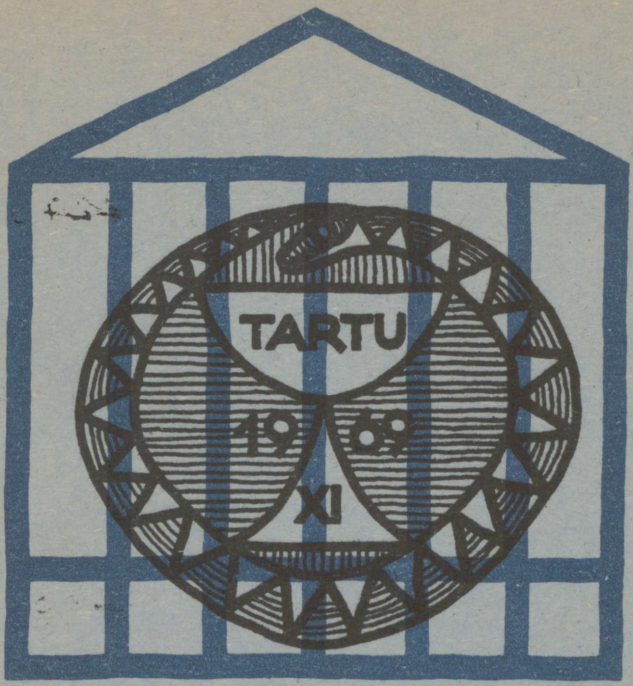

XI СТУДЕНЧЕСКАЯ НАУЧНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ ВЫСШИХ УЧЕБНЫХ МЕДИЦИНСКИХ ЗАВЕДЕНИЙ ПРИБАЛТИЙСКИХ РЕСПУБЛИК И БЕЛОРУССКОЙ ССР

17—19 АПРЕЛЯ 1969

A-17478

ТАРТУСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
УНИВЕРСИТЕТ

XI СТУДЕНЧЕСКАЯ НАУЧНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ ВЫСШИХ УЧЕБНЫХ МЕДИЦИНСКИХ ЗАВЕДЕНИЙ ПРИБАЛТИЙСКИХ РЕСПУБЛИК И БЕЛОРУССКОЙ ССР

17—19 АПРЕЛЯ 1969

МАТЕРИАЛЫ ДОКЛАДОВ

Тарту 1969

Tartu Riikliku Ülikooli
Raamatukogu
227323

ПЛЕНАРНОЕ ЗАСЕДАНИЕ

ИНТУИЦИЯ В НАУКЕ

Е.И.Минчев

(Астрахань)

Вопрос об интуиции и ее роли в творческой мыслительной деятельности привлекает все большее внимание представителей различных специальностей. Актуальность вопроса обусловливается проблемой расширения творческих возможностей человека.

Условно различают интуицию чувственную и интеллектуальную. Чувственную интуицию характеризует способность воспринять (intuitus - созерцание, усмотрение, видение), а затем быстро и сжато оценить значение ряда признаков. Например: поза, внешний вид, речь, жесты незнакомого человека. Тот или иной вывод не нуждается в доказательствах, а зависит от остроты восприятия, наблюдательности, информированности, памяти - т.е. опыта, и логически не осмысливается.

Чувственная интуиция дает непосредственное и неотчетливое представление, приемлемое в повседневной деятельности человека (и ученого в том числе), но не в науке, так как научное познание - это переработка и дальнейшее развитие систематизированных восприятий. Ученого во многом характеризует творческое воображение, изобретательность, он идет дальше восприятия, способен творить понятия и системы понятий, вызывает к жизни нешаблонные идеи. Создание гипотез, технические изобретения, выбор направлений исследований - явные случаи интеллектуально-интуитивных действий. Однако, было бы неверным думать, что интеллектуальная интуиция связана только с творчеством и не имеет места в решении более скромных задач интеллектуального плана, и пример тому

предварительный диагноз - задача, ежедневно стоящая перед врачом и разрешаемая с несомненным участием интуиции.

Интуитивные процессы - не чисто логические, с ними связаны сокращенные, незавершенные доказательства, а не полная информация и подробные выводы, они характеризуются внезапностью решения, как бы скачком от исходных данных к результатам. Механизм процесса обычно не осознается, протекает на подсознательном уровне. Подсознательное мышление имеет ряд особенностей: I) скорость обработки информации здесь ниже, чем в сознании, поэтому решение возникает через определенный срок после образования "тупика" в активной деятельности. Этот разрыв во времени стирает в памяти предшествующий опыт, а подпороговый уровень процесса исключает осознание мышления - это и создает ошибочное впечатление ни на чем не основанного "озарения" 2) подсознательно обрабатывается сразу несколько потоков информации, что делает возможным максимальное использование ассоциаций и аналогий 3) подсознание более подвержено влиянию эмоций и чувств, поэтому решение проблемы во многом зависит от увлеченности идей, ее доминирования в творческом процессе.

Таким образом, интуиция - это неосознаваемая часть мыслительной деятельности на базе предшествующего опыта, дающая прямое усмотрение истины при забытых посылках решения и доказательствах не вполне сформировавшихся или не приведенных к строгой форме. Поэтому интуитивные решения в науке являются исходным пунктом в развитии идеи, толчком к разработке задачи. Отсюда роль интуиции как эвристического средства ориентира исследования, опоры рассуждения.

ПЕРЕСАДКА ПОЧЕК В ТАЗ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Д.Бальчюнайте, Ю.Маслаускас,
А.Гришкевичюс, А.Южневичюс

(Вильнюс)

До сих пор предложено несколько методов пересадки почек в эксперименте: в шею, в таз, в паховую область, в бедро, в поясничную область. Цель нашей работы - дальнейшая разработка пересадки почек в таз. Нами оперировано 20 собак: 8 автопересадок и 12 гомопересадок.

Операцию пересадки почки можно разделить на 4 этапа:

1. Подготовка трансплантата у донора
2. Подготовка сосудистой ножки у реципиента
3. Изъятие трансплантата
4. Сама пересадка

Сосуды почки сшивались по типу конец в конец с общими подвздошными сосудами реципиента. Мы применяли отечественные сосудосшивающие аппараты АСЦ-8м и АСЦ-4. Мочеточник вшивали в мочевой пузырь вручную.

При несоответствующих размерах общей подвздошной и почечной артерий, мы предложили анастомозировать почечную артерию с хвостовой артерией или даже с одной из ее ветвей. При наличии добавочной почечной артерии, основную сшивали с общей подвздошной, а дополнительную - с хвостовой артерией.

Указанные варианты артериальных анастомозов хорошо функционировали до наступления отторжения гомотрансплантата в нелеченных иммунодепресантами случаях. Это указывает на техническую возможность использования почечного трансплантата с добавочными сосудами в клинической практике.

Автотрансплантаты хорошо функционируют уже 6 месяцев, а гомотрансплантаты без применения иммунодепресантов - 4-6 дней.

ИЗМЕНЕНИЕ ФОРМЫ И ПОЛОЖЕНИЯ ЖЕЛУДКА ЧЕЛОВЕКА В ПРОЦЕССЕ РАЗВИТИЯ

В.Адомайтис
(Каунас)

Для исследований использовали эмбрионы человека (35) длиной от 4,5 мм до 35 см. Двое из них были аномальные (acrania).

Форму и положение желудка исследовали макроскопически и микроскопически при помощи серийных препаратов.

Данные исследований показали, что у эмбрионов 4,5-5 мм длина пищеварительной трубки почти прямая, расположена в сачитальной плоскости. В краниальной части эмбриона видно расширение - зачаток желудка. Оба конца незаметно переходят в соседние части кишок. Краниальная часть желудка уже видна у эмбрионов 10-12 мм длины, в то время как каудальная у эмбрионов 12,5-15 мм длины.

При закладке желудка его дорзальная стенка более расширена чем вентальная.

У эмбрионов 5-7,5 мм длины желудок располагается в левую сторону и сначала поворачивается вокруг сагитальной оси. В результате, краниальная часть желудка опускается вниз и наклоняется в левую сторону дорзально. Каудальный отдел поднимается вверх и вперед, и проходит через сагитальную плоскость эмбриона направо. У эмбрионов 15-20 мм длины каудальная часть желудка располагается по уровню краниальной части, а позже опускается вниз.

В результате поворота желудка вокруг прозольной от тени развита его вентральная стенка наклоняется направо и образует малую кривизну. Более сильно развита дорзальная стенка поворачивается налево и образует большую кривую желудка.

Более интенсивное образование формы желудка отмечается у эмбрионов 32,5-40 мм длины.

Размеры желудка заметно увеличиваются. 2/3 объема заполнено жидкостью. Пилорная часть выше краниальной и проходит сачитальную плоскость на 0,4 мм направо. Отмечается образование сфинктера.

Желудок согнут наболее в средней части. Но не у всех эмбрионов положение и форма желудка одинакова.

У эмбрионов 40-60 мм длины окончательно образовывается форма и расположения желудка, которая очень похожа постоянной форме и положению желудка.

Для образования формы и расположения желудка, кроме свойств, закрепившихся в процессе филогенеза, большое значение имеет центральная нервная система и инервация желудка. Большое значение имеют и окружающие органы.

Для расширения желудка, несомненно, имеет значение и давление амниотических жидкостей, попавших в пищеварительный тракт эмбриона.

Из-за давления зачатка печени, желудок сначала расширяется в свободную левую и дорзальную сторону.

Подвижность желудка вокруг сагитальной и продольной оси обусловлен и удлинением всей пищеварительной трубки, фиксацией двенадцатиперстной кишки, слабыми связами желудка, удлинением пищевода. Для этого имеет значение скопление жидкостей в желудке в результате непрохода через двенадцатиперстную кишку, а также уменьшение флексии эмбриона на второй месяц его развития.

У аномальных эмбрионов (длины 24 и 31 см) форма желудка и его расположения также были аномальными.

О ВЛИЯНИИ ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ИННЕРВАЦИИ И ВАСКУЛЯРИЗАЦИИ НА СОСТОЯНИЕ АУТОТРАНСПЛАНТИРОВАННОЙ ПОЧКИ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

И.А.Скобеюс, Г.Д.Золотенко

(Минск)

Целью работы является изучение функции и изменение структуры аутотрансплантированной почки и значение ее дополнительной васкуляризации и иннервации.

Опыты проведены на 13 собаках. У всех животных правая почка пересаживалась на подвздошные сосуды. В трех случаях почка окутывалась сальником, в пяти - к передней поверхности пересаженной почки подшивался десерозированный участок не выключенной из пищеварения тонкой кишки. В пяти случаях для предотвращения образования спаек пересаженного органа с окружающими органами и тканями, почка окутывалась пленкой из поливинилхлорида. Через 10-12 дней во всех опытах удалялась интактная левая почка. О функции аутотрансплантированной почки судили на основании комплексного исследования мочи и крови.

Проведенные исследования показывают, что в первые пять дней после пересадки у всех животных происходит уменьшение диуреза, повышение удельного веса мочи, возрастает содержание мочевины в крови, увеличивается выведение с мочой мочевины и креатинина. Эти изменения мы расцениваем как реакцию на травму. В течение 2-3 месяцев функция почки не нарушена, позднее появляются признаки нарушения ее в виде постепенного нарастания содержания мочевины в крови и уменьшение выведения ее с мочой.

Морфологические изменения аутопересаженной почки отмечается в ближайшие недели и представлены очаговыми дистрофическими, дегенеративными и склеротическими изменениями.

В докладе будут представлены различия морфологических

и функциональных изменений в различных группах опытов.

"СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА О ЗНАНИЯХ СТУДЕНТОВ МЕД.ФАКУЛЬТЕТА В ОБЛАСТИ СЕКСУОЛОГИИ"

Л.Энтсик

(Тарту)

Для того, чтобы получить обзор о знаниях студентов в области сексуологии и о развитии их знаний в течении учебного времени, организовали в декабре 1968 г. анонимный анкетный вопросник среди студентов мед.факультета Тартуского государственного университета. В это время на факультете занималось 1239 студентов, из них 290 мужчин. В принципе выборного отбора распрашивали группы студентов 1,3 и 6 курсов, всего 156 студентов, из них 40 мужчин. В анкете было 10 вопросов, которые рассматривали основные понятия о сексуальной жизни и функции. Полученные материалы обработаны математически в счетном центре Тартуского государственного университета на электронно-вычислительной машине. Из полученных данных можно сделать следующие выводы:

1. Знания о сексуологии студентов 1 курса очень недостаточные. Из 10 заданных вопросов ответили правильно только 4,2.

2. Первоначальная информация получена в основном во время учебы с 5 по 8 классы, но источники информации в подавляющем большинстве случаев (мальчики 78,7%, девочки - 53,3%) малокачественные и непедагогические.

3. Знания студентов последних курсов сравнительно с 1 и 3 курсом значительно увеличились, но все же в области сексуологии они не получили достаточной подготовки. Из 10 вопросов в среднем правильно отвечено 8,2, но основное большинство считало необходимость получить добавочную информацию в области сексуологии.

4. В учебные планы мед.факультета Тартуского государственного университета необходимо ввести изучение сексуологии.

ВЛИЯНИЕ АНТИЛЕЙКОЦИТАРНОЙ СЫВОРОТКИ НА РОСТ НЕСОВМЕСТИМЫХ ОПУХОЛЕЙ

Г.П.Адаменко, А.Ю.Барышников, В.И.Ларина, Э.И.Гукова

(Витебск)

I. Опыты были поставлены с целью выяснения влияния гетерологичных антилейкоцитарных сывороток на рост опухоли при ксеногенных трансплантациях.

2. Гетерологичную антилейкоцитарную сыворотку получали путем многократной (в течение 3-4 месяцев) иммунизации кроликов клетками лимфатических узлов мышей гибридов (CBAxC57BL) и крыс Wister . Титр лейкоцитотоксинов был I:I28 - I:256.

3. Антилейкоцитарные сыворотки вводили за 5-6 дней ежедневно до прививки опухоли и в течение 8-I0 дней, через день, после прививки опухоли в дозах 0,5 для крыс и 0,3 мл для мышей.

4. Гетерологичные антилейкоцитарные сыворотки подавляя иммунный ответ способствовали росту ксеногенных опухолей. Однако, кроме того, рост гетерологичной опухоли зависел от ее вида (соединительнотканного или лимфоидного происхождения) и дозы привитых клеток.

ЛАТЫШСКИЙ РЕВОЛЮЦИОНЕР - МЕДИК Н.В.ШМЕМАН

О.Е.Хоруженко

(Гродно)

Николай Васильевич Шмеман родился около 1854 года в Туккумсе Курляндской губернии. В 1878 году, обучаясь в Медико-хирургической академии, активно участвовал в студенческих волнениях, сблизился с Г.В.Плехановым и вместе с ним организовывает стачки в Петербурге на Невской Бумагопрядильне и фабрике Шау (январь 1879 г.). 26 февраля 1879 года Н.В.Шмеман совместно с М.Р.Поповым и (предположительно) А.Квятковским по приговору "Земли и Воли" ликвидировал провокатора Рейнштейна, выдавшего руководителей "Северного союза русских рабочих" и следившего за редакцией "Земли и Воли". Сосланный в июле 1879 года в Вятскую губернию Шмеман бежал и 29 марта 1881 года был арестован в Гродненской губернии (г. Белосток).

На основании архивных материалов и других источников следует считать, что целью этой поездки Шмемана явилось установление связей с военными кружками "Народной Воли" в Белоруссии (с помощью брата-военврача в г. Кобрине), а возможно и укрепление связей с латышскими революционерами. Вновь отбыв ссылку в Вятской губернии, тяжело больной Н.В.Шмеман в 1884 году выехал за границу.

Н.В.Шмеман занимает видное место в ряду революционеров-воспитанников Медико-хирургической академии. Совместная подпольная деятельность и дружба с Г.В.Плехановым, М.Р.Поповым и другими русскими революционерами свидетельствует об интернационализме передовой прибалтийской молодежи и ее вкладе в общерусское освободительное движение.

О ЧАСТОТЕ СЕНСИБИЛИЗАЦИИ К СТРЕПТОМИЦИНУ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЭТИМ ПРЕПАРАТОМ

Н.Э.Хензеле

(Рига)

Известно, что многие лекарственные вещества могут вызывать изменение реактивности организма. При повторном, нередко длительном их применении могут возникнуть специфическая сенсибилизация и побочные явления при введении данного лекарственного вещества.

В настоящее время вопросы развития сенсибилизации к лекарственным веществам приобретают все большую значимость в связи с нарастающим и широким выпуском новых разнообразных лекарственных средств.

Нами было обследовано 225 больных лечившихся со стрептомицином, 20 медсестер, имевших близкий контакт со стрептомицином на работе, но никогда в жизни не применявших стрептомицин ввиде инъекций, и 30 практически здоровых людей, никогда не имевших контакта со стрептомицином и не получавшие инъекций стрептомицина.

Для изучения повышенной чувствительности к стрептомицину нами была применена фотометрическая проба помутнения по Уанье (Hoigne). Одновременно проводилась внутрикожная проба у 271 лица на чувствительность к стрептомицину.

У 53 больных получавших пенициллин и 5 медсестер проводилась реакция помутнения сыворотки с раствором пенициллина.

Нами установлено, что среди здоровых людей, не имевших контакта со стрептомицином, реакция Уанье дала отрицательный результат во всех случаях.

Среди больных с дерматитом от стрептомицина и лиц имевших профессиональный контакт со стрептомицином, реакция Уанье оказалась положительная в 8 из 20 наблюдений (40%)

ция Уанье оказалась положительная в 8 из 20 наблюдений (40%).

Из числа 225 больных, страдавших острой и хронической пневмонией, ревматизмом, туберкулезом и некоторыми другими заболеваниями, получавших инъекции стрептомицина, положительный тест Уанье обнаружен у 15 человек (6,7%).

Среди больных ревматизмом проба Уанье оказалась положительная в 7 из 58 наблюдений (12,1%), при острой пневмонии - в 1 из 31 наблюдения (3,2%), при хронической пневмонии - в 4 из 43 наблюдений (2,3%), у группы больных туберкулезом - в 2 из 79 наблюдений.

Анализ нашего материала показывает, что сенсибилизация к стрептомицину наблюдается относительно часто (6,7%), особенно среди лиц имевших постоянный профессиональный контакт с препаратом.

Вместе с тем сравнительный анализ наших данных показывает, что сенсибилазиция к пенициллину у больных получавших этот антибиотик, наблюдается чаще (30,2%), чем сенсибилизация к стрептомицину после лечения этим препаратом (6,7%), (P 0,001).

Положительный тест Уанье после лечения стрептомицином выпадает значительно чаще чем положительная внутрикожная проба (1,5%), (P 0,01).

О НЕКОТОРЫХ ВОЗМОЖНОСТЯХ УЛУЧШЕНИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СЕЛЬСКИХ ЗДРАВУЧРЕЖДЕНИЙ ЗА СЧЕТ РАЦИОНАЛИЗАЦИИ РАБОТЫ

(По материалам сети здравоохранения Тартуского района)

Я.Ярвекюльг

(Тарту)

Т е з и с ы:

Изучая организацию и деятельность здравучреждений Тартуского района, а также публикации, касающиеся вопросов научной организации труда и управления, советы и указания Министерства здравоохранения ЭССР выясняется следующее:

I. Эффективным путем улучшения медицинского обслуживания является рационализация работы при следующих условиях:

а) если при составлении и использовании основных принципов схемы управления учитывается специфика медицины.

б) в деятельности конкретных учреждений необходимо учитывать его географические, хозяйственные, кадровые и др. возможности.

2. Деятельность здравучреждений Тартуского района базируется в основном на эмпирической организации.

3. Для улучшения организации работы можно рекомендовать руководству здравсети района следующее:

а) внедрение изложенного плана-схемы,

б) составление описаний должностей с указанием прав и обязанностей,

в) составление участковых паспортов.

ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

ПОЛЯРОГРАФИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ СЫВОРОТКИ КРОВИ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ПОСТДИФТЕРИЙНЫХ ПОЛИНЕВРИТАХ У СОБАК

Л.М.Лапик

(Астрахань)

Полярография, как наиболее чувствительный метод электрохимического анализа химических и биологических веществ, нашел широкое применение во многих областях науки, в том числе и в медицине.

Полярографический эффект (возникновение полярографической волны) биологических веществ, в частности сыворотки крови, зависит от содержания в них сульфгидральных групп (Брдичка И.Д., Иванов, Городыский). Чем больше этих групп содержится в исследованном растворе, тем выше высота полярографической волны. Следовательно, изменения высоты волны могут служить мерой количественного анализа белковых веществ.

В ранее выполненной на кафедре патофизиологии Астраханского мединститута работе (Стемпковской А.К., 1966) было показано, что у подопытных животных с подострой и хронической степенью интоксикации, вызванной введением неинактивированного дифтерийного токсина, наблюдается повышение высоты полярографической волны по сравнению с высотой волны здоровых (контрольных) животных.

Настоящая работа имеет целью выяснить характер изменений сыворотки крови больных животных при введении им частично инактивированного дифтерийного токсина.

Исследования проводились по методике И.Шевченко и В.Городыского с помощью электронного полярографа ПА-3.

Опыты проводились на 20-ти собаках. Дифтерийные полиневриты вызывали по методу Фрика - путем введения дифтерий-

ного токсина предварительно выдержанного в натрий-вероналовом буфете (pH-8,5) в течение 6-8 часов при комнатной температуре. Токсин применялся в дозе 0,0005-0,0006 мл на кг веса животного, внутримышечно, в заднюю лапу.

После введения токсина у собак развивалась адинамия, собаки теряли в весе, через 2-3 дня начинали хромать на лапу, в которую вводился токсин. Конечность становилась отечной и болезненной. Через 2-3 недели развивались тяжелые параличи.

При исследовании безбелкового фильтрата сыворотки крови этих животных, несмотря на довольно ярко выраженную клиническую картину, постдифтерийных полиневритов, изменений полярографической волны по сравнению с таковой у контрольных (не зараженных) животных почти не наблюдалось. Колебания между высотами полярографических волн здоровых и подопытных не превышали 2-3 мм, что находилось в пределах ошибки.

Полученные результаты дают основание предположить, что при введении частично инактивированного дифтерийного токсина не наблюдается заметных изменений в белковом составе сыворотки крови больных животных в отличие от таковых при затравке животных нативным токсином дифтерии.

О ВЛИЯНИИ СЕРОТОНИНА НА ЖЕЛУДОЧНУЮ СЕКРЕЦИЮ

М.Пыльд
(Тарту)

О влиянии серотонина на желудочную секрецию в доступной нам литературе мало данных. Некоторые авторы считают, что серотонин блокирует секрецию соляной кислоты в желудке (Шмит 1957 г., Корал-Салета 1956 г.). Николофф и сотрудники получали в ответ на введения больших доз (20 мг/кг в мин.) серотонина возбуждение секреции и повышение свободной кислоты.

В данной работе исследовалось влияние серотонина на количество и состав желудочного сока у собак с маленькими желудком по Гейденгайну. Серотонин применялся в дозе 0,4 мг/кг веса внутримышечно. Перед введением серотонина изучалась базалная секреция в течение одного часа. В желудочном соке определялись: свободная соляная кислота, связанная и общая соляная кислота и общая кислотность.

Полученные данные показывают, что после введения серотонина повышается количество желудочного сска и останется повышенным по сравнению с исходным фоном в течение первого часа после инъекции. В то же время содержание в желудочном соке свободной и общей соляной кислоты понижалось. Связанная соляная кислота изменяется меньше: в первый час после введения серотонина несколько увеличивается по сравнению с исходным фоном, в течение следующих часов колеблется в пределах исходного фона.

Таким образом наши данные показывают, что серотонин влияет на интенсивность желудочной секреции и на содержание кислоты в желудочном соке.

МЕДИЦИНА В СРЕДНЕВЕКОВОЙ АРМЕНИИ И ВСЕМИРНОЕ ЗНАЧЕНИЕ ТРУДА "УТЕШЕНЬЕ ПРИ ЛИХОРАДКАХ" Мхитара Гераци

М.М.Мкртумян
(Ереван)

ТЕЗИСЫ ДОКЛАДА

Медицинская наука добилась больших успехов в различных областях, но и по сей день не утратили свое значение труды известных врачей античного времени и средневековья. К числу таких трудов относится медицинское произведение "Джерманц мхитарутюн" "Утешенье при лихорадках", написанное выдающимся армянским врачом средневековья (XII век) Мхитаром Гераци в 1184 г.

Уже с первых страниц своего труда Мхитар Гераци

рассматривает группу лихорадочных заболеваний, как наиболее распространенную и тяжело протекающую, дающую наибольшую смертность среди других заболеваний. Мхитар считает, что лихорадка, как и все болезни, в основном возникает от воздействия на организм факторов внешней среды и в меньшей степени от внутренних причин, исходящих от самого человека.

Другой особенностью патологии Мхитара, отличающейся от патологии древних врачей, в частности Галена, является понятие о плесневой лихорадке.

В своем труде Мхитар, описывая течение различных лихорадочных заболеваний, как и античные врачи, различает четыре стадии клинического течения лихорадки, кроме того он описывает три вида температур.

Автор дает понятие о контагиозности многих заболеваний, указывает на возможность передачи болезнетворного начала человеку через молоко животных.

В своем труде за несколько столетий до итальянского врача Ромацини автор дает понятие о заболеваниях, возникающих в связи с профессией больного.

Из первоисточников нам становится ясным, что труд Мхитара Гераци несомненно является одним из выдающихся произведений средневековья, а значение этого труда в историко-медицинском значении довольно велико и выходит далеко за пределы национальных рамок.

ВЛИЯНИЕ ГИПЕРФУНКЦИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НА РОСТ ОПУХОЛЕЙ

Г.С.Санадирадзе и М.Ш.Михелашвили
(Тбилиси)

Вопрос о влиянии гиперфункции щитовидной железы на рост опухоли был предметом исследования многих авторов, однако он остается все еще открытым. В связи с этим мы поставили перед собой цель изучить особенности роста экс-

периментальных опухолей в условиях гипертиреоза.

Опыты проводились на белых беспородных мышах, которым подкожно в область бедра левой задней лапки перевивался штамм асцитной карциномы Эрлиха. Гипертиреоз вызывался дачей тиреоидина в течение I5 дней из расчета 0,00I гр на I,0 гр веса животного. Средний диаметр и средний объем опухоли определялись по Шреку. Устанавливался процент стимуляции роста опухоли по принятой формуле. Результаты обрабатывались методом вариационной статистики.

Результаты исследования показали, что на фоне гиперфункции щитовидной железы наблюдалась отчетливая интенсификация роста опухолей.

В работе обсуждаются возможные механизмы этого явления.

К АНАЛИЗУ ИЗМЕНЕНИЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НОВОРОЖДЕННЫХ КРЫСЯТ ПРИ ЧАСТИЧНОЙ РЕЗЕКЦИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ БЕРЕМЕННОЙ САМКИ БЕЛОЙ КРЫСЫ

В.И.Утехин
(Ленинград)

Проблема изменений в поджелудочной железе зародышей белых крыс, вызванные удалением поджелудочной железы беременной самки представляет определенный интерес для понимания изменений в поджелудочной железе эмбрионов, наступающих при нарушении функции поджелудочной железы матери. Carlson A.J. & Drennan F.M. (I9II), удалявшие поджелудочную железу у беременных собак, наблюдали гиперплазию В-клеток островков Лангерганса у плода.

Задачей настоящей работы явилось изучение влияния резекции части поджелудочной железы беременной самки белой крысы на островковый аппарат развивающегося эмбриона.

Материал и методика исследования

В опыте использовались беременные самки белых крыс весом 150–250 г. Контролем служила поджелудочная железа новорожденных крысят, родившихся от неоперированных крыс. Резекция части поджелудочной железы производилась на 10–12 день беременности по методу Scow Q. (1953). Поджелудочная железа новорожденных крысят фиксировалась в жидкости Буэна с последующей заливкой в парафин. Изготовлялись серийные срезы. Срезы окрашивались альдегид-фуксином по Гомори. А-клетки выявлялись окраской азокармином. Для подсчета обмена островковой ткани был применен метод Tejning'a (1947).

Анализ полученных данных свидетельствует о том, что:

1. При удалении части поджелудочной железы беременной самки белой крысы наблюдается коспенсаторное увеличение объема островковой ткани у плода;
2. Количество гранул в В-клетках при окраске альдегид-фуксином по Гомори увеличено в опыте по сравнению с контролем.
3. При настоящих условиях постановки опытов А-клетки не выявляются.

ОБ ИЗМЕНЕНИЯХ СЕРДЕЧНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ЭКГ У СОБАК ПРИ ВНУТРИВЕННОМ ВВЕДЕНИИ АДРЕНАЛИНА И АТРОПИНА

А.С.Соломатин
(Тарту)

У собак внутривенное введение адреналина вызывало известные фазовые изменения ритма сердца. Вначале возникало кратковременное, умеренное замедление (I фаза), потом кратковременное учащение ритма сердца (II фаза). После

II фазы развивалась продолжительная брадикардия (III фаза). Первая фаза возникала вследствие удлинения диастолы, вторая в результате укорочения как систолы, так и диастолы, а третья в результате удлинения диастолы.

Атропин способствовал возникновению тахикардии, при которой одинаковым образом укоротились электрические систола и диастола. Укоротились как предсердный, так и желудочковый комплексы систолы.

На базе действия атропина, при введении адреналина наблюдалось кратковременное учащение сердечного ритма. Это происходило в результате укорочения систолы и диастолы. Укоротились предсердный и желудочковый комплексы.

У собак в норме часто существует отрицательный зубец Т. В конце I фазы адреналиновой реакции отрицательный зубец Т постепенно начинал приближаться к изоэлектрической линии. Во II фазе он становился положительным, достигая максимума в начале фазы. С середины II фазы зубец Т опять начинал уменьшаться и достигал, постепенно понижаясь, предопытного уровня в середине III фазы.

У собак с положительным зубцом Т в норме, начиная от конца I фазы, зубец Т постепенно повышался, достигая максимума также в начале II фазы. Затем постепенно понижался, достигая в середине III фазы предопытного уровня.

В начале действия атропина отрицательный зубец Т еще понижался, потом несколько приближался к изоэлектрической линии.

Возникшую в результате действия адреналина динамику изменений зубца Т, атропин несколько уменьшал.

ЯЧЕЙКА ДЛЯ ПОЛЯРОГРАФИЧЕСКОГО ОПРЕДЕЛЕНИЯ ТКАНЕВОГО ДЫХАНИЯ

Н.В.Маклаков и В.Я.Родионов

(Витебск)

Общепринятый метод определения тканевого дыхания по Варбургу требует наличия достаточно сложного аппарата, а также достаточно большого количества исследуемого материала. Эти обстоятельства в значительной мере устраняются, если применить для этой цели полярографический метод с использованием платинового электрода.

Применение платинового электрода поставило новые задачи, в частности, способы очистки электрода, что привело к созданию вращающегося платинового электрода, стационарного платинового электрода с вращающимися сосудиком, вибрирующего платинового электрода и, наконец, стационарного платинового электрода с механической очисткой (метод Gregory).

Нами использован метод Грегори, который состоит в том, что ячейку выполняют из органического стекла, в которое впаивается платиновый электрод и электрод сравнения - каломельный. Вплотную к платиновому электроду подгоняется поршень 20 мл-шприца, приводимый во вращение электродвигателем постоянного тока (200 об/мин). Объем ячейки 1-4 мл.

Ячейка подключается к полярографу типа ЛП-60 (Чехословакия) с линейным самописцем.

"ВЛИЯНИЕ ВИТАМИНА B_{I5} НА БЕЛКОВЫЙ СПЕКТР КРОВИ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ПИЩЕВЫХ РАЦИОНАХ"

С.И.Табатари

(Тбилиси)

(Т Е З И С Ы)

Целью настоящей работы является изучение действия физиологических и превышающих физиологических доз витамина B_{I5} на белковый спектр крови при различных пищевых рационах.

Подопытными животными служили взрослые крысы, которые были разделены на группы в зависимости от условий опыта и получали установленные дозы препарата в течении 30-дней.

Белковый спектр плазмы крови изучали методом электрофореза на бумаге. Содержание общего белка определяли рефрактометром Пульфриха. Полученные данные были обработаны методом вариационной статистики.

Результаты исследования показали, что витамин B_{I5} в пределах установленных доз действует на соотношение белковых фракций. Применение десятикратной дозы пангамата кальция дает более значительный сдвиг белкового спектра крови, однако не выходящий за физиологические пределы. Режим питания не оказывает влияния на физиологическое действием витамина B_{I5} на белковый спектр крови.

В работе дан анализ полученных результатов.

К ИЗУЧЕНИЮ ЗАВИСИМОСТИ РАБОТЫ АОРТЫ КРОЛИКА, КОШКИ И ГОЛУБЯ ОТ ДАВЛЕНИЯ И НАГРУЗКИ

Д.Н.Балдин, А.Н.Севостьянов,
А.Л.Сулла

(Гродно)

Известно, что аорта совершает работу в зависимости от давления и нагрузки по правилу средних нагрузок (Ю.Т. Софронов, 1968). Нашей задачей было сравнительное исследование работы аорты кошки, голубя и кролика в зависимости от давления и нагрузки.

Опыты производились на переживающих отрезках аорт 13 кошек, 14 голубей и 4 кроликов. Работу, выполненную аортой при снижении давления в ней на определенную величину, расчитывали по произведению поднятого аортой груза в граммах на высоту его подъема в сантиметрах. Найденную величину работы выражали в процентах ко всей производимой аортой работе, принятой за 100%. Данные опытов обработаны статистически.

При высоких и низких давлениях и нагрузках аорта выполняет небольшую работу. Наибольшую работу аорта совершает при средних нагрузках и некоторых средних уровнях давления. Работа аорты находится в зависимости от давления и нагрузки согласно правилу средних нагрузок. Правило средних нагрузок применимо для характеристики работы аорты кошки, кролика и голубя. Максимальную работу аорта кошки и голубя выполняет при более высоких нагрузках и уровнях давления, чем аорта кролика.

МОЛЕКУЛЯРНАЯ МОДЕЛЬ СОКРАЩЕНИЯ МЫШЦЫ

В.Н.Ростовцев

(Минск)

Исходя из концепции скольжения строится и исследуется молекулярная модель сокращения поперечнополосатой мышцы, основанная на следующих предположениях: I) энергия макроэргической связи АТФ трансформируется в механическую в межпротофибриллярных мостиках; 2) головы молекул тяжелого меромиозина (НММ), образующие мостики, располагаются на поверхности А-нити по правилу плотной упаковки шаров на плоскости; 3) существует строгая последовательность работы молекул НММ.

На возможные последовательности работы молекул НММ накладываются следующие ограничения: I) в каждый данный момент времени по окружности поперечного сечения А-нити может работать только каждая вторая молекула НММ, так как одну А-нить окружают 6 И-нитей, а по окружности размещается I2 молекул НММ (по Г.Хаксли диаметр "головы" НММ равен 40А и диаметр А-нити равен I60А); 2) в каждый данный момент времени в направлении главной оси протофибриллы может работать лишь каждая третья молекула НММ, так как одну И-нить окружают 3 А-нити; 3) работать должны все молекулы НММ; 4) предпочтителен вариант последовательности работы молекул НММ, дающий наибольший КПД; 5) расстояние между последовательно взаимодействующими с актином молекулами НММ должно быть равно расстоянию между центрами мономеров И-нити, что позволяет исключить менее выгодный нониусный механизм взаимодействия, а также ограничить выбор возможных последовательностей работы НММ пределами одной гексагональной ячейки, образуемой плотно упакованными "головами" НММ.

Доказывается, что сформулированным начальным и граничным условиям удовлетворяют два варианта последовательности работы молекул НММ, которые являются тождественными, отличаясь только направлением вращения А-нити. В найденной модели последовательно взаимодействуют с актином 12 групп молекул НММ, молекулы каждой из которых работают синхронно. Каждая молекула НММ, работающей в данный момент группы, продвигает систему И-нитей к центру саркомера на 34А и, одновременно, поворачивает А-нить на 15^{0}, - таким образом, длина отрезка, на котором развивается усилие, то есть высвобождается поглощенная НММ энергия АТФ, равна 40А.

Модель позволяет получить из двух исходных величин (диаметра А-нити и диаметра "головы" НММ) остальные структурные параметры саркомера, исключая длину протофибрилл и диаметр миофибриллы как независимые. По модели расчитана величина теплопродукции мышцы, хорошо совпадающая с экспериментальной. Модель позволяет расчитать предельную силу мышечного сокращения. Из модели выведены характерные для мышцы термодинамические соотношения. Предлагается новый вариант уравнения изменения внутренней энергии мышцы при любом сокращении: изометрическом, изотоническом и смешанном. Модель находится в согласии с биохимическими данными о мышечном сокращении. Качественно обсуждается возможный механизм работы отдельной молекулы НММ.

К МЕХАНИЗМУ ДЕЙСТВИЯ АНТИБИОТИКОВ КРУЦИНА И НЕОЦИДА НА ЦИТОПЛАЗМАТИЧЕСКИЕ ВКЛЮЧЕНИЯ АСЦИТНОЙ КАРЦИНОМЫ ЭРЛИХА

С.И.Березка
(Харьков)

I. Вопросы этиологии и патогенеза злокачественных новообразований остаются не выясненными привлекают внимание многих исследователей. В связи с развитием электронной микроскопии в настоящее время интерес к вирусоподобным тельцам и связи их с цитоплазматическими включениями возрос.

В настоящее время обращают на себя внимание работы, сообщающие о наличии в раковых клетках животных и человека включений, которые обладают базофильными и фуксинофильными свойствами. Изучая влияние некоторых ферментов на цитоплазматические включения проф. В.С.Деркач обнаружил, что действие панкриотической липазы лишает цитоплазматические включения фуксинофильности, а раковые клетки их содержащие, при этом теряют свою перевиваемость.

II. Целью данной работы было изучить влияние антибластомных антибиотиков круцина и неоцида на структурные особенности и тинкториальные свойства цитоплазматических включений асцитной карциномы Эрлиха. Опыты проводились in vitro и in vivo . Изучалось влияние этих препаратов на цитоплазматические включения в экспозиции и различных разведениях.

В результате проведенных опытов установлено, что под воздействием круцина и неоцида изменялась форма включений, очертания становились менее отчетливыми и постепенно включения исчезали совсем, при этом нарушалась также перевиваемость раковых клеток.

Высказываются предположения о возможной связи наличия цитоплазматических включений раковых клеток и их перевиваемости. Возможно, что с этим связано специфическое действие антибластомных препаратов.

ИЗУЧЕНИЕ ФИЗИКО-ХИМИЧЕСКОЙ ГЕТЕРОГЕННОСТИ АНТИТЕЛ В СЫВОРОТКАХ БОЛЬНЫХ СКЛЕРОМОЙ

Э.Л.Левина
(Минск)

Целью настоящего исследования является изучение физико-химической гетерогенности антител в сыворотках больных склеромой. Использована методика избирательного разрушения М-глобулинов 2-меркаптоэтанолом (Deutsch , Morton , 1957). Исследуемые сыворотки изучались в реакциях пассивной гемагглютинации.

