем преткновения для определения излеченности процесса. Длительно продолжающаяся, по мнению Заиграева, тлеющая инфекция в межуточной ткани может дать рецидив спустя даже много лет, т. к. очаг может быть и не распознан. Приведем историю болезни гр. М., иллюстрирующую один из таких рецидивов. История болезни № 48108. Больной 35 лет, женатый, поступил к нам 7-го октября 1936 г. с клинической картиной острой гонорреи. Раньше ею не болел. Гонококки были обнаружены. Протекает болезнь нормально. Через 4 недели с начала заболевания при отсутствии выделений на протяжении 10 дней и наличии прозрачности мочи в обеих порциях была пропальпирована предстательная железа; отклонений от нормы не отмечалось. Содержание простатического сока норма. Вскоре по утрам снова стали показываться выделения. Был введен прямой буж, и после массажа на последнем в секрете отмечался лейкоцитоз. Бужировали больного неоднократно через день и два. Пальпаторно инфильтратов и фолликулов не отмечалось, а по утрам были выделения, в которых часто обнаруживались гонококки. Наконец, и после бужа в секрете, весьма скудном, микроскопически ничего не отмечалось. Уретроскопия отклонений от нормы не показывала. По утрам все же были выделения, в которых обнаруживались иногда гонококки. Через некоторое время после тампонов с ихтиол-глицерином по утрам больной ничего не стал отмечать. Приступили к дилятации канала, а затем к провокациям. В выделениях ничего патологического не было обнаружено. Разрешили выпить кружку пива, и утром снова выделения, в которых обнаружены гонококки. Снова повторные исследования всех придаточных желез и снова ничего не отмечается,

Е. О. Берсудский

Больному М. после исследования всех придаточных желез была назначена инстилляция ¹/4⁰/₀ раствором ляписа, появились выделения с наличнем в них гонококков. Через несколько дней больной при полном отсутствии выделений по собственной инициативе выпил пива и не наблюдал выделений. Снова сделали ему инстилляцию, и снова выделения с обнаружением гонококков. Такие примеры показывают рациональность пользования провокациями. При хронических же формах, давших при лечении обострения с нахождением гонококков, провокации мы применяем особенно энергично и повторно.

провокации мы применяем осоосало разные способы провокаций и раз-Различные авторы предлагают разные способы провокаций и разные комбинации их. Масштаб работы позволяет нам перечислить только некоторые провокационные методы. Шеффер рекомендует вводить пуговчатые бужи, которые вызывают механическое раздражевводить пуговчатые бужи, которые вызывают механическое раздражеине, и при нормальных показателях, на следующий день дать кружку пива, а затем ввести расширитель. В Москве применяется способ фронштейна-Гостлиба (буж, инстилляция до 1°/₀ ляписа плюс 1 см³ гоновакцины). З а и г р а е в считает необходимым контролировать уретроскопом чистоту слизистой уретры через 24—27 часов после предварительного впрыскивания гоновакцины; в зависимости от наступления очаговой реакции и наличия изменений он делает то или иное заключение. Перут ц, расширяя обычный круг химических провокаций, предложил пилокарпин в растворе (0,025—100 см³ воды), вызывающий повышенное выделение слизи из уретральных железок.

Мы придерживаемся следующей системы. Прежде всего исследуем придаточные железы. Для этой цели, если процесс протекает без видимых осложнений с отсутствием выделений и с совершенно прозрачной мочей в обеих порциях, исследуем простатический сок после легкого массажа предстательной железы. Если сок железы окажется нормальным, через 2–3 дня повторяем массаж снова; при получении и на этот раз удовлетворительного состояния сока железы, приступаем к исследованию передней части уретры, вводя буж и определяя, нет ли стриктур, фолликулов, ощущаемых инфильтратов. Сок после массажа на буже подвергаем исследованию и, если отклонений от нормы не отмечается, приступаем к провокациям с ляписом, начиная с $1/4_{0}^{0}$, и доводим концентрацию до $1/2_{0}^{0}$.

В редких случаях при упорном или долго продолжавшемся процессе мы концентрацию раствора ляписа доводим до 1%, исследуя выделения после каждой инстилляции в тот же день или на утро следующего дня. При отсутствии бактерий в мазках назначаем больному пиво. Если при исследовании желез отмечаем какую либо патологию, лечение возобновляем. Уретроскопию производим в случаях, где это необходимо.

В 95% больные, выдержавшие все эти пробы и освобожденные от лечения на 15 дней, при возвращении оказываются совершенно здоровыми. Остальные 5% возвращаются к нам после контрольных двух недель с выделениями, обусловленными постгонорройными уретритами, и нередко с рецидивами незаконченной и невыявленной провокациями гонорреей. Возникает вопрос, где искать причины рецидивов и как избегнуть их? Пока на этот вопрос определенно ответить мы не можем, равно как не можем дать абсолютного критерия излеченности гонорреи.

Итак, на прямой вопрос, когда мы можем лечащегося от гонорреи объявить здоровым, приходится ответить, что особенности течения гонорройной инфекции у разных лиц совершенно различны, как и реакции тканей организма на внедрение гонококков, биологи-

Повторная уретроскопия также ничего не указывает. Так лечение данного больного продолжалось до 2-го марта, т. е. почти 5 месяцев, и затем, наконец, больной мог быть отпущен после повторных исследований и провокаций. Надо полагать, что инфекция задерживалась в каком то очаге и была для нас недосягаема. Этот случай показывает насколько трудно бывает иногда определить критерий излеченности благодаря встречающимся скрытым латентным формам.

Рабинович, Штернберги Щедровицкий в своей работе показали, какое огромное значение имеет состояние эндокринных желез в течении гонорреи. У кастрированной мыши можно вызвать гоноррею со многими осложнениями, в то время как у некастрированных этого получить не удается.

Повседневная работа показывает, что степень развития заболевания обратно пропорциональна защитным силам организма и, кроме того, на течение болезни определенно влияют те или иные конституциальные особенности его. Слабо протекающие формы гонорреи, по мнению Зеленьева, находятся в зависимости от пониженной сопротивляемости организма, вяло реагирующего на внедрившуюся инфекцию, благодаря чему гонококки быстро проникают в глубже лежащие ткани, что и служит причинами скоро наступающих осложнений. Местная сопротивляемость пораженного гонорреей органов, по мнению Порудоминского, в значительной степени зависит и от особенностей их анатомического строения.

Общее физическое состояние, а также нервно-психический аппарат организма также оказывает влияние на течение процесса. Бригада 1-го Московского военного госпиталя во главе с Заиграевым находит, что, "нервная ткань не остается без влияния на нее вым находит, что, "нервная ткань не остается без влияния на нее гонококковых токсинов". Этот вопрос о влиянии гонорройной инфекции на нервную систему был поднят после работ в лаборатории акад. С п е р а н с к о г о, по мнению которого степень поражения нервных клеток решает исход процесса. Патолого-анатомическими работами М о л ч а н о в а и Заиграе в а констатированы влияния гонококкового токсина, а может быть и гонококков, на нервную

Эпштейн из лаборатории Сперанского считает, что распростраткань. нение гонококкового процесса имеет место и по нервным стволам. Нервный аппарат уретры даже при остром гонорройном уретрите не остается безучастным к разыгрывающемуся здесь процессу, о чем свидетельствует появляющаяся боль при мочеиспускании. Если действительно гонококковый процесс в той или иной форме распространяется по нервным стволам, то он может дойти до основного центрального неврона и даже по исчезновении инфекции в уретре может обусловить явления "дистрофической зоны", т. е. патологическое состояние уретры в силу изменений в центральном невроне. Возможно, что постгонорройные уретриты, так часто наблюдающиеся по окончании лечения, есть ничто иное, как результат изменения в нервных окончаниях уретры или даже являются реакцией слизистой на вовлечение в процесс центрального основного неврона. Естественно, лечечение подобных форм не должно сводиться только к местному лечению, как это принято до сих пор, но оно должно базироваться на восстановительных мероприятиях в отношенни центрального неврона, а может быть, даже всей нервной системы. Различные осложнения, в особенности со стороны крупных придаточных желез, являются также причиной затяжных случаев и, несмотря на все существующие способы лечения, часто затягивают его на долгое время.

блюдения за ним. Такая реакция как Борде Жангу, которую в свое время расхваливали, оказалась не безупречной по вопросу о выяснении излечения от гонорреи.