В работе показано, что противосклеромные антитела гетерогенны в физико-химическом отношении и могут быть отнесены к двум типам иммуноглобулинов - М и . Средний геометрический титр гемагглютинирующих антител оказался равным 152,3±1,1. После обработки 2-меркаптоэталоном он снизился почти в 9 раз и стал 18,2±1,23. Титр агглютинирующих антител снизился в четыре раза (средний геометрический титр нативных сывороток равен 1611±0,12, обработанных 2-меркаптоэтанолом - 416,9±1,3). При анализе изменений титров в каждой отдельной сыворотке обнаружено, что из 112 исследованных в РПГА сывороток содержали только М иммуноглоэулины - 39 сывороток (34,8±4,4%), только - им муноглобулины - 56 сывороток (50,0±4,6%) и смесь тех и других иммуноглобулинов 17 сывороток (15,2±3,4%). По данным реакции агглютинаци из 42 исследованных сывороток распределение указанных иммуноглобулинов составляло соответственно 4,8±3,3%; 57,1±7,6% и 38,0±7,4%. Преобладающим типом иммуноглобулинов являются -глобулины.

Выявлена корреляция между содержанием в сыворотках М-глобулинов и клинической выраженностью заболевания.

В группе длительно болеющих склеромой число сывороток, содержащих М-антилена, меньшее чем в группе соотносительно небольшой давностью заболевания.

ИЗЫСКАНИЕ β-АДРЕНОБЛОКАТОРОВ СРЕДИ НОВОСИНТЕЗИРОВАННЫХ ПРОИЗВОДНЫХ БЕНЗОДИОКСАНА-I,4-И БЕНЗОЛА

Б.Палаймайте и Л.Патракеева

(Вильнюс)

Для лечения стенокардии и аритмий различной этиологии в последние годы все шире применяются β-адреноблокаторы. Синтезировано большое число соединений, обладающих β-адреноблокирующей активностью, но в клинике применяются только некоторые из них.

Нами исследовалась β-адреноблокирующая активность некоторых новосинтезированных 6-(γ-алкиламино-β-оксипропокси)-бензодиоксанов-I,4 и 3 (или 4-метокси-I-(β-алкиламиноэтокси)-бензолов (8 соединений). Исследования проводились на изолированном сердце лягушки по методу Штрауба и на изолированной трахее морской свинки по методу Castillo и De Beer (I947).

Установлено, что исследуемые соединения в концентрации 10^{-5} на работу изолированного сердца влияния не оказывают. При увеличении концентрации до 2.10^{-4} они работу сердца слабо угнетают и в концентрации 10^{-3} - 10^{-2} ее останавливают. Более выраженной β-адреноблокирующей активностью обладает только одно из исследуемых соединений. Оно в концентрации 10^{-5} уменьшает хронотропный эффект изадрина (в концентрации 2.10^{-7}) на 9,6±2,5%. В концентрации 0,24 /мл оно также уменьшает влияние изадрина

(0,2 γ /мл) на изолированную трахею морской свинки на 54,8±4,3 процента.

ВЛИЯНИЕ УЛЬТРАЗВУКОВЫХ КОЛЕБАНИЙ НА АКТИВНОСТЬ НЕКОТОРЫХ ФЕРМЕНТОВ ГЛИКОЛИЗА И ПЕРЕАМИНИРОВАНИЯ В ПЕЧЕНИ БЕЛЫХ КРЫС

В.М.Козин

(Витебск)

I. До настоящего времени остается открытым вопрос о характере метаболических процессов в ультразвуковом поле.

2. В данной работе приводятся результаты исследований активности ферментов гликолиза (альдолаза и лактатдегидрогеназа) и переаминирования (глютамикощавелевоуксусная и глютамикопировиноградная трансаминазы) в гомогенатах печени и сыворотки крови крыс.

3. Работа выполнена на 300 крысах-самках. Использовалась лабильная методика озвучивания на брюшную полость. Условия озвучивания: аппарат УТП-I, частота 830 кгц, экспозиция 5 минут через 24 часа 5 раз, контактная среда – вазелиновое масло, интенсивности 0,2, 0,6 и I,8 вт/см^2, режим непрерывный. Исследования производились через I0 минут, 24 часа, 7 и 30 суток после пятого озвучивания.

4. Установлен различный характер динамики активности изучаемых ферментов ткани печени и сыворотки крови в зависимости от применяемой интенсивности ультразвука и количества озвучиваний. Наиболее чувствительными к ультразвуковым колебаниям оказались ферменты гликолиза, активность которых достоверно уменьшается на ранних сроках опыта.

ДИНАМИКА СОДЕРЖАНИЯ НУКЛЕИНОВЫХ КИСЛОТ, БЕЛКОВ, ГЛИКОГЕНА И ЛИПОИДОВ В ПЕЧЕНИ КРЫС ПОД ВЛИЯНИЕМ УЛЬТРАЗВУКА

О.Н.Детинкин

(Витебск)

I. Метаболические реакции, возникающие в тканях озвученных животных, изучены недостаточно.

2. Целью настоящей работы было изучить содержание ДНК, РНК, белков, гликогена, холестерина и фосфолипидов в ткани печени крыс при воздействии ультразвука, частотой 830 кгц и интенсивностью 0,2, 0,6 и I,8 вт/см^2.

3. Применена лабильная методика озвучивания на брюшную полость. Контактной средой служило вазелиновое масло. Экспозиция озвучивания - 5 минут ежедневно в течение 5 дней. Крысы забивались через IO минут, 2 часа, I,7,30 и 90 суток после пятого озвучивания. Работа выполнена на 300 крысах.

4. Выявлен различный характер в динамике изучаемых показателей в зависимости от применяемой интенсивности ультразвука и количества озвучиваний. Наибольшие изменения характерны для интенсивности I,8 вт/см^2. Эти изменения заключаются в увеличении содержания белков, РНК и липоидов на ранних сроках опыта. Тенденция к нормализации изучаемых показателей проявляется на 30 сутки опыта.

К ВОПРОСУ ИЗУЧЕНИЯ ОБМЕНА БИОГЕННЫХ АМИНОВ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ КРОВИ

А.И.Хоменко и Т.А.Квятович

(Минск)

Различные воздействия, изменяющие функциональное состояние организма, оказывают влияние на симпато-адреналовую систему. Существенные патологические сдвиги, происходящие в организме при различных формах лейкозов, вероятно связаны с нервно-гуморальными факторами, играющими роль в адаптационных процессах.

Данная работа имела задачей изучить обмен катехоламинов, в частности, выделение с мочой адреналина, норадреналина, ДОФА, дофамина, 3-метокси 4-гидроксииндальной кислоты (ВМК), 5-оксииндолилуксусной кислоты (5-ОИУК) и тирамина. Адреналин, норадреналин, ДОФА, дофамин определялись методом Э.Ш.Матлиной, И.Э.Софиевой, З.М.Киселевой (1965 г.), ВМК, 5-ОИУК и тирамин определялись разработанным на кафедре комплексным методом.

Под наблюдением находилось 19 мужчин и женщин, больных хроническим миелолейкозом, и 20 больных хроническим лимфолейкозом. Продолительность заболевания от нескольких месяцев до нескольких лет.

Показано, что экскреция адреналина, норадреналина и ВМК ниже по сравнению с нормой, в то время как экскреция ДОФА и тирамина повышена. В отношении экскреции 5-ОИУК наблюдается зависимость от формы заболевания.

Полученные данные свидетельствуют о нарушении функции симпато-адреналиновой системы при хронических лимфо- и миелолейкозах.

ПОПЫТКА ИНФОРМАЦИОННОГО АНАЛИЗА СПЕКТРА ТИОЛОВЫХ ГРУПП СЫВОРОТКИ КРОВИ ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ

Е.В.Барковский

(Минск)

В настоящее время теория информации находит свое применение почти во всех областях знаний.

Определенный интерес представляет изучение информационных функций различных биохимических систем в норме и патологии.

Нами предпринята попытка информационного анализа тиоловых групп (свободные и замаскированные - SH, SS-группы, - S-S - группы) сыворотки крови практически здоровых людей и больных туберкулезом легких. Определение тиоловых групп производилось методом амперометрического титрования по Кольтгофу и Гаррису.

Расчет информационных показателей (энтропия, избыточность, величина канала связи) производился согласно методам теории информации (Шеннон, 1948; Кастлер, 1956; Зальцберг, 1966; Пирс, 1967).

При всех формах туберкулеза легких, кроме цирротической, наблюдается уменьшение энтропии, увеличение величины канала связи и избыточности спектра тиоловых групп, что можно расценивать, очевидно, как компенсаторную реакцию организма на молекулярном уровне в ответ на туберкулезную инфекцию. Наоборот, увеличение энтропии и уменьшение величины канала связи и избыточности спектра тиоловых групп при цирротическом туберкулезе легких, свидетельствует, вероятно, о потере компенсаторной способности тиол-дисульфидной системы организма.

ВЫДАЮЩИЙСЯ УКРАИНСКИЙ БИОХИМИК И.Я.ГОРБАЧЕВСКИЙ

Н.Н.Оборин

(Львов)

К числу врачей-украинцев, получивших за свою научную деятельность широкую известность, принадлежит И.Я.Горбачевский (1854-1942). За выдающиеся труды в области биохимии он был избран в 1925 г. академиком АН УССР, о чем имеются еще неопубликованные архивные документы. Научная и педагогическая деятельность И.Я.Горбачевского до последнего времени не исследована и ограничивается лишь краткой биографической заметкой в Украинской Советской Энциклопедии (УРЕ).

Иван Яковлевич Горбачевский родился 15 мая 1854 г. в селе Зарубинцах (теперь Збарского района Тернопольской области) в семье священника. Закончил Тернопольскую гимназию и медицинский факультет Венского университета, получив степень доктора медицины. В 1882-1917 - профессор Карлова университета в Праге. Здесь он в 1889-90, 1894-95 и 1911-12 гг. был деканом медицинского факультета, а в 1912-13 гг. - ректором университета.

И.Я.Горбачевскому принадлежит приоритет получения мочевой к-ты из мочевины и глицерина (1882). Им же установлены источники и механизм синтеза этой кислоты в организме. И.Я.Горбачевский предложил новый метод синтеза креатина (1885). Ему принадлежит открытие фермента ксантиноксидазы (1889-91), способ получения ксантина и гуанина в виде кристаллов (1897).

Научная деятельность И.Я.Горбачевского, как талантливого экспериментатора не исчерпывается перечисленным выше.

Он изучал вопросы питания на Подолии. Ему принадлежит учебник физиологической химии в 4-х частях, изданный на чешском языке (1905) и долгое время остававшимся единственным в своем роде учебным пособием в Чехословакии.

Неоценимая заслуга И.Я.Горбачевского также заключается в создании учебника органической химии на украинском языке (1924), значение которого для развития украинской химической школы огромно.

К ОЦЕНКЕ ВОЗРАСТНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ АКТИВНОЙ КЛЕТОЧНОЙ МАССЫ

В.Ю.Домбровский

(Минск)

Старение организма связано с деградацией различных уровней биологической организации. Эта деградация сопровождается существенными изменениями внутриклеточного метаболизма. Многочисленные исследования показали, что не все функциональные показатели процессов жизнедеятельности снижаются, некоторые из них не меняются вообще, другие даже возрастают. Одним из показателей, характеризующих интенсивность процессов жизнедеятельности, может быть содержание белка в органах и тканях. В связи с этим, нами проведено определение общего белка (по методу Лоури) и сухого веса в печени, сердце и скелетной мышце зрелых (8-10 мес.) и старых (24 мес.) белых крыс. Результаты показали, что уровень общего белка и сухой вес исследованных органов у старых животных существенно выше, чем у зрелых.

Целостность и высокий уровень интенсивности внутриклеточных процессов сопровождается накоплением в клетках ионов калия (Я.А.Эпштейн, 1963). В связи с этим, определяя возрастные изменения калия в различных органах и тка-

нях, можно в какой-то степени более объективно оценивать функциональное состояние клеток. Мы определили содержание калия в тех же тканях методом пламенной фотометрии. Оказалось, что в зависимости от способа выражения содержания калия, можно отметить различную возрастную динамику. Так, при расчете на сырой вес наблюдалась незначительная тенденция к увеличению калия с возрастом, в то время, как при расчете на сухой вес можно было наблюдать обратную зависимость. Наконец, содержание калия, отнесенное к количеству общего белка, с возрастом резко уменьшалось. Это может говорить, по-видимому, что увеличение сухого веса и общего белка при старении организма обусловлено накоплением в тканях менее полноценных в функциональном отношении белков.

ВЛИЯНИЕ АЦЕТИЛХОЛИНА И ГИСТАМИНА НА НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ СВЕРТЫВАЮЩЕЙ И ПРОТИВОСВЕРТЫВАЮЩЕЙ СИСТЕМЫ КРОВИ

Т.М.Наливайко

(Минск)

Медиаторы и некоторые биогенные амины принимают активное участие в регуляции свертывания крови и фибринолиза. Однако механизм их действия до настоящего времени точно не установлен.

Нами изучалось влияние ацетилхолина и гистамина на свертывающую и фибриналитическую активность крови, а также на активность антитромбина и факторов протромбинового комплекса. Была исследована венозная плазма 88 здоровых людей. Опыты проводились в приборе гемокоагулометре (Е.П. Иванов, 1967). В пробирку приливалось такое количество гистамина или ацетилхолина, чтобы концентрация каждого из них в исследуемом растворе была равна: 10^{-3}; 10^{-5}, 10^{-7};

10^{-9} г-моль/л.

Анализ данных после статистической обработки позволил сделать следующие выводы:

1. Ацетилхолин и гистамин (10^{-3}; 10^{-7}; 10^{-9}) понижают фибринолитическую активность более чем в 2 раза.

2. Гистамин (10^{-3}) уменьшает тромбопластическую активность, а ацетилхолин (10^{-5}; 10^{-7}; 10^{-9}) увеличивает ее.

3. Ацетилхолин (10^{-5}) уменьшает активность факторов протромбинового комплекса, а гистамин (10^{-5}; 10^{-7}) увеличивает ее.

4. Ацетилхолин (10^{-3}) понижает активность антитромбина в плазме, а гистамин (10^{-7}; 10^{-9}) повышает ее.

5. Гистамин (10^{-3}) и ацетилхолин (10^{-3}) дают I или 2 степень тромботеста, характеризующие гипокоагуляцию.

К ВОПРОСУ О КОНФОРМАЦИОННЫХ ИЗМЕНЕНИЯХ ТРИПСИНА И МИОЗИНА ПРИ ДЕНАТУРАЦИИ

С.Ю.Рябенков, В.И.Майоров, А.И.Верес

(Минск)

Кинетика денатурационного процесса может служить удобной моделью для исследования роли структурной организации и физико-химических свойств белка в выполнении им биологических функций.

Нами в параллельных опытах исследовалось изменение ферментативной активности и некоторых физико-химических свойств (спектра тиоловых групп, спектра поглощения, характеристической и относительной вязкости) миозина и трипсина в ходе денатурации, вызываемой нагреванием (20-80^{0}С) или добавлением додецилсульфата.

Проведенные исследования позволяют сделать следующие выводы:

I. Денатурация сопровождается определенными изменениями характеристической и относительной вязкости, оптической плотности растворов миозина и трипсина, сдвигом максимума поглощения в коротковолновую область, что свидетельствует о конформационных изменениях белках в растворе, приводящих к перемещению хромофорных групп на поверхность белковой макромолекулы.

2. Углубление денатурационного процесса ведет к увеличению числа свободных сульфгидрильных групп и снижению количества дисульфидных групп в белке (миозине).

3. В ходе денатурации изменение ферментативных и физико-химических свойств происходит синхронно, что говорит о тесной связи каталитической активности с конформационным состоянием белка-фермента.

4. Воздействия малой интенсивности повышают ферментативную активность исследуемых белков, а при более высоких концентрациях детергента и повышении температуры каталитическая активность трипсина и миозина угнетается.

О ДЕЙСТВИИ АММИАКА IN VITRO НА АКТИВНОСТЬ Mg^{2+} - АКТИВИРУЕМОЙ И ($Na^+ + K^+$) - АКТИВИРУЕМОЙ АТФазы ПРЕПАРАТОВ МОЗГА, ПРЕДВАРИТЕЛЬНО ОБРАБОТАННЫХ ДЕЗОКСИХОЛАТОМ

Т.Э.Куллисаар

(Тарту)

Литературные данные, а также наши предыдущие исследования показали, что ионы аммония in vivo и in vitro по различному влияют на активность транспортной ($Na^+ + K^+$) активируемой и Mg^{2+} -активируемой АТФаз, которые осуществляют активный препарат ионов через биологические мембраны. Если ионы аммония in vivo подавляют транспортную АТФазу, то in vitro не было найдено существенных изменений.

В опытах in vitro при выделении ферментов из клеточных структур и их очистке часто применяются детергенты, в частности дезоксихолат (ДОХ), которые могут вызвать определенные изменения в структуре и активности ферментов. Поэтому в данной работе нами изучалось влияние аммиака на активность АТФаз препаратов мозга, обработанных 0,1% раствором ДОХ-а в течение суток.

Оказалось, что аммиак в конечной концентрации 50mM вызывает значительное увеличение активности транспортной АТФазы обработанных препаратов мозга морских свинок. В то же время активность Mg^{2+} -активируемой АТФазы этих же препаратов увеличивается. В ферментных препаратах, необработанных ДОХ-ом, аммиак заметных изменений активностей АТФаз не вызывает.

Эти результаты показывают, что под действием ДОХ-а происходят по видимому какие-то конформационные перестройки молекулы фермента, что и приводит к изменениям его атакуемости ионами аммония.

О СОДЕРЖАНИИ СВОБОДНЫХ АМИНОКИСЛОТ В КРОВИ ПРИ ОСТРОЙ КРОВОПОТЕРЕ И РЕЗЕКЦИИ ПЕЧЕНИ

Г.Н.Бикметов

(Воронеж)

Через 10 и 30 минут от начала развития геморрагического коллапса (АД-20 мм рт.ст.) развившегося в результате острой массивной кровопотери у собак, и через 1 и 3 часа после восстановления основных жизненных функций - наблюдалось увеличение содержания в крови таких свободных аминокислот как орнитин, лизин, гистидин, аргинин, аспарагиновая кислота, серин, глицин, глютаминовая кислота, треснин, аланин, пролин, тирозин, валин+метионин, фенилаланин, лейцин+изолейцин. На 1 сутки после оживления организма содер-

жание аминокислот остается повышенным. В дальнейшем, начиная с 3-5 суток их количество восстанавливается до исходных величин и на протяжении всего периода исследований (5-ти месяцев) сохраняется их нормальный уровень.

Если в первые 3 часа восстановительного периода после оживления организма обнаруживалась тенденция к снижению повышенного уровня свободных аминокислот крови, то такие животные выживали. Если наблюдалось в этом периоде нарастание количества свободных аминокислот в крови, то животные погибали в первые 6 часов после оживления.

Через 24 часа после удаления части печени (в ср. 50% от веса органа) отмечается резкое увеличение содержания аминокислот: орнитина, лизина, гистидина, аргинина, аспарагиновой, серина, глутаминовой, тирозина, пролина, треонина, валина+метионина, фенилаланина, лейцина+изолейцина. На 5-е сутки их количество возвращается в пределы исходного уровня.

У животных на 5-е сутки после удаления части печени аналогичный геморрагический коллапс (АД-20 мм рт.ст.) развивался от потери меньшего объема крови (2-4%/кг) и продолжительность терминального состояния сокращалась в 2-3 раза по сравнению с интактными животными. Через 2 месяца после частичной гепатэктомии существенных различий в течение терминального состояния у опытных и у интактных животных не отмечалось.

ВЛИЯНИЕ ФЕНАМИНА НА Mg^{2+} И $(Na^+ + K^+)$ - АКТИВИРУЕМЫЕ АТФазы В МОЗГУ

Э.И.Паэсалу
(Тарту)

В последнее время особое значение придают $(Na^+ + K^+)$ - активируемой или транспортной АТФазе в активном транспорте ионов через клеточные мембраны. А этот процесс в нервной ткани связан с механизмом передачи нервного возбуждения.

Исходя из этих соображений нами изучалось влияние известного стимулятора нервной деятельности – фенамина на транспортную и с ним связанную Mg^{2+} -активируемую АТФазы в мозгу в опытах in vivo и in vitro . Выяснилось, что введение морским свинкам 20 мг фенамина на кг веса вызывает значительное уменьшение активности транспортной АТФазы в ферментном препарате мозга по сравнению с активностью этого фермента в мозгу контрольных животных. При этом активность Mg^{2+} -активируемой АТФазы в мозгу опытных животных почти не изменилась.

В опытах in vitro пользовались очищенными препаратами (Na^{+} $+K^{+}$) – активируемой АТФазы мозга кошек, в которых специфическая активность этого фермента по сравнению с гомогенатами возросла в среднем в 20 раз. Прибавление к этим препаратам маленьких количеств фенамина (конечная концентрация I–2 м М) вызывало увеличение активности транспортной АТФазы, однако, большие концентрации фенамина (5–20 м М), наоборот, уменьшали активность этого фермента.

Mg^{2+} – активируемая АТФаза в отношении прибавления фенамина в опытах in vitro более стабильна по сравнению с транспортной АТФазой.

ОЧИСТКА ТРАНСГЛУТАМИНАЗЫ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЕЕ МОЛЕКУЛЯРНОГО ВЕСА С ПОМОЩЬЮ СЕФАДЕКСА G-I00

У.Н.Микелсаар
(Тарту)

Препарат трансглутаминазы был выделен из растворимой фракции ткани печени собаки по методу Folk и Cole (I966) осаждением уксусной кислотой при pH 5. Очистка ферментного препарата проводилась с помощью экстрагирования различными буферными системами при pH 4,5; 6,0; 6,5.

Ферментативная активность препарата определялась по

образованию гидроксамовой кислоты с использованием гидроксиламина в качестве первичного амина и по освобождению аммиака.

Лиофилизированные препараты трансглутаминазы разделялись на отдельные фракции при помощи гильфильтрации на сефадексе G-I00 . Молекулярный вес каждой фракции определялся по методу Whitaker (I963). Для получения стандартной кривой мы использовали чистые препараты рибонуклеазы, пепсина, альбумина и гексокиназы.

После разделения трансглутаминазы гельфильтрацией молекулярный вес основных фракций по стандартной кривой был в пределах 65 000 ± I0 000.

ОЧИСТКА И ИЗУЧЕНИЕ КООПЕРАТИВНЫХ СВОЙСТВ (Na^+ K^+) - АКТИВИРУЕМОЙ АТФазы МОЗГА

В.М.Фоминов
(Тарту)

В предыдущих опытах для очистки транспортной ($Na^+ + K^+$) - активируемой АТФазы применяли дифференциальное центрифугирование, обработку дезоксихолатом и осаждение сульфатом аммония. В данной работе для дальнейшей очистки использовали гельфильтрацию на сефадекс Г-200 (наибольшая активность фермента отмечалась в первых белковых фракциях). В результате такой обработки специфическая активность фермента увеличивается по сравнению с гомогенатом мозга в I5-20 раз. В то же время гомогенность препарата по микроэлектрофорезу в полиакриламидном геле увеличивается.

На этом препарате исследовались кооперативные взаимодействия ионов натрия и калия в отношении транспортной АТФазы по коэффициенту Хилла (n), величины которого больше единицы свидетельствуют о наличии кооперативных эффектов.

Наши опыты показали, что n в отношении ионов натрия и калия равняется I,63.

Многими авторами было показано, что кооперативные взаимодействия происходят только при наличии 2-х или большего числа субъединиц в молекуле фермента. Диссоциация субъединиц (т.н. десенсибилизация) приводит к исчезновению эффектов. В наших опытах десенсибилизация вызывалась обработкой ферментного препарата I М раствором мочевины в течение 5 мин. Действительно после этого n в отношении ионов натрия и калия уменьшается до 0,9, а активность фермента не изменялась. На основании этих результатов выдвигается предположение, что транспортная АТФаза является аллостерическим ферментом.

РАЗДЕЛЕНИЕ ПРОДУКТОВ ГИДРОЛИЗА ВЫСОКОМОЛЕКУЛЯРНОЙ РИБОСОМАЛЬНОЙ РНК

М.Б.Сёэт
(Тарту)

Разделение сложной смеси олигорибонуклеотидов является предпосылкой исследования первичной структуры РНК. Для этой цели чаще всего применяется ионнообменная хроматография. Задачей настоящей работы явилось разделение олигорибонуклеотидов по длине цепи. В работе использовалась высокомолекулярная рибосомальная РНК (rРНК) из поджелудочной железы собаки. rРНК гидролизировалась 5 раз перекристаллизированной панкреатической рибонуклеазой. Ионнообменная хроматография проводилась на колонках с ДЭАЭ-целлюлозой в 0,0I м трис-ацетатном буфере, pH 7,9, содержащем 0,00I м ЭДТА и 7 м карбамид. Для элюации применялся линеарный градиент ацетата натрия от 0,05 до 0,5 м. Олигорибонуклеотиды элюировались при ионной силе, теоретически расчитанной для каждой фракции. Из гидролизата rРНК были изолированы десять фракций, то есть от моно- до декануклеотидов. Из них фракции до гептануклеотидов разделились полностью. Содержание олигорибонуклеотидов во фракциях измерялось спектрофо-

тометрически при 260 нм. Для количественного определения олигорибонуклеотидов использовались соответствующие коэффициенты для каждой фракции. Предварительный расчет показывает нестатистическое распределение исследованных олигорибонуклеотидов с превалированием некоторых из них.

Настоящая работа является исходной для разделения олигорибонуклеотидов по последовательности.

О ВЛИЯНИИ ПРОЦЕССА ПИТАНИЯ НА СОДЕРЖАНИЕ СВОБОДНЫХ АМИНОКИСЛОТ И ПРОТЕОЛИТИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ СМЕШАННОЙ СЛЮНЫ ЧЕЛОВЕКА

В.Э.Котелянский

(Ужгород)

Свободные аминокислоты являются обязательной составной частью слюны. Их содержание подвержено широким индивидуальным колебаниям, которые имеют суточный ритм выделения и различный уровень содержания у мужчин и женщин (у мужчин I6,2I мг%, у женщин I5,I0 мг%).

Мы допускаем, что часть аминокислот в слюне появляется в результате их экскреции из крови, а другие - путем расщепления белков слюны.

Задачей настоящей работы было выяснить происхождение свободных аминокислот в слюне.

Для решения этой задачи мы изучали протеолитическую активность слюны, а также экскрецию свободных аминокислот слюны, беря пробы до и после завтрака, обеда и ужина. Протеазную активность определяли методом Уткиных-Любовцовых в модификации Ширге (I926 г.). Свободные аминокислоты исследовали методом нисходящей хроматографии аминокислот на бумаге (Т.И.Пасхина, 1957 г.).

Нами установлено, что до еды содержание аминокислот в слюне всегда больше, чем после (табл. № I).

Важно подчеркнуть, что еще более значительные различия обнаружены в проявлении активности протеаз до и после еды.

Эти две переменные величины - концентрация свободных аминокислот и протеолитическая активность слюны изменяются параллельно. Это позволяет высказать предположение, что часть свободных аминокислот в слюне образуется при расщеплении белков.

Таблица I

Суточный ритм колебаний концентраций аминокислот и протеазной активности слюны человека

Наименование	Завтрак		Обед		Ужин	
	до	после	до	после	до	после
Аминокислоты (в мг%)	I6,73 ± 0,26	I5,78 ± 0,3I	I8,39 ± 0,2I	I4,06 ± 0,28	I6,9I ± 0,27	I3,82 ± 0,25
Протеазная активность слюны (в ед.экстинции на I мл слюны).	0,234 ± 0,095	0,I24 ± 0,025	0,324 ± 0,065	0,I70 ± 0,064	0,238 ± 0,055	0,I06 ± 0,027

ИЗМЕНЕНИЕ НЕРВНОГО АППАРАТА В СТЕНКЕ КОРОНАРНЫХ СОСУД СЕРДЦА ПРИ САРКОМЕ

Р.К.Плента
(Вильнюс)

В доступной нам литературе мы нашли только отдельные работы, касающиеся изменения нервного аппарата коронарных сосуд при карциноме, а работ об изменении нервного аппарата коронарных сосуд сердца при саркоме мы не нашли.

Цель была изучить изменения нервного аппарата коро-

нарных сосуд сердца людей, умерших от саркомы, а также проследить динамику развития изменений со штамом лимфосаркомы крыс.

Мы исследовали нервный аппарат стенки коронарных сосуд сердца 15-ти людей, умерших от саркомы. Также исследовали коронарные сосуды сердца 102 крыс с экспериментальной лимфосаркомой. Коронарные сосуды сердца крыс брали на 5,8,10,14 и 19 сутки после пересадки опухоля и после гибели животных. Срезы, сделанные на замораживающем микротоме, окрашивали методами Гомори, Бендо-Шпильмейера и Грос-Бильшовского.

У людей, умерших от саркомы, в нервных сплетениях коронарных сосуд видна деструкция и рассасывание миелиновых нервных волокон. Редко встречаются мало изменены миелиновые нервные волокна. Безмиелиновые нервные волокна истончены, часть их распавшие, но больше их остаются непрерывные. Нервные окончания распавшие и видна их рассасывание. Нервные клетки находятся в разных стадиях дистрофии; неизмененные нервные клетки встречаются редко.

На 5 и 8 сутки после пересадки опухоля изменений нервного аппарата коронарных сосуд сердца мы не нашли. На 10-ые сутки появляются первые изменения миелиновых нервных волокон; безмиелиновые нервные волокна остаются неизменены. На 14-ые сутки появляются дистрофические-деструктивные изменения нервных волокон. Большая часть миелиновых нервных волокон находится во второй и третьей стадии изменений. Безмиелиновые нервные волокна истончены, волнистые и часть их распавшие. На 19-ые сутки и после гибели крыс изменения нервного аппарата коронарных сосуд сердца углубляются и мало отличаются от изменений коронарных сосуд сердца людей, умерших от саркомы.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ОРГАНАХ БЕЛЫХ КРЫС, ПОДВЕРГНУТЫХ ВОЗДЕЙСТВИЮ УЛЬТРАЗВУКА СВЕРХТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ИНТЕНСИВНОСТИ

Л.А.Кузьмина
(Витебск)

I. Белые крысы подвергались воздействию ультразвука в непрерывном режиме частотой 830 кгц, интенсивностью I,8 вт/см^2, в течение 5 дней по 5 минут ежедневно.

2. Кусочки прямой мышцы живота, печени, легких, желудка, кишечника, селезенки, почки, надпочечников брались на исследование через I0 минут, 24 часа, 7 суток и 30 суток после пятого озвучивания. Препараты окрашивались гематоксилин-эозином, по Ван-Гизону, по Харту, на ретикулин по Гомори и азаном по Гейденгайну.

3. При вскрытии животных обнаруживались некрозы в коже, стенке желудка и кишечника.

4. Микроскопически на ранних сроках во всех органах выявляются очаги кровоизлияний и некробиотических изменений. На поздних сроках после озвучивания преобладают процессы рубцеобразования и регенерации в поврежденных тканях.

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ СТЕНКИ ГРУДНОГО ЛИМФАТИЧЕСКОГО ПРОТОКА У ЧЕЛОВЕКА

С.В.Жиховский и В.Н.Басков
(Ленинград)

Цель работы - выяснение особенностей соединительной ткани, взаимоотношений ее элементов между собой и с дру-

гими тканями крупнейшего из лимфатических сосудов человека грудного протока. Дифференциальными и специальными гистологическими и гистохимическими методами изучались срезы разных уровней протоков от людей различного возраста (секционный материал).

Соединительная ткань, имеющаяся во всех трех оболочках стенки протока, представлена основным веществом, ретикулиновыми, эластическими и коллагеновыми волокнами и клеточными элементами.

Волокна образуют сложный каркас для эндотелия и гладкомышечных клеток. Чехлики вокруг последних обнаруживают свойства ретикулиновых аргирофильных волокон с положительной ШИК-реакцией и кислыми МПС. Эластические волокна участвуют в построении околомышечных чехликов в меньшей степени, вплетаясь в них лишь отдельными тонкими веточками, а основные пучки их проходят между группами мышц разнонаправленно. Непосредственно под эндотелием они образуют субэндотелиальную эластическую мембрану. Проникают они и между пучками, и в сами пучки коллагена наружной оболочки, а также в стенки кровеносных сосудов грудного протока. Коллаген, составляя основу наружной оболочки протока, сгруппирован в крупные, часто разволокненные разнонаправленные пучки и переходят далее в окружающую проток клетчатку.

Клеточный состав соединительной ткани представлен ретикулярными клетками, фибробластами, фиброцитами, субэндотелиальными клетками типа камбиальных и клетками крови (нейтрофиллы, лимфоциты, моноциты).

TRÜ Raamatukogu

КАРИОМЕТРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЛИМФОИДНОЙ ТКАНИ ПАХОВЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ У КРЫС В НОРМЕ И ПОСЛЕ ИНКОРПОРАЦИИ ЦЕЗИЯ-137

Е.П.Лущиков
(Тарту)

Кариометрически исследовались клетки лимфоидной ткани поверхностных паховых лимфатических узлов в норме (I серия) и после введения цезия-137 (II серия опытов). Радиоизотоп вводился 20 взрослым белым крысам-самцам однократно перорально по 40 мккюри. Крысы II серии забивались через 1,3,4,7,16,30 и 90 суток вместе с соответствующими контрольными животными. Материал обрабатывался обычными гистологическими методами. Кариометрический анализ материала производился на препаратах, окрашенных по Фельгену. Рисунки для подсчета (вычисления) площадей ядер лимфоидных клеток были сделаны с помощью рисовального аппарата типа Аббе (РА-1). Использовался микроскоп МБИ-1 при об. 90, ок. 15х. Подсчет ядер лимфоцитов производился в 5 зонах лимфатического узла. Всего зарисовали и измеряли (в $мм^2$ $мм^2$) около 16 000 ядер. Все цифровые данные подвергались вариационно-статистической обработке.

Установлен зональный характер величины ядер, особенно четко выраженный в реактивных центрах. В I зоне преобладают ядра макрогенераций клеток, во II и III, наоборот, ядра малых лимфоцитов. Между последними из названных зон кариометрические различия менее выражены (во II зоне минимальная величина площадей ядер $31,20 \pm 0,51$, максимальная $36,65 \pm 0,97$; в III - соответственно $27,30 \pm 0,96$ и $33,50 \pm 1,33$). Несколько своеобразная картина отмечается в IУ и У зонах, в которых кариограм-

ма в части случаев соответствует картине, наблюдаемой в I зоне; в части же случаев наблюдаются исключительно мелкие ядра микрогенераций клеток. Через I-7 суток после введения цезия-I37 происходит частичный распад реактивных центров; в некоторых случаях они поэтому и не выявляются; граница между корковым и мозговым веществом стерта. Зональный характер величины ядер лимфоидных клеток становится менее четким, лимфоидная популяция во всех зонах - более гетерогенной. Увеличивается количество макрогенераций клеток. Отмечается выраженный полиморфизм ядер. Через 30-90 суток восстанавливается исходная кариометрическая картина зон вместе с восстановлением гистологической картины лимфатического узла.

ОБ АРГЕНТАФИННЫХ КЛЕТКАХ ЖЕЛУДКА И I2-ПЕРСТНОЙ КИШКИ

О.В.Королева
(Гродно)

Вопрос о происхождении, морфологических и функциональных свойствах аргентафинных клеток желудочно-кишечного тракта остается дискуссионным. Им приписывается роль в выработке антианемического фактора, секреции серотина и даже глюкагона.

Мы изучали содержание аргентафинных клеток в желудке и I2-перстной кишке у морских свинок и крыс. Материал от голодных и накормленных животных, а также после введения им гидрокортизона, норадреналина и инсулина фиксировали в I0%-ном р-ре нейтрального формалина и заключали в парафин. Срезы толщиной 6-8 микрон окрашивали методом серебрения по Фонтану и диазометодом с прочным красным В.

В результате исследования установлено, что аргентафинные клетки не представляют однородной группы элементов. У различных видов животных их форма и количество

различны. У морских свинок они имеют овальную, округлую или полигональную форму, а у крыс - преимущественно отростчатую. Зернистость, окрашивающаяся диазометодом, выявляется также в базальной части каемчатого эпителия поверхности ворсинок 12-перстной кишки и в других клетках эпителия желудка. Не отмечено изменений количества аргентафинных клеток или содержания в них зернистости в связи с факторами кормления и после введения гидрокортизона, инсулина и норадреналина.

РАЗВИТИЕ ГОРТАНИ И ЕЕ НЕРВОВ В ЭМБРИОГЕНЕЗЕ КОШКИ

Б.А.Слука
(Минск)

Нами изучено 16 серий сагиттальных срезов зародышей кошки от 9 до 48 мм длины импрегнированных по Бильшовскому-Буке, из коллекции кафедры нормальной анатомии МГМИ. Получены следующие данные.

У зародышей 9 мм длины вокруг проксимального отдела дыхательной трубки наблюдается сгущение мезенхимы, представляющее закладку гортани. К ней подходят толстые, рыхлые, короткие нервные стволы гортанных нервов (зародыш 9,5 мм). В дальнейшем (зародыши 11 мм длины) происходит разделение краниального гортанного нерва на внутреннюю и наружную ветви. Мезенхимальная закладка перстневидного хряща появляется у зародыша 14 мм длины; закладка щитовидного хряща - у зародыша 16,5 мм длины. Черпаловидный хрящ развивается несколько позже (20 мм длины). В дальнейшем хрящи гортани переходят в прохондральную стадию, формируется мезенхимный надгортанник. Нервы гортани удлиняются, однако структура их остается рыхлой и только у зародышей 20-22 мм длины относительная толщина их уменьшается. Нервы широко ветвятся. У зародышей 14-16,5 мм длины миобласты приобретают ориентацию и

образуют миобластические тяжи у зародышей 20 мм. Миосимпласт разделяется на отдельные мышцы, в которых начинают формироваться мышечные трубочки (зародыш 27 мм длины). У зародышей 30-36 мм длины в мышцах гортани выявляются крупные нервные стволики. Они идут вдоль мышечных трубочек и образуют внутримышечные сплетения у зародышей 46-48 мм длины. В это время в мышечных трубочках мышц гортани появляется поперечная исчерченность, а хрящи переходят в стадию эмбрионального хряща.

Таким образом, процесс развития опорно-двигательного аппарата гортани происходит в тесном контакте с формированием гортанных нервов.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В НАДПОЧЕЧНИКАХ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ В ПЕЧЕНИ И ПОЧКЕ

Т.Исайчикова, Ы.Танвель, И.Утсал

(Тарту)

Исследование проведено на 51 старых морских свинках обоего пола. Подопытные животные были разделены на следующие 5 групп: 1) контрольные (7 животных); 2) с нанесением ожога в почку (16 животных); 3) с нанесением ожога в печень (9 животных); 4) с нанесением ожога в почку и печень (12 животных); 5) с нанесением ожога в почку и на 3-ий день в печень (7 животных). Продолжительность опытов после операции была 2,3,5,7 и 9 дней.

Проводили морфологические исследования надпочечников и селезенки. Эти органы взвешивали, определили относительный вес в мг на 100г веса тела.

В микроскопических препаратах надпочечников измерили общую толщину и толщину отдельных зон коры, а также определили содержание липидов в зонах коры. В препаратах селезенки измерили общий диаметр фолликулов и диаметр зародышевых центров.