По мнению Финкельштейна, стойкая эозинофилия в уретральном гною указывает, повидимому, на наличие гонококков в организме, если исключены другие процессы, могущие вызватъ эозинофилию, как например, астма, глисты (Овчинников). Эозинофилия в отделяемом из уретры появляется с первого же дня заболевания, но чаще бывает в начале второй недели и достигает своего высшего развития к 4-6 неделям (Дембская, Финкельштейн). Многие авторы указывают, что эозинофилия есть реакция организма на гонотоксины. При латентной гоноррее в особенности рекомендуется заострить внимание на присутствие эозинофилии в крови. Так Финкельштейн обнаруживал эозинофилию в крови при острой гоноррее в 12,5%/0, при хронической в 42%/0 случаев. Ряд авторов придает эозинофилии в уретральном гное и прогностическое значение (Иозеф, Посланд, Гутман). Сирота и Чернобульский из кожновенеролог. отделения Житомирской больницы находили эозинофилию в крови в 85,1% случаев гоноррен. В их работе отмечается, что с улучшением клинических явлений эозинофилия резко уменьшается.

Фронштейн считает эозинофилию показателем наличия активной гонококковой инфекции в осумкованном очаге. Порудоминский и Закс на материале Бурято-Монгольской экспедиции в подавляющем большинстве случаев не находили эозинофилии в уретральном гное при наличии хронической гонорреи. Таким образом, по их мнению, эозинофилия в уретральном гное имеет лишь относительное значение и может быть принята во внимание при наличии других данных в пользу гонорройной инфекции. Дегтяр и Домбро вский в клиниках ТАМШИ и УЗГВИ пересмотрели немало мазков из уретральных выделений и эозинофилии там также не находили. Таким образом, и в отношении эозинофилии в уретральном гное,

как показателе наличия гонококков в организме, мнения расходятся. Такие авторитеты как Оберленд, Кальман, Вассидло,

Валентин, Линс, Аш считают уретроскопию методом, способным обнаружить патологию в уретре в то время, когда другими исследованиями в ней не удается обнаружить изменений.

Представители одного течения, как, например: Я дассон, Крепс и другие настойчиво рекомендуют вводить, с целью провокации различные раздражители (серебро, ртуть, иод, формалин и внутримышечно-гоновакцину, молоко), а также базироваться и на естественной провокации, каковой у женщин является менструация, а у мужчин—эрекция и поллюция. Другие, как Борисовский, Лейтес, клиника Неккера, отчасти и Жанэ высказываются против провокации, считая, что ими наносится ненужная травма уретре, и огравокации, считая, что ими наносится ненужная травма уретре, и ограничиваются пивной пробой, уретроскопией и спермокультурой. Мы не являемся последователями этой школы и не считаем возможным отказаться от провокации в виде химических реагентов, т. к. сплошь и рядом применяемые нами провокации выявляют инфекцию, проникшую далеко в глубину железок и межуточной ткани, где уретроскопия ничего не в состоянии отметить.

Провокационными методами мы пользуемся после того, как убеждаемся, что со стороны придаточных желез осложнений нет; благодаря провокации мы часто в скрытых для нас очагах обнаруживаем гонококков, где они другими методами исследования до того не выявлялись. Характерна в этом отношении история болезни № 52830.

ческая приспособленность гонококка и, наконец, длительность, с которой организм освобождается от инфекции.

По мнению Пружанского, критерием излеченности гонорреи можно считать: отсутствие субъективных жалоб, чистую мочу в обеих порциях (надо полагать утреннюю?), свободную от патологических примесей, нормальную простату и нормальный сок ее, исследование ее не менее 2-х раз и последующее наблюдение в продолжение 10—15 дней с применением провокаций. Мы не считаем возможным ограничиваться лишь исследованиемп ростаты и провокациями, а дополнительно после массажа на буже исследуем секрет, и лишь отсутствие патологических данных в последнем дает нам уверенность в нормальном состоянии передней уретры; мы считаем больного излеченным, если он после отдыха в течение 15—20 дней возвращается к нам с отсутствием каких-либо явлений патологии, и повторные исследования всех желез не указывают на какие либо отклонения от нормы.