Во 3-ой, 3-ей, 4-ой группах изменения в надпочечниках и селезенки были в общем одинаковые. По сравнению с контрольной группой морфологические изменения во всех этих группах были небольшие. У части животных в некоторой степени повысился относительный вес надпочечников, увеличилась общая толщина коры, главным образом, за счет сетчатой зоны. Более заметны изменения в содержании липидов. Во всех этих группах у части животных количество липидов уменьшено в пучковой зоне, особенно в средней ее части. В опытах до пяти дней после операции в пучковой зоне часто наблюдаются неоднородные и более мелкие, чем в контроле, капли жира. В селезенке изменения состоят только в некотором уменьшении зародышей центров, начиная с 5-го или 7-го дня.

Сильно выраженные изменения возникли в 5-ой группе, где была произведена повторная операция. Повысился относительный вес надпочечников. Кора увеличена за счет утолщения сетчатой и пучковой зон. В средней части пучковой зоны возникла сильная делипидация. Капли жира значительно меньше, чем в контроле и неоднородные. В селезенке у некоторых животных уменьшен общий диаметр фолликулов и зародышевых центров.

Найденные изменения в надпочечниках и селезенках свидетельствуют о некотором повышении функции надпочечников при операциях в печени и почке. Эти изменения сильнее в первые послеоперационные дни и более выражены при повторных операциях.

О ВЛИЯНИИ ТИМЭКТОМИИ НА СУТОЧНЫЙ РИТМ КОЛИЧЕСТВА ЛИМФОЦИТОВ В СЕЛЕЗЕНКЕ У КРЫС

Т.Тейкес и Э.Ляяне
(Тарту)

В настоящее время широко используется метод тимэктомии для выяснения роли тимуса в циркуляции лимфоцитов (Miller u. a., 1964).

Нами изучался суточный ритм изменения количества лимфоцитов у 27 субтотально тимэктомированных (I серия) и у 28 ложно-оперированных взрослых белых крыс (II серия опытов). Крысы забивались через 3 недели после операции с интервалом в три часа в течение одних суток. Материалы фиксировали по Максимову. Вес селезенки определяли после фиксации материала. Парафиновые срезы толщиной 7 мк окрашивали обычными гистологическими методами. Рисунки для выяснения процентных соотношений белой и красной пульпы органа были сделаны с помощью микропроектора МПР-I при увеличении 82х. Подсчет количества лимфоцитов производился микроскопом МБИ-I при об.90, ок. IOх.

В I серии опытов (тимэктомированные крысы) количество белой пульпы максимальное в I2 часов, минимальное - в 9 часов (32 и I4% в отношение к общей площади среза селезенки). Общее же количество лимфоцитов достигает максимума в 6, минимума 9 час. Однако, колебания эти, по сравнению с средними суточными данными, являются несущественными. Во II серии отмечается существенный подъем количества лимфоцитов к 6 часам.

Полученные результаты показывают, что после субтотальной тимэктомии исчезает суточный ритм лимфоцитов в белой пульпе селезенки у крыс, установленный в нашей предыдущей работе (I968).

К ВОПРОСУ ОБМЕНА ВИТАМИНА B_6 У БЕЛЫХ КРЫС ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ВОЗДЕЙСТВИИ ОКИСЛОВ АЗОТА

И.И.Ляхович
(Гродно)

Окислы азота (N_2O_5) являются часто встречающейся вредной примесью воздуха производственных помещений. Длительное вдыхание их в небольших количествах приводит к функциональным и морфологическим изменениям в организме животных и человека.

Поэтому, выяснение состояния обмена витамина B_6 при хронической N_2O_5 - интоксикации представляет не только теоретический интерес, но и практическое значение. Опыты проводились на 30 белых крысах-самцах, весом 110-130 г. Животные разделялись на 4 группы: 1-я группа была контрольной, а 2-3-4 - группы - подопытными. Крысы 3-4 группы получали ежедневно дополнительно с кормами 25 и 50 мкг пиридоксина. На протяжении 104-113 дней по 6 часов в сутки они испытывали воздействие N_2O_5 в концентрации $3,6 \pm 0,05$ мг/м^3 воздуха. По окончании опыта в их органах и крови определяли содержание витамина B_6 микробиологическим методом.

В результате исследований было установлено, что содержание витамина B_6 в исследовавшихся органах печени, селезенке, а также скелетных мышцах и крови у подопытных невитаминизированных животных было уменьшено по сравнению с содержанием его в тех же органах и тканях контрольных крыс. Дополнительное введение животным витамина B_6 по 25 и 50 мкг приводило к увеличению содержания витамина в тканях крыс и приближало его к контрольному уровню. Лучшие показатели обеспеченности организма витамином B_6 наблюдались у крыс, получавших ежедневно дополнительно 50 мкг пиридоксина.

О КАРИОМЕТРИИ КЛЕТОК ЛИМФОИДНОЙ ТКАНИ У КРЫС

Р.Пермяков
(Тарту)

Кариометрически изучались лимфоидные клетки тимуса, а также медиастинального и подмышечного лимфатических узлов у крыс. Животные забивались в одни и те же часы (10 часов утра). Материал фиксировали по Максимову. Парафиновые срезы толщиной в 7 мк окрашивались обычными гистологическими методами. Кариометрия производилась на препаратах, окрашенных по Фельгену. Рисунки для вычисления площадей ядер были сделаны с помощью рисовального аппарата типа Аббе (РА-1). Использовался микроскоп МБИ-1 при об. 90, ок. 15х. Подсчет ядер производился в 3 зонах тимуса и 5 зонах лимфатических узлов. Всего измерили ядра (в $мм^2$) около 7 000 клеток. Гистограммы были составлены с арифметическим способом разбивки ядер на классы.

Установлен зональный характер средней величины ядер лимфоидных клеток. В реактивных центрах лимфатических узлов, а также в субкапсулярной зоне и в мозговом веществе долек тимуса, преобладают макрогенерации, в остальных же зонах - микрогенерации лимфоцитов. Четко выраженный зональный характер отмечается и в колебании площадей ядер клеток. В реактивных центрах лимфатических узлов отмечается наиболее гетерогенная кариометрическая картина (средняя площадь ядер равна 20-100 $мм^2$). В диффузной лимфоидной ткани коры лимфатических узлов и долек тимуса колебания эти значительно менее выражены (площадь ядер 30-40 $мм^2$). Полученные результаты хорошо согласуются с имеющимися в литературе данными о цитоморфологии лимфатических узлов и тимуса (А.А.Максимов,

1928; Hellman, 1943).

ОБ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ ШТАММАХ КИШЕЧНОЙ ПАЛОЧКИ В МИКРОФЛОРЕ КАЛА ГРУДНОГО РЕБЕНКА

Э.-Р.И.Кырда и А.Э.Пыллусте
(Тарту)

Известно, что работы Кауфмана с сотрудниками положили основу более глубокому изучению коли-флоры человеческого организма. Теперь выяснено, что отдельные штаммы различных антигенных типов Escherichia coli сохраняются в кишечном тракте относительно длительный период времени, а другие удерживаются в кишечнике только в течение нескольких дней или недель.

Задачей настоящей работы было исследовать при помощи реакции гемагглютинации смену антигенных свойств культур кишечной палочки в посевах кала здорового грудного ребенка.

Всего изучались термостабильные антигены 60 культур E.coli , изолированных из 20 различных проб кала в течение первых 6 месяцев жизни грудного ребенка.

На основании результатов можно было сделать следующие выводы:

I. Почти все культуры кишечной палочки, выделенные из кала ребенка в течение первых 3 месяцев жизни, дали положительную реакцию гемагглютинации в пределах титра I:320 - I:I7.240, с антисывороткой против одного штамма E.coli изолированного из пробы кала в течение первого месяца жизни ребенка. С этой же сывороткой все культуры, выделенные из кала ребенка в последующие месяцы, не реагировали совсем.

2. В антисыворотке против штамма E.coli серотипа 0I4, отмечалась положительная реакция гемагглютинации у всех без исключения изученных коли-бактерий в титре I:I60 - I:5I20.

3. В микрофлоре кала грудного ребенка сохранялась определенная резидентная коли-флора в течение первых 3 месяцев. Смена этой микрофлоры совпадала с моментом полного перевода ребенка на искусственное вскармливание.

4. Первичная резидентная коли-флора грудного ребенка отличалась от последующей содержанием специфического О-антигена, в то время как в отношении С-антигена не отмечалось никаких различий между этими группами бактерий.

О ДЕЙСТВИИ АТТЕНУИРОВАННОЙ КОРЕВОЙ ВАКЦИНЫ НА КАРИОТИПЫ ЛИМФОЦИТОВ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ В КУЛЬТУРЕ И НА КЛЕТКИ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ЭКСУДАТА ЗДОРОВЫХ, ИММУННЫХ К КОРИ ЛЮДЕЙ

В.А.Мищенко, Л.В.Попова
(Душанбе)

I. Применение для культивирования лимфоцитов фитогемоагглютинина собственного изготовления (из фасоли и чечевицы) позволяет ныне студентам цитогенетического кружка при кафедре биологии широко ставить работы по изучению воздействия на хромосомы различных факторов ин витро и ин виво.

2. Настоящая работа посвящена воздействию коревой вакцины, широко применяемой для профилактики кори в г.Душанбе, на кариотипы лимфоцитов здоровых людей в культуре, а также на цитоморфологию воспалительного экссудата, получаемого по методике "кожных окошек" (Rebuck et Crawley, 1955).

3. Дозированное количество аттенуированной коревой вакцины вносилось в культуры лимфоцитов, поставленные по методике Moorhead et. al. (1960). Изготовление препаратов-хромосом из 72-часовых культур проводилось по принятой на кафедре методике, кариотипирование - в

соответствии с Денвер-Лондонской классификацией. В каждом опыте подсчитывались и классифицировались хромосомы из 20 метафазных пластинок с хорошим разбросом. Учитывались анеуплоидии и оценивались хромосомные аберрации в соответствии с принятой для них международной номенклатурой.

4. В литературе нет единого мнения о действии коревого вируса на кариотипы лимфоцитов. Nichols (1962) первый указал на повышенную частоту поломок хромосом у больных корью, а позднее - у лиц, которым вводилась коревая вакцина. Однако некоторые другие авторы не согласны с его выводами (Leão с сотр., 1966 и др.).

5. В нашем материале культуры с аттенуированной коревой вакциной содержали в среднем 57,8% аберрантных хромосом (на 1774 исследованных), а содержавшие тот же вирус, но предварительно пассированный через культуры почек человеческого эмбриона - 31,5%. Эти цифры близки к приводимым НИКОЛС, но значительно ниже чем те, что получены нами при изучении культур крови больных вирусным гепатитом (до 85%).

6. Встречаемые аберрантные хромосомы были разнообразными, наблюдали транслокации, делеции, но чаще всего - хромосомные и хроматидные разрывы и фрагменты. Аберрации встречались чаще всего в группах А и В по классификации Денвер-Патау, тогда как при гепатите наибольший процент аберрантных хромосом был в группе С.

7. При изучении отпечатков со скарифицированной кожи взрослых иммунных лиц, на которую была нанесена вакцина, был выявлен активный фагоцитоз частичек вакцины мононуклеарными клетками (макрофагами), но не гранулоцитами. Каких-либо специфических включений в ядро и цитоплазму клеток, освободившихся от фагоцитарной вакцины и содержавших вакуоли, не отмечено. В нейтрофилах иногда обращало на себя внимание необычное для них "запустение" ядер, от которых оставались только четкие контуры ядерной оболочки.

ВЛИЯНИЕ НЕРОБОЛА НА НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ИММУНОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАКТИВНОСТИ ОРГАНИЗМА ПРИ ВАКЦИНАЦИИ БЦЖ

(экспериментальное исследование)

З.С.Кикория, П.С.Бурый
(Гродно)

Специфическая профилактика туберкулеза является одним из ведущих звеньев в комплексе мероприятий по снижению заболеваемости туберкулезом. В настоящее время в клинической практике все более широкое распространение находят синтетические аналоги мужских половых гормонов, обладающие анаболическим действием (метиландростендиол, наробол и др.). В связи с этим практический и теоретический интерес представляет вопрос о влиянии неробола на иммунологическую реактивность организма при вакцинации БЦЖ. Однако вопрос этот не изучен.

В опыте на 12 телятах изучено влияние неробола в дозе 0,3 мг/кг на фагоцитарную активность нейрофилов по отношению к БЦЖ. Установлено, что введение неробола в дозе 0,3 мг/кг, снижает фагоцитарный индекс и интенсивность фагоцитоза по отношению к БЦЖ (P 0,05).

С целью исследования влияния неробола на развитие туберкулиновой аллергии при вакцинации БЦЖ нами поставлена серия опытов на 20-и морских свинках (самцах) весом 260-380 гр. Аллергическая реактивность изучалась путем проведения внутрикожных туберкулиновых проб через 16,23,30,45 дней после вакцинации БЦЖ. Установлено, что введение неробола тормозит развитие туберкулиновой аллергии при вакцинации БЦЖ.

ВЛИЯНИЕ ЭЛЕКТРОМАГНИТНЫХ ВОЛН УВЧ И СВЧ НА БИОЛОГИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА ДИФТЕРИЙНЫХ БАКТЕРИЙ

С.И.Степаненко
(Харьков)

I. В процессе изменчивости микроорганизмов под влиянием физических, химических и биологических факторов могут возникать варианты различной токсономической значимости.

2. Научно-практический интерес представляет изучение изменения биологических свойств c.diphtheriae под влиянием коротких электромагнитных волн, привлекающих внимание медиков и биологов в связи с возможной перспективой применения их в физиотерапии и с возможным побочным действием на организм.

3. В связи с этим заслуживает внимания вопрос о влиянии электромагнитных волн на вирулентность дифтерийных бактерий, поскольку носителям токсигенных штаммов c.diphtheriae принадлежит значительная роль в эпидемиологии дифтерии.

4. Целью настоящей работы являлось изучение влияния электромагнитных волн СВЧ на биологические свойства дифтерийных бактерий.

5. Исследование токсигенных свойств 38 музейных и свежевыделенных штаммов c.diphtheriae in vitro (по методу Илека и Оухтеролони) позволило разделить их на четыре группы: высокотоксигенные дифтерийные палочки (II штаммов), токсигенные (9 штаммов), слаботоксигенные (9 штаммов).

6. Дифтерийные бактерии (штаммы №№ 36,4065,9815,223, 6771, 6215, 5667) облучались волнами СВЧ, после чего исследовались их морфология (методом обычной и фазово-контрастной микроскопии) и токсигенные свойства.

7. Морфологически измененные под влиянием облучения дифтерийные бактерии имели вид шарообразных и нитевидных

форм.

8. После облучения волнами СВЧ в течение 10 минут токсигенность штамма № 9815 понизилась, а штаммы № 36 и 5567 полностью утрачивали токсигенные свойства.

ИЗУЧЕНИЕ СВОЙСТВ СТАФИЛОКОККОВ, ВЫДЕЛЕННЫХ ОТ БОЛЬНЫХ

Л.В.Монастырских
(Симферополь)

От больных с абсцессами, карбункулами, гидроаденитами, остеомиелитами, панарициями, инфицированными ранами выделено 119 штаммов стафилококков, типичных по морфологическим и культуральным свойствам, из которых 93 варианта ферментировали глюкозу, лактозу, мальтозу, маннит, сахарозу, галактозу, 17 культур не сбраживали маннита и 9 штаммов обладали низкой ферментативной активностью. 87 культур вызывали гемолиз, 21-слабо гемолизировали и 11 - не гемолизировали эритроциты кролика.

Из 95 плазмокоагулирующих штаммов 87 обусловливали быстрее наступление коагуляции (в течение 1-2 часов), 9 культур - в продолжении 5-6 часов и 24 штамма не обладали этим свойством.

При проверке чувствительности к антибиотикам устойчивость к пенициллину выявлена у 72 штаммов (у 50 вариантов - в концентрации до 100 ед/мл, у 13 - от 100 ед/мл до 250 ед/мл и - 8 - от 500 до 1000 ед/мл). 63 были устойчивы к стрептомицину (53 варианта - до 100 ед/мл, 4 - от 100 до 250 ед/мл и 6 - от 500 до 1000 ед/мл). Чувствительными к пенициллину оказались 47 штаммов и к стрептомицину 56.

Из 119 культур 116 были ауксотрофами, зависели по различным аминокислотам и витаминам (аланин, серин, цистеин, цистин, орнитин, лизин, аргинин, никотиновая кислота, тиамин, пантотенат кальция) и обладали выраженной патогенностью.

3 штамма являлись прототрофами и не обладали патогенными свойствами (не коагулировали плазму и не вызывали гемолиз).

Таким образом, от больных выделялись преимущественно мутанты патогенных стафилококков, имеющие ауксотрофный тип питания и устойчивые к антибиотикам.

СТОМАТОЛОГИЯ

СТОМАТОЛОГИЯ

НЕКОТОРЫЕ ДАННЫЕ О ВРОЖДЕННЫХ НЕСРАЩЕНИЯХ ЛИЦА

М.Г.Адер, М.-Л.Э.Шунап
(Тарту)

Врожденные расщелины губы и неба являются одним из довольно часто встречающихся уродств человека, по литературным данным они наблюдаются в 30%.

Цель данной работы было выяснение частоты встречаемости отдельных форм врожденных расщелин лица и методов их лечения. Нами было проведено изучение архивного материала стоматологического стационара Таллинской республиканской клинической больницы за 1952-1968 гг. За этот период находились на лечении 155 больных с врожденными расщелинами губы и неба в возрасте от 10 дней до 18 лет и старше; среди них мужского пола больных было 93 (60%), а женского пола 62 (40%).

Из всех стоматологических больных, лечившихся в стационаре, больные с расщелинами составили в среднем 3,1% (11 случаев в году). Наиболее часто встречались больные с расщелинами губы, альвеолярного отростка и неба - в 42,6% случаев, из них с односторонними расщелинами было 29,5% больных, а с двухсторонними - 13,0%. На втором месте были больные с изолированными расщелинами неба - в 34,8% случаев. На третьем месте - больные с изолированными расщелинами губы - в 22,6% случаев, из них больных с односторонними расщелинами губы было 21,1%, с двухсторонними - 1,3%. Среди комбинированных расщелин губы и неба, и изолированных расщелин губы левосторонние расщелины встречались несколько чаще (в 33,3%), чем правосторонние (в 17,3%).

Среди больных с врожденными расщелинами лица в 2% случаев наблюдалась значительная отсталость в умственном развитии (дебильность). Эти больные были довольно часто под-

вержены различным заболеваниям органов дыхания, по нашим данным в 22,4% случаев, а также заболеваниям ухо-горла-носа (в I2,2%).

Основное лечение больных с врожденными расщелинами лица заключается в хирургических вмешательствах. Из I55 больных у 65 была произведена операция расщелины губы, у 6I - пластика по поводу расщелины неба. Повторные операции были произведены 55 больным, из них вторичная пластика на небе - у 22 и корригирующая операция губы и носа - у 33 больных.

Послеоперационные осложнения в виде остаточных дефектов неба наблюдались в 5,I%; в одном случае операция окончилась смертельным исходом (0,64%).

Больным с расщелинами неба, кроме хирургического лечения, проводилось логопедическое обучение (4I человеку), а также ортопедическое лечение (28 больным были изготовлены обтураторы) и лечение различными ортодонтическими аппаратами.

ПРИМЕНЕНИЕ КРУГЛОГО ФИЛАТОВСКОГО СТЕБЛЯ В ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ

Д.А.Минейкайте, В.К.Шерите
(Каунас)

При больших дефектах мягких тканей в челюстно-лицевой области широко применяется классический и острый филатовский стебель.

За последние пять лет (I963-I967 гг.) в Республиканской Каунасской Клинической больнице в стоматологическом стационаре филатовский стебель был применен при гемиатрофии лица, при злокачественных опухолях нижней челюсти и лба, при дефектах, возникших после волчанки, при фистулах мягкого и твердого неба и в других случаях.

Хорошие результаты получены применяя острый филатовский стебель после операции злокачественной опухоли в лобной части лица. В этом случае также была применена рентгенотерапия и она не уменьшила регенеративных способностей тканей и окончательные результаты были хорошие.

В клинике применялось тоже замещение изъянов челюстей и губ после удаления больших злокачественных опухолей нижней челюсти. В этом случае подготовленный филатовский стебель заполнил изъян непосредственно после удаления опухоли.

Филатовский стебель был применен и при гелиатрофии. Кожа филатовского стебля с кожей лица срослась довольно хорошо, но подкожная клеточка после 3-4 месяцев расплавилась, поэтому было решено применить кадаверный хрящ, который дал эффект.

При ожогах и фистулах твердого и мягкого неба был применен классический - многоэтажный филатовский стебель с хорошим клиническим эффектом.

В результате наших клинических наблюдений мы пришли к выводам, что филатовский метод считается эффективным при замещении больших дефектов лица, независимо от происхождения (травмы, ожоги, опухоли).

Несмотря на хорошие достигнутые окончательные результаты, закрытия дефектов классическим филатовским методом при проведении этажных операций, в ряде случаев возникает вопрос, когда можно без риска продолжать следующий этап.

Мы изучали на разных этапах изменение локальной микротемпературы в разных участках стебля. Эти измерения проводили при помощи датчика, который сконструирован на кафедре хирургической стоматологии Каунасского медицинского института аспирантом Е.Сирвидене.

Установлено, что этот аппарат с точностью 0,026 ^{0}C может измерять температуру тела, что дает нам возможность определить момент для проведения следующего этапа операции без риска.

Когда кривая локальной температуры на протяжении всего стебля выравнивается - это является гарантией для следующего этапа.

ПЕРЕЛОМЫ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПО МАТЕРИАЛАМ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ КЛИНИКИ КАФЕДРЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ ЗА 20 ЛЕТ

В.И.Баринова
(Киев)

В доступной нам специальной литературе лечению травматических переломов нижней челюсти уделено достаточно большое внимание (Н.М.Михельсон - 1956; Л.В.Назаренко - 1957; В.Т.Лукьяненко - 1963; П.В.Ходорович - 1966 и др.).

Значительно меньше представлены сведения о частоте, клинике и лечении больных с травматическим повреждением верхне-челюстных костей (Я.М.Збарж - 1965; В.С.Дмитриева - 1966; Т.В.Чернятина - 1968 и др.). Больные с переломами верхней челюсти в челюстно-лицевых стационарах составляют наиболее тяжелую группу, так как часто эти переломы сочетаются с переломами основания черепа, сопровождаются сотрясением головного мозга, шоковым состоянием.

Нами были изучены истории болезни 111 больных, находившихся на стационарном лечении в клинике кафедры хирургической стоматологии Киевского медицинского института по поводу травматических переломов верхней челюсти за период с 1948 по 1968 гг.

В соответствии с классификацией Лефора эти повреждения распределились следующим образом: I - тип (черепно-лицевое разъединение) - 13 человек; II - 45 человек; III - 5 человек. Сочетанные переломы разных типов были у 6 человек; частичные повреждения альвеолярного отростка - у 42 человек. Большое число повреждений альвеолярного отростка,

по-видимому, можно объяснить тем, что он является наиболее выступающей и наименее защищенной частью верхнечелюстной кости.

У части больных переломы верхней челюсти сочетались с переломами других костей лицевого скелета: перелом нижней челюсти имелись у 31 больного, скуловой кости - у 23, костей носа - у 20 больных.

По возрасту больные распределялись: до 16 лет - 12 (10%); 17 - 20 лет 16 человек (14%); 21-30-34 человек (30%); 31-40-27 человек (24%); 41-50-9 человек (8%); 51-60-6 человек (5%) и свыше 60 лет - 3 человека (2%).

Анализ этих историй болезни показал преобладание бытовых травм (45%) травмы на производстве отмечены у 23% больных; транспортные составили 21%, сельскохозяйственные 9% и спортивные 2% больных.

При анализе социального состава больных с переломами верхней челюсти выясняется, что основное количество больных составляют рабочие - 66 человек (58%), пострадавшие не на производстве, а в быту. Бытовая травма является доминирующей и у всех остальных социальных групп населения, что, по нашему мнению, является следствием недостаточной ответственности населения за хулиганские поступки.

Обращает на себя внимание тот факт, что не всем больным специализированная помощь оказывается своевременно: 7 больных с челюстно - лицевое отделение поступили на 4-8 день, 4 больных на 13-18 день от момента травмы.

Для лечения больных применялись в клинике различные методы. Назубное шинирование в сочетании с пращевидной повязкой или фиксацией к головной шапочке у 71 больного. Только у 2-х больных произведен остеосинтез. Одновременно с этими методами применялось общее лечение, которое при необходимости согласовывалось с врачами смежных специальностей (невропатологи оториноларингологи, терапевты).

Сроки пребывания больных в стационаре зависили от тяжести травмы, характера повреждения и колебались от 4 до 65 дней.

Анализ материала клиники за 20 лет по лечению больных с травматическими повреждениями верхнечелюстных костей убеждает нас в необходимости изучения и разработки методов диагностики и лечения этой категории больных, организации своевременного оказания специализированной помощи и усиления мероприятий по профилактике этого вида травматических повреждений костей лицевого скелета.

ФАРМАЦИЯ

НЕКОТОРЫЕ АНАТОМИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ АСТРАГАЛА СЛАДКОЛИСТНОГО

Е.Лукошевичуте и Я.Янулевичуте
(Вильнюс)

Астрагал сладколистный (Astragalus glycypyllus L.) семейства бобовых (Leguminosae) - многолетнее растение с длинными 60-120 см распростерными стеблями. Листья непарноперистые из 9-15 элиптических листочков. Цветки собранные в головчатую кисть, венчик зеленовато-желтый. Бобы трехгранные слегка серповидно-изогнутые 3-4 см длины. Цветет УІ-УШ. Произрастает по кустарникам, лесам, оврагам. Встречается в Литве, в Европейской части СССР, Крыму, на Кавказе, в Зап.Сибири и др.

На кафедре фармакогнозии проводится фитохимическое исследование растения. Цель нашей работы - установить диагностические анатомические признаки астрагала сладколистного.

Микроскопированию подвергались листья, цветки, плоды и корни растения. Также проводились гистохимические реакции, показывающие характер растительной ткани и включений клеток. В результате проведенной работы можно отметить следующие диагностические признаки.

Клетки эпидермиса нижней и верхней стороны листья извилистостепные, на нем имеются волоски и устьица. Волоски - простые, тонкостенные, состоят из 3 клеток, причем 2 клетки у основания мелкие, а конечная длинная с бородавчатой поверхностью. Вокруг основания волоска клетки эпидермиса образуют розетку из 6-7 клеток округло-угловатой формы. Устьице сопровождается 4 клетками.

Клетки эпидермиса чашечки (наружной ее стороны) многоугольной формы с прямыми стенками. Волосков много, несколь-

ко типов: I – такие, как в листьях, еще встречаются более длинные; 2 – железистые: а) с многоклеточной крупной головкой постепенно суживающейся в ножку, б) на длинной ножке с маленькой овальной головкой.

Клетки эпидермиса венчика тонкостенные 4-5 угольные, которые у основания сильно вытянутые и заполненные содержимым желтого цвета.

Клетки эпидермиса наружной стороны плода многоугольной формы с прямыми утолщенными стенками. Волоски такие как и на листьях. Устьица многочисленные. Сопровождающих устьиц клеток как правило 3:2 маленькие и I больше их.

Строение корня характерно для двудольных растений, сердцевинные лучи 6-8 рядные. Сердцевинные лучи и паренхимные клетки коры заполнены крахмальными зернами. По всему корню видны группы стереид, которые при окрашивании флороглюцином и концентрированной соляной кислотой приобретают малиновое окрашивание.

Приготовлено I0 микроскопических рисунков с отмеченными диагностическими признаками астрагала сладколистного.

РАЗДЕЛЕНИЕ НИКОТИНАМИДА НА АНИОНИТЕ АМБЕРЛИТ ИРА-4I0 И ЕГО КОЛИЧЕСТВЕННОЕ ФОТОМЕТРИЧЕСКОЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ В ПОЛИВИТАМИННЫХ ПРЕПАРАТАХ

Э.П.Юс и К.Г.Сааре
(Тарту)

Изучены возможности разделения никотинамида (вит.РР) в поливитаминных препаратах на сильноосновном аниоците Амберлит ИРА-4I0 (ОН-форма, длина колонки 20 см, диаметр I,5 см).

Установили, что никотинамид количественно вымывается из колонки водой, в то время как кокарбоксилаза, рибофлавин, рибофлавин-мононуклеотид, пиридоксол, пиридоксаль,

фолиевая кислота, витамин Р, никотиновая кислота, парааминобензойная кислота и некоторые другие витамины, а также красящие вещества адсорбируются на ионите.

Цианокобаламин, 2-метил-I,4-нафтохинон из викасола и частично некоторые продукты разложения тиамина элюируют водой вместе с никотинамидом. Аксерофтол, кальциферол и токоферол не мешают определению, так как они в воде не растворяются.

Приведены специфические реакции для идентификации названных витаминов и определены их предельная чувствительность.

Разработана методика для количественного фотоэлектроколориметрического определения никотинамида.

ОЦЕНКА КОСМЕТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ ЗАВОДА "ДЗИНТАРС"

Д.Р.Чаксте, М.А.Микиянская,
Л.С.Обаруне
(Рига)

Согласно просьбе завода "Дзинтарс" на кафедре фармацевтической химии проведена химическая оценка вновь выпускаемых косметических препаратов - загарного масла "Дэлта", маски томатно-мясляной, маски лимонно-масляной и маски медово-масляной.

Как известно, в составе так называемых косметических масок, а также масел для загара входят главным образом жирные и эфирные масла растительного происхождения, натуральные соки и ароматические вещества.

Часть этих составных веществ является ненасыщенными органическими соединениями (оливковое масло, кукурузное масло, витамин С и А и др.), которые при хранении в присутствии кислорода воздуха и света подвергаются окислению с образованием менее ценных и не желательных продуктов расщеп-

ления.

Ингредиенты масок и загарного масла совместимы. При химической оценке масла для загара "Дэлта" установлено, что кислотное число (I,3) в норме, иодное число масла (85) примерно соответствует нормальному составу, данному по рецепту, число омыления II9,8-I22,9.

Результаты исследований показали, что загарное масло может быть выпущено для широкого применения.

Ингредиенты вновь выпускаемых масляных масок химически совместимы.

При оценке витамино-масляных масок установлено, что кислотное число томатно-масляной маски 6,62, лимонно-масляной - I2,62, медово-масляной - 4,5; число омыления томатно-масляной и лимонно-масляной - 2I4, медово-масляной - 276,I; иодное число лимонно-масляной маски - I5,75, медово-масляной - I5,40, томатно-масляной - I4,25, что примерно соответствует составу, данному по рецепту.

Проведена проверка витамино-масляных масок на содержание витаминов.

Упомянутые витамино-масляные маски могут быть выпущены для широкого применения.

О ВОЗМОЖНОСТЯХ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЭСТОНСКИХ ГЛИН В ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Л.Э.Леотоотс, Т.Э.Лелле и М.Х.Ормиссон
(Тарту)

I. Изучалась адсорбционная способность глины Йоосу и составных ее минералов (гидрослюды и каолинита) - I) с настойками зверобоя, валерьяны и алоэ и 2) составных их компонентов - дубильных веществ, изовалериановой кислоты и антраглюкозидов, а также 3) с атропином.

2. Серая глина месторождения Йоосу, содержащая около 50% гидрослюды и 50% каолинита, адсорбирует:

а) экстрактивные вещества из настоек,
б) дубильные вещества,
в) изовалериановую кислоту,
г) антраглюкозиды,
д) атропин.

3. Синяя глина месторождения Кунда, содержащая практически 100% гидрослюды, адсорбирует все вышеназванные вещества эквивалентно или даже в несколько раз больше, чем глина Йоосу.

4. Адсорбирующие свойства каолинита заметно ниже, чем свойства гидрослюды и глины Йоосу.

5. Детальное изучение адсорбирующих свойств местных глин открывает возможность внедрения их в фармацевтическую как аналитическую, так и производственную практику.

ОБ ЭСТОНСКИХ НАРОДНЫХ ЛЕКАРСТВАХ И СПОСОБАХ ИХ ПРИГОТОВЛЕНИЯ

Э.А.Уйбо и Р.А.Кобин
(Тарту)

I. О древнем, т.н. "золотом" времени эстонское народное предание говорит, что люди жили беззаботно, но не безболезненно. Уже тогда они страдали от болезней.

2. В далеком прошлом считали, что причиной болезней были какие-то существа, а потом конкретные животные. В соответствии с этим по-эстонски назывались и болезни, как то: кошмар, прострел, ломота, чирей и т.д. Позднее причинами болезней считали землю, ветер и воду, а также зависть другого человека, дурной глаз и колдовство.

3. Лечение осуществляли в соответствии с причиной болезни - оказанием практической помощи и колдовством.

4. Для лечения больных эстонская народная медицина пользовалась многочисленными лекарствами, целесообразность большинства которых доказывает и современная научно-иссле-

довательская работа.

5. Распространенными лекарственными формами явились мази, пластыри, припарки, а также обмывания и ванны при лечении наружных заболеваний; чай, спиртовые настойки, каши, реже порошки - при лечении внутренних болезней.

6. Очень популярны были многочисленные отечественные лекарственные растения, которые заготавливались по установленным правилам и использовались как в свежем виде, так и высушенными.

7. Приготовление лекарств производилось простыми способами. Употреблялись протирание, смешивание, размачивание, растворение, растапливание, кипячение, процеживание и протирание через холст.

НЕКОТОРЫЕ ГИСТОХИМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ГИПОТЕНЗИВНОГО ДЕЙСТВИЯ МЕКАРБИНА

С.К.Шадурская
(Минск)

В фармакологических лабораториях Минского мединститута и Института медицинской радиологии АМН СССР к настоящему времени изучено свыше 600 производных 5-окси - и 5-метоксииндола, среди которых выявлено ряд веществ, значительно превосходящих по длительности гипотензивного эффекта все другие фармакологические средства, в том числе и резерпин (Т.Ю.Ильюченок, К.С.Шадурский, 1963 г.). Одно из этих соединений - димекарбин - уже применяется в клинике для лечения больных гипертонической болезнью.

В данном сообщении приводятся результаты гистохимических исследований уровня серотонина (5-ОТ) в энтерохромаффинных клетках (ЭК) при действии мекарбина, превосходящего димекарбин по гипотензивной активности (А.Н.Гринев, Т.Ю.Ильюченок и др., 1965 г.).

Опыты проведены на морских свинках-самцах и крысах-

-самках линии "Вистар". Мекарбин вводили в желудок на крахмальном клейстере по 10 мг/кг ежедневно в течение 5 дней. Началом опыта считался первый день введения препарата. Животных забивали партиями по 5-7 в каждой на 6,10, 20,30,40,50,60,70,80 и 90-е сутки опыта. ЭК выявляли реакцией Массона-Фонтана, подсчитывали в 1 см среза с определением взвешенного грануляционного индекса и индекса насыщения (В.И.Талапин, 1964 г.).

Под влиянием мекарбина наблюдается постепенно нарастающее обеднение ЭК гранулами 5-ОТ. У морских свинок максимум эффекта отмечается на 50-е сутки, а у крыс - на 40-е сутки опыта. В дальнейшем происходит постепенное восстановление исходного уровня 5-ОТ.

Таким образом, мекарбин на длительное время снижает уровень 5-ОТ в ЭК экспериментальных животных, причем по продолжительности действия он значительно превосходит димекарбин.

О ДЕЙСТВИИ НАЯКСИНА НА ЭФФЕКТ МЕСТНЫХ АНЕСТЕТИКОВ

Р.Кобин и В.Рейман
(Тарту)

Наяксин является препаратом из яда среднеазиатской кобры (Naia naia oxiana Е.). Препарат содержит фракцию нейротоксина в виде водного раствора. Нейротоксин является составной частью яда элапидов, в том числе и среднеазиатской кобры, которая оказывает действие на нервную систему (А.С.Мелик-Карамян, 1947; И.А.Вальцева, 1961, 1963; В.Н.Орлов, 1967 и др.). Это действие проявляется в ряде эффектов, как болеутоляющий, центральных анальгетиков и местных анестетиков потенцирующий эффект и др. (Махт, 1933, 1936, 1939; Хотови и Франк, 1963; Раявээ и соавт., 1968 и др.).

В настоящей работе изучено влияние наяксина на действие кокаина и тримекаина при однократном и повторном применении у кроликов.

Опыты проводили на кроликах обоего пола, весом 2,5-4,4 кг. Анальгезирующий эффект определяли на роговице глаза по методу Ренье (модификация по Хотови и Франк, 1963). Кокаин и тримекаин использовали в виде 2% водного раствора. Вначале определяли эффект местных анестетиков. После исчезновения анестезии через 5-10 мин кроликам вводили внутривенно наяксин в дозе 0,1 мл/кг (наименьшая анальгезирующая доза при однократном внутривенном введении кроликам) и снова определяли чувствительность роговицы. При повторном применении наяксина вышеприведенный опыт проводили ежедневно (1 раз в день) в течение 6 дней.

Действие местных анестетиков появилось в течение 5 минут и продолжалось при кокаине 26±10 мин и при тримекаине 33±18 мин. Введение наяксина (первый день) восстановило анестезию через 5-10 минут, при кокаине на 21±10 мин и при тримекаине на 17±10 мин. В большинстве повторных опытов (в течение 6 дней) применение наяксина вызвало удлинение продолжительности эффекта кокаина и тримекаина (см.таблицу).

Таблица

Действие наяксина на продолжительность анальгетического эффекта кокаина и трмекаина на кроликах (средние данные 6-8 измерений)

Препарат		Продолжительность анальгезии в минутах		
		День опыта		
		1	3	6
Кокаин	до наяксина	26	34	49
	после наяксина	21	17	32
Тримекаин	до наяксина	33	47	76
	после наяксина	17	27	34

Восстановленный эффект местных анестетиков после введения наяксина был несколько меньшей интенсивности.

Из проведенных опытов выяснилось, что наяксин, введенный внутривенно, способен восстановить проходящий эффект местных анестетиков у кроликов. При повторном применении (в течение 6 дней) наяксина продолжительность анальгезии кокаином и тримекаином удлиняется как до так и после введения наяксина. Можно полагать, что названное действие связано влиянием наяксина на функции центральной нервной системы. При этом становится очевидным, что наяксин, подобно ядом индийской кобры (Хотови и Франк, 1963), при повторном применении обладает кумулятивными свойствами, что необходимо учитывать при его применении в клинике.

НЕКОТОРЫЕ ДАННЫЕ К ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОМУ ИЗУЧЕНИЮ НОВЫХ МОНОМЕРНЫХ И ПОЛИМЕРНЫХ ПРОИЗВОДНЫХ НОВОКАИНА

В.Д.Микажанс, И.В.Пурвиньш, А.П.Скутелис, Ст.К.Янковскис
(Рига)

По литературным данным (Беркенхейм, 1967) смесь новокаина с поливинилпирролидоном оказывает более длительное местноанестезирующее влияние, чем водный раствор гидрохлорида новокаина. В Институте высокомолекулярных соединений АН СССР С.Н.Ушаковым, В.В.Давиденковой и А.И.Ардити (1965) был синтезирован ряд ненасыщенных производных винилпирролидона, а также его сополимеров с ненасыщенными производными эфиров, аминоэфиров и тиоэфиров парааминобензойной кислоты, фармакологическое обследование которых ранее проведено не было.