Мы на опыте своей работы в продолжении 16 лет можем с уверенностью сказать, что гоноррею канала с его мелкими железками можно считать излеченной только после суммирования всех данных исследования, при наличии прозрачности мочи в обеих порциях по утрам, при отсутствии патологических элементов после дилятатора, химических провокаций, выпивки и при уретроскопических нормальных показателях. Правда, встречались больные, которые выдерживав все эти пробы и, будучи отпущены на контроль, через несколько дней все же возвращались с выделениями.

через несколько дней все же возвращание с не более, чем в 2%, Мы отмечали подобные случаи всетаки не более, чем в 2%, остальные же отпущенные больные после всех проб не рецидивиро-

вали. Интересна работа доцента Черкеса из мочеполового отделения Украинского Центрального Венерологического Института. Черкес интересовался клиническими, патологическими и физиологичекес интересовался клиническими, патологическими и физиологиченесенных осложнений гонорреи. Методика его работы заключалась в анализе историй болезней с последующим вызовом для тщательв анализе историй болезней с последующим вызовом для тщательв ольных, которые перенесли гонорройный уретрит, осложненный тех больных, которые перенесли гонорройный уретрит, осложненный простатитом, везикулитом, и которые закончили лечение не менее 10-ти месяцев и не более 3-х лет от момента этого исследования и не являлись на контроль.

Из явившихся 50% таких больных у 35% были легко обнаружены патогмоничные симптомы: слизистые выделения, жалобы на учащенные позывы к мочеиспусканию и болевые ошущения при последнем. уретроскопия, проведенная у всех явившихся, дала следующие данные: у 33% не было обнаружено каких либо изменений, у 45%/о картина характеризовалась явлениями разлитого или ограниченного катаррального воспаления слизистой без каких либо грубых патологических изменений, в 220/0 были обнаружены мягкие и твердые инфильтраты, литренты и лакуниты с гнойными пробками. Таким образом, 22%/0 больных, явившихся на контроль, сохраняли в себе активные и латентные очаги инфекции. У явившихся 10 человек, ранее болевших простатитом, были обнаружены в простатическом соке гонококки и у 3 грамнегативные диплококки. У всех же остальных, явившихся на контроль, исследование простатического сока дало следующие результаты: в 5 случаях были обнаружены грамнегативные диплококки, в 27 случаях грамположительные диплококки, в 12

Комбинированное лечение ваннами и грязевыми тампонами гинеколог. заболеваний 15

цента благоприятных исходов минимум на 7—10 и максимум на 15 по сравнению с исходами при одном лишь чисто курортном лечении как в Одессе, так и на всех других грязелечебных станциях". В то время, как средний процент благоприятных исходов под влиянием грязелечения (у артритиков) под конец пребывания их на курорте по всем грязевым курортам Союза за пятилетие (с 1921 г. по 1926 г.) равнялся 85, процент благоприятных исходов после комбинированного лечения доходит до 95, а для отдельных групп заболеваний даже до 100.

Исходы лечения гинекологических больных на курорте Джалал-Абад комбинированным способом—грязевыми тампонами и минеральными ваннами плюс климатические факторы этого курорта—оцениваются цифрой 95% хороших результатов.

Выводы:

 Основной принцип терапии — лечить не только больной орган, но и больной организм в целом, имеет силу и в терапии гинекологических заболеваний.

 Комплексный комбинированный метод лечения гинекологических заболеваний на сегодня является общепризнанным, как наиболее эффективный; он должен быть применен и на курортах.

3. Влагалищное грязевое лечение одновременно с бальнеотерапией является наиболее целесообразным, так как оно легко переносится больными, может быть проводимо более длительно по сравнению, например, с местным и общим грязелечением.

4. На курортах наряду с бальнеогрязетерапией при лечении женских болезней должны быть использованы все другие лечебные факторы как природные — аэро-гелио-терапия, так и искусственные физиотерапия; все это усиливает эффект лечения.

5. В большинстве бальнеологических курортов Киргизии может быть использована осадочная грязь минеральных источников для лечения не только женских болезней, но и более широко, — например, при лечении болезней органов движения, болезней кровеносных сосудов (тромбофлебиты, эндартерииты), болезней печени и желчных путей.

Примен, ред. Список литературы не приведен по техническим причинам.