Местноанестезирующую активность 4-7 разных концентраций гидрохлорида новокаина, его смеси с поливинилпирролидоном, кротонилновокаина, акрилновокаина, сополимера крото-

нилновокаина с винилпирролидоном (сополиновокаин № I) и сополимера акрилновокаина с винилпирролидоном (сополиновокаин № 2), сравнивали по методу Бюльбринг и Вайда (I945). Одновременно определяли и длительность инфильтрационной анестезии. Всего в этой серии опытов были использованы 204 морские свинки.

Данные, полученные в экспериментах за каждые 30 минут подвергли обработке путем использования методов вариационной статистики с определением средних величин с их доверительными границами при P=0,05 (М.Л.Беленький, I959). Из полученных средних графическим путем по методу Миллера и Тейнтера (I944) находили среднюю концентрацию (ЕЦ 50), обеспечивающую 50%-ную местноанестезирующую силу в течение полчаса после инъекции. Как показало сравнение величин ЕС 50, акрилновокаин по силе инфильтрационной анестезии превосходил новокаина в 2,4 раза, кротонилновокаин - в I,5 раза, тогда как сополиновокаин № 2 почти в 2 раза уступал новокаину, а сополиновокаин № 2 и смесь новокаина с поливинилпирролидоном по силе инфильтрационной анестезии практически не отличались от водного раствора гидрохлорида новокаина.

По длительности инфильтрационной анестезии кротонилновокаин не отличался от новокаина, акрилновокаин же обеспечивал в I,5 - 2 раза более длительную анестезию. Остальные соединения по длительности инфильтрационной анестезии не отличались от новокаина.

В другой серии опытов учитывали способность этих соединений вызывать терминальную анестезию при закапывании в глаза 0,5-20% растворов. При подсчете средних величин с их доверительными границами при P=0,05, а также при определении величин ЕС 50, выяснилось, что в течении первого получаса наиболее активными оказались сополиновокаин № I и смесь новокаина с поливинилпирролидоном, которые превосходили новокаина в 2,7 и 2 раза соответственно. Кротонилновокаин по активности был близок к новокаину, тогда как акрилновокаин уступал новокаину в 5 раз.

По продолжительности терминальной анестезии кротонил-

новокаин не отличался от новокаина. То время как акрилновокаин в испытанных концентрациях вместе с сополиновокаином № 2 уступали новокаину в 2-3 раза, смесь новокаина с поливинилпирролидоном действовала в I,5-2 раза длительнее водного раствора гидрохлорида новокаина.

К ФАРМАКОЛОГИИ НОВОГО ВНУТРИВЕННОГО НАРКОТИКА ЭПОНТОЛА

М.А.Лелле и А.Ю.Юрьев
(Тарту)

Эпонтол (пропанидит, Байер, I420; 3 - метокси - 4 - N,N -диэтил-карбамоилметокси) - пропиловый эфир фенилуксусной кислоты является новым кратковременно действующим наркотиком.

Задачей настоящей работы было изучить наркотическое действие, действия на дыхания и на скорость свертывания крови эпонтола. Опыты проведены на кроликах, Также проведены наблюдения на 40 практически здоровых женщин во время операции искусственного прерывания беременности.

Внутривенное введение I0 мг/кг эпонтола кроликам вызывало сразу же после инъекции наркоз глубиной ш...IУ стадии (по схеме Шёна), продолжающийся 2...3 мин. 25 мг/кг эпонтола давало наркоз продолжительностью 7...8 мин. Пробуждение с ш до I стадии происходило быстро, за десяток сек. У людей наркоз наступал уже после введения нескольких мл. 5% раствора. Хирургический наркоз продолжался после введения 500 мг эпонтола 3...4 мин. Пробуждение из наркоза проходило быстро. Сознание восстановилось сразу. Через 8...I0 мин больные могли ходить, без помощи.

Эпонтол в дозе I0 или 25 мг/кг у кроликов замедлял частоту и снижал объем дыхания. В первую минуту частота дыхания снижалась относительно больше, чем объем, от этого глубина дыхания увеличивалась. Затем снижался и объем ды-

хания. С прохождением наркоза дыхание нормализовалось. У людей в начале наркоза в течение 20 сек. наблюдались 8...10 глубоких дыханий, затем снижались амплитуда и частота дыхания на 1...1,5 мин. У двух женщин наблюдалось кратковременное апное.

Скорость свертывания крови определялась по А.Фонио. У кроликов 25 мг/кг эпонтола ускоряло свертывание крови через 5 мин. почти вдвое. Скорость свертывания нормализовалась через 120 мин. Такие же изменения наблюдались и после внутривенного введения тиопентал-натрия (25 мг/кг) или физиологического раствора (1 мл/кг). Скорость свертывания крови у людей также укорачивалась около двух раз и нормализовалась в большинстве случаев уже через 1 час. В контрольных опытах на 20 женщинах во время оперативного вмешательства без эпонтола, наблюдались аналогичные изменения свертывания крови.

Эпонтол является быстрым и кратковременно действующим наркотиком. В наркотических дозах он угнетает дыхание. Кратковременное ускоряющее свертывание крови действие эпонтола не специфичное.

ВЛИЯНИЕ АПРЕССИНА НА УСТОЙЧИВОСТЬ МИОКАРДА К ИШЕМИИ И ОБРАЗОВАНИЕ ИНФАРКТА У КРЫС

Г.Ф.Силицкий
(Гродно)

Учитывая способность апрессина повышать резистентность организма к гипоксической гипоксии (П.И.Лукиенко) было изучено влияние его на устойчивость миокарда к локальной ишемии.

Опыты проведены на 30 крысах-самцах (180-200 г). Ишемию вызывали перевязкой передней нисходящей ветви коронарной артерии, непосредственно под ушком левого предсердия. О степени нарушений в сердце судили по ЭКГ, смертности,

размерам инфаркта и гистоморфологическим изменениям.

Апрессин (6 мг/кг) вводили профилактически (под кожу) за 16,3 часов до и через 16-24 часов после перевязки сосудов, а также (внутрибрюшинно) на фоне развившихся нарушений.

Опыты показали, что на фоне действия апрессина перевязка сосудов вызывала менее выраженный подъем интервала S-T и в среднем в два раза меньшее увеличение зубца Т по сравнению с контролем. В случаях желудочковой экстросистолии, возникшей после перевязки сосудов, апрессин способствовал нормализации ритма. После развития острой ишемии миокарда погибло около 50% контрольных и 25% опытных крыс. У выживших контрольных крыс на 7 сутки после перевязки сосудов обнаружены развившиеся инфаркты, захватывающих среднюю и нередко нижнюю треть передней стенки левого желудочка. У опытных крыс макроскопически инфаркты были обнаружены только у двух из десяти животных.

О ДЕЙСТВИИ ТРАНКВИЛИЗИРУЮЩИХ ПРЕПАРАТОВ-МЕПРОБАМАТА, ТРИОКСАЗИНА И ЭЛЕНИУМА НА НЕКОТОРЫЕ ФУНКЦИИ ОРГАНИЗМА

А.Оя и П.Рейно
(Тарту)

Для разумного и избирательного применения психофармакологических средств необходимо всестороннее изучение их действия. При назначении психотропных средств следует учитывать не только их психотропное действие, но и соматические эффекты (Адриано, 1968). Задачей настоящей работы являлось изучение действия мепробамата, триоксазина и элениума, как широко употребляемых психофармакологических средств, на некоторые функции организма человека, чтобы выяснить возможные индивидуальные сдвиги этих функций при их применении.

Исследование проводили на 21 здоровых испытуемых в возрасте 18-27 лет. Изучено действие при однократном применении внутрь мепробамата (в дозе 0,2), триоксазина (0,3) и элениума (0,01) на следующие функции: память (опыт Лурия), время двигательного рефлекса (ответ на световое раздражение) - простое и дифференцировочное, время наступления усталости мышц (на эргографе Моссо), частота пульса и кровяное давление. Наблюдение проводили через 30 минут и 1 час после приема препаратов.

Результаты исследований даны в таблице. Применение изучаемых препаратов причинило изменения у всех испытуемых в большинстве наблюдаемых функций. Только в некоторых изученных функциях можно было обнаружить весьма односторонние изменения, как например, у большинства испытуемых наблюдалось ускорение дифференцировочного времени рефлекса с элениумом (80% случаев) и триоксазином (58%), падение максимального кровяного давления с триоксазином (100%).

В общем действие препаратов характеризует широкое индивидуальное колебание ответов. При этом изменения в функциях в большинстве опытов были менее выражены через 30 минут, чем через 1 час после применения препаратов.

С одной стороны большое колебание изученных функций в течение использованного нами времени зависит от индивидуума, с другой стороны можно полагать, что немаловажную роль играют и фазовые изменения, как "гипнотическая фаза", "эксцитационная фаза", после прохождения которых наступает желаемая фаза успокоения, или "интеграционная фаза" (Рёснер, 1966). Для выяснения динамики действия и возможных фазовых изменений при применении транквилизирующих препаратов в дальнейшем нами предвидено изучить фармакологические эффекты мепробамата, триоксазина и элениума в течение более длительного времени.

Таблица

Действие мепробамата, триоксазина и элениума на некоторые функции организма человека (I час после приема внутрь)

Препарат	Доза	Число опытов	Характер ответа*	Опыт Лурия	Время рефл. прост.	Время рефл. дифф.	Опыт Моссо	Кров.давлен. макс.	Кров.давлен. мин.	Част. пульса
Мепробамат	,2	4	+	I	2	2	3	2	2	3
			-	2	2	2	I	I	2	I
			=	I	-	-	-	I	-	-
Триоксазин	0,3	I2	+	5	5	7	4	-	2	4
			-	2	4	3	7	I2	6	7
			=	5	3	2	I	-	4	I
Элениум	0,0I	5	+	3	2	4	3	I	2	I
			-	2	2	I	I	2	2	3
			=	-	I	-	I	2	I	I

Примечание: * знаки в "характере опыта" обозначают: (+) = улучшение функций, (-) = ухудшение функций и (=) = без изменений функций.

О ПЕРЕКРЕСТНОМ ПРИВЫКАНИИ К ЭСТОЦИНУ

А.Айдник, Х.Хейлман, Э.Пулдре
(Тарту)

В настоящей работе мы изучали действие эстоцина на болевую чувствительность, а также развитие привыкания и перекрестного привыкания к болеутоляющему действию эстоцина при его повторном введении подопытным животным.

Опыты проводились на кроликах обоего пола весом 2,5-3,5 кг. Для определения болеутоляющего действия применялись метод электрического раздражения пульпы зуба. Для раздражения пульпы применялся фарадический ток частотой 20 импульсов в секунду. Интенсивность болевого раздражения измерялась в вольтах.

Дозы 5 и 10 мг/кг эстоцина подкожно вызывают в течение 15-20 минут болеутоление, продолжающиеся около двух часов.

Ежедневные введения 5 или 10 мг/кг эстоцина кроликам вызывало исчезновение болеутоляющего эффекта на 4...6 день. Таким образом толерантность к эстоцину развивается быстрее, чем к промедолу (на 17 день) и к морфину (на 9 день).

У кроликов с выраженным привыканием к эстоцину промедол (5 мг/кг) и морфин (10 мг/кг) потеряли обезболивающее действие, но для этого было необходимо вести в течение трех месяцев. Из этого следует, что перекрестное привыкание между эстоцином и морфином и между эстоцином и промедолом развивается очень медленно.

ТЕРАПИЯ

БРОМСУЛЬФОФТАЛЕИНОВАЯ ПРОБА В ДИАГНОСТИКЕ ФУНКЦИИ ПЕЧЕНИ

Э.Мянник, А.Лыокене
(Тарту)

В настоящее время хромодиагностический метод с применением бромсульфофталеина (БСФ) считается наиболее чувствительным способом исследования экскреторной функции печени.

Учитывая значительные трудности в оценке функционального состояния печени у больных хроническим холециститом и холангитом, мы поставили перед собой задачу изучать выделение БСФ у этих больных.

Мы установили, что у больных холециститом БСФ после внутривенного введения выделялся полностью уже в течение 45 мин. или наблюдалась только незначительная задержка красителя в крови. В то же время у большинства больных ангиохолециститом отмечался высокий процент задержки БСФ в крови. Так как задержка БСФ в крови может быть обусловлена также от нарушения желчевыделения, в целях дифференцирования начинающихся паренхиматозных изменений печени от расстройств желчевыделительной функции, мы параллельно с исследованием содержания красителя в крови оценивали время выделения БСФ в дуоденальном соке (т.н. дуоденальная модификация БСФ пробы). Дуоденальная модификация этой пробы позволяет достаточно четко различать нарушения желчевыделения от поражения печени.

ОБ ИЗУЧЕНИИ АЛЛЕРГИИ ЗАМЕДЛЕННОГО ТИПА ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПЕЧЕНИ

И.Сарв, Х.Рахуметс
(Тарту)

В современной литературе существует мнение о том, что в патогенезе хронических заболеваний печени участвует аутоиммунный механизм и, в частности, гиперчувствительность замедленного типа.

Внутрикожные пробы и исследование сенсибилизации лимфоцитов периферической крови были нами проведены у больных хроническими заболеваниями печени и у здоровых лиц. При внутрикожных пробах средняя площадь аллергических реакций на экстракт ткани печени составляла у больных хроническим холециститом I0,44±?,07 $см^2$, хр. ангиохолециститом 9,34±I,?? $см^2$, хр. гепатоангиохолециститом 7,63±?,I3 $см^2$, хр. ангиохолециститом и хр. панкреатитом 7,53±I,90 $см^2$, циррозом печени 2,67±I,64 $см^2$ и у здоровых лиц I,3I±0,6? $см^2$.

Полученные данные позволяют предположить, что экстракт цельной ткани печени не может быть применен в качестве специфического антигена. Так как значительно положительные кожные реакции обнаруживались в группах больных хроническими холециститом и ангиохолециститом можно предполагать, что при хронических заболеваниях печени аутоантиген содержится в ткани желчных путей. Учитывая то, нами были изучены изменения со стороны иммунных лимфоцитов в лейкоцитарной культуре, используя в качестве антигенов кроме ткани печени и экстракты желчного пузыря. Культуры лимфоцитов изготавливались на среде I99 по методу K.Hirschhorn.

После добавления к лимфоцитарной культуре экстракта ткани печени существенные различия в проценте трансфор-

мированных культивируемых клеток в группах больных и здоровых лиц отсутствовали. Следовательно, экстракт ткани печени в данных условиях является неспецифическим стимулятором для иммунных лимфоцитов.

В ответ на добавление экстракта ткани желчного пузыря лимфоциты больных ангиохолециститом реагировали со значительно более оживленной трансформацией, чем мононуклеары здоровых лиц.

ПО ВОПРОСУ АСПИРАЦИОННЫХ БИОПСИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА

В.В.Кузминскис, Л.Д.Капланайте

(Каунас)

Аспирационная биопсия слизистой оболочки желудка является самым надежным методом для определения хронического гастрита.

Этим методом можно подтвердить или отвергнуть клинический диагноз хронического гастрита, определить его форму, степень повреждения слизистой оболочки, следить за динамикой патогистологических изменений.

Цель нашей работы:

I. Усвоить методику аспирационной биопсии слизистой оболочки желудка;

2. Оценить патогистологические изменения в слизистой оболочке при гастритах и других заболеваниях и сравнить эти изменения с другими клиническими данными исследований желудка.

Биопсии производили биопсинным зондом, модифицированным к.м.н. Шиманаускасом. Им брали и желудочный сок для базального исследования.

Кусочки слизистой оболочки фиксировали 10% раствором формалина.

Препараты окрашивали гематоксиллином - эозином.

После биопсии компликаций не было.

Мы исследовали 30 лиц: 5 были здоровыми (контрольная группа), 20 болели хроническим гастритом, 5 - ревматизмом.

I. В контрольной группе изменений в слизистой оболочке желудка не обнаружили.

2. Из 20 биопсий больных хроническим гастритом:

1) в 8 случаях слизистая оболочка без изменений;

2) в 5 случаях были видны признаки поверхностного гастрита;

3) у 7 больных определили атрофический гастрит.

3. У 2 больных ревматизмом нашли признаки поверхностного гастрита.

В большинстве случаев данные аспирационной биопсии слизистой оболочки желудка не совпали с данными других клинических исследований желудка.

ВОЗДЕЙСТВИЕ ИНСУЛИНА И ГЛЮКОЗЫ НА СЛИЗИСТУЮ ОБОЛОЧКУ ЖЕЛУДКА ЧЕЛОВЕКА

У.Вальдя, И.Сепп
(Тарту)

Инфильтрация собственного слоя слизистой желудка входит в состав морфологической картины хронического гастрита. По сравнению с изменениями железистых элементов желудка клеточный компонент гораздо меньше изучался Отсутствуют точные данные о том, каким образом изменяется состав клеточных элементов под воздействием ряда веществ, способных вызывать секреторную реакцию.

Исходя из этого к исследованию подвергались 30 человек различной морфологической структурой слизистой оболочки фундальной области желудка. Всем исследуемым лицам проводилась аспирационная гастробиопсия до и один час после воздействия инсулина (8 ед. внутривен-

но) или глюкозы (20,0 мл 40%-ного раствора).

Морфологический материал, полученный таким образом, подвергался к исследованию следующими методами: гематоксилин-эозин, азур- П - эозин, реакции Браше и PAS . В препаратах, окрашенных азур - П - эозином, подсчитывали 1000 клеток собственного слоя. Изучалось соотношение количества пиронинофильной и PAS -положительной субстанции до и после воздействия инсулина и глюкозы .

В результате статистической обработки полученных данных с помощью Т-теста выяснилось:

I. По сравнению с нормальной слизистой оболочкой при хроническом гастрите наблюдалось относительное увеличение нейтрофильных лейкоцитов и плазматических клеток. Число эозинофильных лейкоцитов при гастрите не изменялось по сравнению с нормальной слизистой.

2. Под влиянием инсулина и глюкозы клеточный состав собственного слоя слизистой не изменялся - полученные нами различия в количестве клеточных элементов до и после воздействия статистически не достоверны. Можно предполагать, что кратковременный секреторный процесс желудка не является фактором влияющим на состав клеточной инфильтрации.

3. Не было установлено разницы между количеством PAS -положительной слизи и пиронинофильной субстанции главных клеток до и после воздействия инсулина и глюкозы . Указанная закономерность была выявлена нами как при нормальной слизистой оболочке, так и при различных формах хронического гастрита.

РАСПРОСТРАНЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННОЙ АЛЛЕРГИИ СРЕДИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ФАКУЛЬТЕТА

А.Будрис, Л.Румшявичус, А.Драненко
(Вильнюс)

Значение сенсибилизации к лекарствам с каждым годом преобретает все большее значение. Особенно нарастает лекарственная аллергия среди медицинских работников.

В настоящей работе приводятся данные опроса и аллергологического обследования 104 студентов Медицинского факультета. Кожные пробы на пенициллин были положительны у 18 обследованных, на стрептомицин - у 30 и на новокаин - у 8 обследованных студентов. В анамнезе обследованных у 2 были аллергические проявления от пенициллина, у 3 - от стрептомицина. Аллергическим насморком страдали 3, крапивницей - 1, и экземой - 1 из обследованных. Авторы считают целесообразным ввести для поступающих в медицинские учебные заведения профессиональный отбор с учетом аллергической настроенности поступающего.

О ЧАСТОТЕ СЕНСИБИЛИЗАЦИИ К СТРЕПТОМИЦИНУ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЭТИМ ПРЕПАРАТОМ

И.Э.Хензеле
(Рига)

Известно, что многие лекарственные вещества могут вызывать изменение реактивности организма. При повторном, нередко длительном их применении могут возникнуть специфическая сенсибилизация и побочные явления при введении данного лекарственного вещества.

В настоящее время вопросы развития сенсибилизации к лекарственным веществам приобретают все большую значи-

мость в связи с нарастающим и широким выпуском новых разнообразных лекарственных средств.

Нами было обследовано 225 больных, лечившихся со стрептомицином, 20 медсестер, имевших близкий контакт со стрептомицином на работе, но никогда в жизни не применявших стрептомицин ввиде инъекций, и 90 практически здоровых людей, никогда не имевших контакта со стрептомицином и не получавшие инъекций стрептомицина.

Для изучения повышенной чувствительности к стрептомицину нами была применена фотометрическая проба помутнения по Уанье (Hoigné). Одновременно проводилась внутрикожная проба у 271 лица на чувствительность к стрептомицину.

У 53 больных, получавших пенициллин и 5 медсестер проводилась реакция помутнения сыворотки с раствором пенициллина.

Нами установлено, что среди здоровых людей, не имевших контакта со стрептомицином, реакция Уанье дала отрицательный результат во всех случаях.

Среди больных с дерматитом от стрептомицина и лиц имевших профессиональный контакт со стрептомицином, реакция Уанье оказалась положительная у 8 из 20 наблюдений (40%).

Из числа 225 больных, страдавших острой и хронической пневмонией, ревматизмом, туберкулезом и некоторыми другими заболеваниями, получавших инъекции стрептомицина, положительный тест Уанье обнаружен у 15 человек (6,7%).

Среди больных ревматизмом проба Уанье оказалась положительная у 7 из 58 наблюдений (12,1%), при острой пневмонии - у 1 из 31 наблюдения (3,2%), при хронической пневмонии - у 4 из 43 наблюдений (9,3%), у группы больных туберкулезом - у 3 из 79 наблюдений.

Анализ нашего материала показывает, что сенсибилизация к стрептомицину наблюдается относительно часто (6,7%), особенно среди лиц, имевших постоянный профессио-

нальный контакт с препаратом.

Вместе с тем сравнительный анализ наших данных показывает, что сенсибилизация к пенициллину у больных, получавших этот антибиотик, наблюдается чаще (30,2%), чем сенсибилизация к стрептомицину после лечения этим препаратом (6,7%), (P 0,001).

Положительный тест Уанье после лечения стрептомицином выпадает значительно чаще чем положительная внутрикожная проба (1,5%), (P 0,01).

К ВОПРОСУ ИЗУЧЕНИЯ СЫВОРОТОЧНЫХ БЕЛКОВ КРОВИ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

З.М.Топурия
(Тбилиси)

Задачей нашей работы явилась попытка изучить изменения сывороточных белков крови у больных бронхиальной астмой на разных этапах развития заболевания; т.е. в динамике.

Под нашим наблюдением находилось 38 больных бронхиальной астмой - 22 женщины и 16 мужчин, различного возраста - от 27 до 68 лет, с различной давностью заболевания - от нескольких месяцев до 30 лет.

На основании наших результатов, определения количества общего белка методом нефелометрии и отдельных белковых фракций в сыворотке крови, методом электрофореза на бумаге, мы считаем возможным сделать следующие выводы:

Независимо от тяжести течения заболевания количества общего белка сыворотки крови почти у всех больных в пределах нормы (7,9%). Коэффициент белка - альбумины: глобулины - несмотря на нормальное общее количество белка оказался низким, за счет снижения альбуминов.

Содержание глобулинов в сыворотке крови до лечения больных бронхиальной астмой, то хотя увеличение его на-

блюдалось часто, однако зависело оно, главным образом, от увеличения количества альфа и гамма глобулинов. Содержание гамма глобулинов оказалось увеличенным почти у всех больных.

Изменения в белковых фракциях сыворотки крови отражают тяжесть бронхиальной астмы и поэтому они приобретают практическое значение.

ИММУНОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАКЦИЯ ЛИМФОЦИТОВ КРОВИ У БОЛЬНЫХ ГИПОТИРЕОЗОМ И УЗЛОВЫМ ЗОБОМ

А.Мере
(Тарту)

В литературе имеются данные, что при заболеваниях щитовидной железы важную роль играет аутоагрессия. Одним из существенных механизмов аутоиммунных процессов является гиперчувствительность замедленного типа, которая связана с клеточными антителами содержащимися в лимфоцитах.

В данной работе изучали у больных гипотиреозом и узловым зобом состояние сенсибилизации мононуклеарных клеток периферической крови к различным антигенам.

Культуры лимфоцитов изготовлялись по методу K.Hirschhorn и соавт. В качестве антигенов служили фитогемаглютинин (общеизвестный стимулятор трансформаций) и гомологический экстракт ткани щитовидной железы полученный от струмэктомий.

Фитогемаглютинин вызвал оживленную трансформацию лимфоцитов и митозы, которые наблюдались в культурах, полученных как у больных, так и у здоровых.

Добавление экстракта щитовидной железы вызывал у больных гипотиреозом трансформацию сильнее, чем у здоровых. Это доказывает, что лимфоциты периферической крови больных гипотиреозом являются сенсибилизированными с тканью щитовидной железы.

Возможно, что антигенный материал освобождается в русло крови при операциях или лечений изотопами. Следует однако учитывать возможность сенсибилизации организма больных уже перед оперативным вмешательством или радиойод терапии.

Так как большинство из больных узловым зобом принадлежат к оперативному лечению, мы изучали трансформацию лимфоцитов у этих больных до операции.

Выявилось, что у большинства больных узловым зобом трансформация лимфоцитов выше, чем у здоровых, но не такая высокая, как у больных гипотиреозом.

Кажется, что у больных зобом надо изучать иммунореактивность организма перед радикальным лечением, чтобы избежать последующих осложнений.

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ У БОЛЬНЫХ ДИФФУЗНЫМ ТОКСИЧЕСКИМ ЗОБОМ ДО И ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ РАДИОАКТИВНЫМ ИОДОМ

А.Липец
(Витебск)

Нами исследовалась суточная экскреция I7-ОКС с мочой, с целью выявления функциональных резервов коры надпочечников производилась нагрузка АКТГ-цинк-фосфатом по 40 ед. внутримышечно с последующим определением I7-ОКС.

Функция щитовидной железы определялась по данным радиойодиндикации и по иоду, связанному с белком (СБИ).

Обследовано I28 больных диффузным токсическим зобом, леченных I-I3I. Разовые дозы не превышали 3-4 милликюри. Повторное введение производилось обычно не ранее, чем через 3-4 месяца после первого приема.

До лечения суточная экскреция I7-ОКС оказалась повышенной у больных диффузным токсическим зобом всех степе-

ней тяжести. Функциональные резервы коры надпочечников оказались сниженными у больных средней и тяжелой формой заболевания. После радиойодтерапии к 18-23 дню наблюдалось повышение суточной экскреции 17-ОКС с мочой. Обследование через 2-3 месяца выявило снижение суточной экскреции 17-ОКС, наряду со значительным улучшением общего состояния. Функциональные резервы коры надпочечников у больных средней тяжестью заболевания частично восстанавливались к исходу 6 недель и полностью ко 2-3 месяцам после радиойодтерапии. У больных тяжелой формой диффузного токсического зоба к исходу 2-3 месяцев наблюдалось лишь частичное восстановление функциональных резервов коры надпочечников.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА

К.В.Таммару
(Тарту)

Задачей настоящих исследований было выяснить на анализе данных, полученных при вскрытии умерших от инфаркта миокарда, частоту коронаротромбоза (или его отсутствие) и обратить внимание на сопутствующие изменения в организме.

При исследовании выяснилось, что коронаротромбоз наблюдался при инфаркте миокарда почти в равном количестве (48%) с нетромбозированными случаями. Тромбоз левой венечной артерии наблюдался в 2 раза чаще, чем правой, как и инфаркт передней сердечной стенки. В ходе работы выяснилось, что 30% больных коронаротромбозом были госпитализированы с диагнозом инфаркта миокарда, остальные же случаи коронаротромбоза приводили к скоропостижной смерти. В других случаях скоропостижного исхода, где при вскрытии не находили тромбоза, выяснялся часто разрыв сердечной мышцы.

Почти во всех исследуемых случаях инфаркта миокарда, как с коронаротромбозом, так и без него, наблюдался общий

атеросклероз. Реже (I2 случаев из I00) наблюдался склероз сердечной мышцы и изолированный атеросклероз венечных артерий, комбинированный с коронаротромбозом.

Из сопутствующих морфологических изменений в половине случаев наблюдался нефросклероз и явления венозного застоя внутренних органов. Поражение головного мозга (размягчение) наблюдалось как при коронаротромбозе, так и без него, чаще при скоропостижной смерти.

АНТИТЕЛА К ОБКЛАДОЧНЫМ КЛЕТКАМ У БОЛЬНЫХ С РЕЗЕЦИРОВАННЫМ ЖЕЛУДКОМ

Э.Ярве и О.Пиусвере
(Тарту)

Изменения типа хронического гастрита, в частности атрофического, сравнительно часто наблюдаются в слизистой оболочке культи резецированного желудка. Так как в сыворотке крови больных первичным атрофические противожелудочные антитела, то следовательно, из этого вытекает необходимость изучения названных антител в сыворотке крови больных с резецированным желудком.

Нами определены циркулирующие антитела к обкладочным клеткам желудка у 28 больных с резецированным желудком. С этой целью мы пользовались непрямой методикой Сооп-Кар ап, где антигеном служили криостатные срезы из фундальной части желудка белой крысы.

Флуоресцирующие антитела к обкладочным клеткам обнаружены нами в сыворотке крови только у одного больного из 28 исследованных больных. В то же время, слизистая оболочка культи желудка у тех же больных была с признаками хронического гастрита у 26 больных, притом атрофические формы наблюдались у 2I больного.

Результаты настоящей работы отличаются от тех, которые получены различными авторами у больных хроническим первичным гастритом, пернициозной анемией, и даже язвой желудка, тем не менее, что хронический гастрит в культе желудка встречается весьма часто. Из этого можно делать предположение, что те механизмы, в результате которых в сыворотке крови возникают соответствующие антитела, не имеют первостепенного значения в генезе гастрита культи желудка.

О ВЕКТОРКАРДИОГРАФИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЯХ У БОЛЬНЫХ С НАЧАЛЬНОЙ ГИПЕРТРОФИЕЙ ЖЕЛУДКОВ СЕРДЦА

Т.Каск и Т.Кыртс
(Тарту)

С целью распознать признаки начальной гипертрофии желудочков сердца в векторкардиографической картине мы регистрировали векторкардиограммы в Советском Союзе сравнительно мало использованным методом кубической системы у 34 человек (IO здоровых, II больных с гипертрофией левого желудочка, 5 больных с гипертрофией правого желудочка, 8 больных с комбинированной гипертрофией обоих желудочков).

Результатом проведенных нами исследований проявились уже при начальной легкой гипертрофии желудочков сердца некоторые характерные изменения в векторкардиограммах, которые зарегистрировали перед и после применения натуживания (опыта Вальсальви при давлении 30 мм рт.ст. в течение IO секунд).

При гипертрофии правого желудочка были петли QRS на фронтальной плоскости узкие и направленные вертикально. На сагитальной плоскости петли QRS расширенные и направленные главной осью вперед и вниз. Проявилась сравнительно широкая петля s , особенно на горизонтальной плоскости.

При гипертрофии левого желудочка проявилось расширение петель QRS на фронтальной и сагитальной плоскостях. После главной оси петли QRS , какая направлена налево, назад и вниз, выражалась еще дополнительная ось (выпухание петли), направленная в большей мере назад и вверх.

При гипертрофии обеих желудочков проявились в вектор-кардиограммах комбинированные признаки гипертрофии.

После прекращения натуживания наблюдались изменения различного характера.

О ФАЗОВОЙ СТРУКТУРЕ СЕРДЕЧНОЙ СИСТОЛЫ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПРИ ИЗМЕНЕНИИ ПОЛОЖЕНИЯ ТЕЛА

А.Месикепп, И.Лаас
(Тарту)

С целью распознать особенностей сократительной функции миокарда при изменении положения тела у больных гипертонической болезнью мы использовали поликардиографический метод (ЭКГ, ФКГ, сфигмограмма сонной артерии) в сочетании с орто--клиностатической пробой. Мы применяли до сих пор мало использованный вариант этой пробы - регистрация показателей сразу после приседания на корточках в течение 3-х минут и, наоборот, после вставания из сидячего положения.

Кроме больных гипертонической болезнью (10 чел.) в настоящем исследовании в качестве контрольных групп были исследованы больные стенокардией (12) и язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (11) и 10 здоровых лиц.

Использованный вариант орто-клиностатической нагрузки можно считать более простым по сравнению со вставанием из положения лежа. При использованной нами пробе положение грудной клетки не изменяется при вставании и приседании. Изменяется только венозный кровоток к сердцу. Поэтому воз-

можно регистрировать без помех быстрых и кратковременных сдвигов показателей ортостатической регуляции.

У больных гипертонической болезнью во 2-й стадии при изменении положения тела наблюдалось лишь минимальное колебание частоты сердечных сокращений, причем фаза изгнания удлинялась у них более, чем у здоровых, что объясняется увеличением ударной емкости на фоне повышенного периферического сопротивления при приседании на корточках.

Продолжительность акустической, механической и общей систолы у гипертоников увеличилась при приседании в более значительной степени чем у здоровых, что зависит в основном от относительного удлинения фазы изгнания.

Удлинение диастолы во время приседания меньше, чем это предусматривается замедлением частоты сердечных сокращений. Особенно ясно это проявляется у гипертоников.

Разница пульсового давления в положениях стоя и при приседании у гипертоников значительно меньше, чем у здоровых людей.

У больных гипертонической болезнью во 2-й стадии изменение длительности фаз сердечного цикла и изменение пульсового давления проявляется яснее при приседании на корточках по сравнению положения стоя.

ПРИМЕНЕНИЕ БЛОКАТОРА β-АДРЕНОРЕЦЕПТОРОВ- ИДЕРАЛА- ДЛЯ РЕГУЛИРОВАНИЯ ЧАСТОТЫ СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ ВО ВРЕМЯ СЕАНСА ЭЛЕКТРОИМПУЛЬСНОЙ ТЕРАПИИ

Д.Слапшите, В.Гедвилайте, Ю.Блинкевичюте
(Вильнюс)

Устранение мерцательной аритмии при помощи электрического импульса широко вошло в клиническую практику. Одна из трудных проблем, с которой сталкиваются во время сеанса электроимпульсной терапии это - тахисистолия желудочков, иногда достигающая частоты 200 раз в минуту. Тахисистолии

способствуют: волнение больного в связи с предстоящей незнакомой процедурой, применение атропина для премедикации к наркозу. Тахисистолия уменьшает диастолическое наполнение желудков, перегружает застоем предсердия, что затрудняет устранение мерцательной аритмии. Из-за тахисистолии часто приходится отказаться от премедикации атропином, что затрудняет проведение барбитурового наркоза (ларингоспазмы, гиперсекреция в дыхательных путях и т.п.).

Цель работы - изучить возможности уменьшения тахисистолии при помощи блокатора -адренорецепторов - индерала, синтезированного в лаборатории биологически активных веществ Вильнюсского Гос.Университета им. В.Капсукаса.

Методика: Больному 10-15 минут до электроимпульсной терапии внутривенно вводилось 3 мг. индерала, при недостаточном эффекте через 10 минут введение повторялось до возникновения нормосистолии. Индивидуальные дозы колебались от 3 до 9 мг. препарата. При наличии недостаточности кровообращения $II^{б}$ - III стадии индерал не применялся. Ежеминутно записывалась электрокардиограмма в первом грудном и во втором стандартном отведениях.

Составлены индивидуальные пульсотахограммы.

Установили:

1. Тахисистолия желудочков при мерцательной аритмии при применении 3-9 мг. индерала в течение 5-10 минут переходит к нормосистолии или значительно урежается.

2. Этот эффект проявляется несмотря на атропинизацию больного.

3. Индерал может быть средством антиаритмической премедикации к электроимпульсной терапии мерцательной аритмии.

ИЗМЕНЕНИЕ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ ОСТРОЙ ЛУЧЕВОЙ БОЛЕЗНИ

В.Г.Герасимов
(Минск)

Приводится анализ данных электрокардиографического исследования 19 половозрелых собак в возрасте от 1 до 3 лет, подвергшихся общему однократному рентгеновскому облучению в экспозиционной дозе 1000 р. Запись биотоков сердца производилась в 3 стандартных отведениях 2-3 раза до облучения и через каждые два дня после облучения, вплоть до гибели животных. Из указанного числа животных 14 собакам в разные сроки после облучения (6,9,10,11 день) производилось переливание свежецитратной крови здоровой собаки-донора. Гемотрансфузии в части опытов (8 собак) предшествовало введение 10% раствора хлористого кальция. Остальные 5 собак служили контролем. Все животные погибли: контрольные на 6-12 сутки, а подопытные на 11-14 сутки после облучения. Опыты и наблюдения за животными выполнены А.А.Чевлытко.

Анализ электрокардиограмм, выполненных в динамике развития острой лучевой болезни, свидетельствуют о диффузном поражении миокарда (расщепление R_{2-3} у верхушки и нисходящего колена; двуфазный и сниженный T_{2-3}; смещение интервалов $S-T_{2-3}$ ниже изолинии). Эти изменения проявляются в период разгара острой лучевой болезни и прогрессивно нарастают к моменту гибели подопытных и контрольных животных.

СОДЕРЖАНИЕ КАЛИЯ И НАТРИЯ В СЕРДЦЕ КРЫС ПРИ ИЗОПРЕНАЛИНОВОЙ КАРДИОПАТИИ

А.Лаанеманн и Р.Рандам
(Тарту)

Симпатомиметический катехоламин изопреналин (изопропилнорадреналин) вызывает у различных подопытных животных множественные очаговые некрозы миокарда. В развитии некротических изменений миокарда имеет значение создаваемая изопреналином коронарная недостаточность, вследствие которой возникают расстройства метаболизма сердечной мышцы.

Мы поставили перед собой цель изучить динамику содержания калия и натрия в сердце белых крыс после введения изодрина в некротической для миокарда дозе. Анализы проводились через 30 минут, 1,5,3 и 24 часа после подкожного введения 10 мг/кг изопреналина.

Наши исследования показали, что после введения изопреналина содержание калия в сердце повышается, также как повышается содержание натрия и воды.

Объяснение повышения содержания калия в сердце под действием изопреналина сложное. Поскольку прекращение коронарного кровотока вследствие обтурации или перевязки венечных сосудов сердца характеризуется уменьшением количества калия в ишемическом очаге миокарда, изопреналин действует не только как ишемизирующий фактор, но оказывает и прямое действие на метаболизм мышечных волокон сердца.

ДЕЙСТВИЕ ГЛИКОКОРТИКОИДОВ НА КОАГУЛЯЦИОННУЮ СПОСОБНОСТЬ КРОВИ

Л.Стреле и В.Пранцанова
(Рига)

По литературным данным лечение большими дозами глюкокортикоидами сопровождается увеличением коагуляционной способности крови (Хнох, Карпович, Глин и др.).

В работе определялся тромботест по методу Фуенте-Ита в модификации Котовщиковой. Результаты определялись визуально по пробирочной системе, где I-2 пробирки соответствует гипокоагуляции, 3-6 нормо- и 7 гиперкоагуляции.

Нами проведено определение тромботеста у 42 больных, болевших ревматизмом в активной фазе, преимущественно в возрасте от I6-40 лет, из которых у I7 человек в терапии применялся преднизолон. Для контроля определяли тромботест у 25 практически здоровых людей.

Из 25 больных, страдавших ревматизмом, в терапии которых преднизолон не применялся, нормокоагуляция обнаружена в I9 случаях (76%) и гипокоагуляция в 6 случаях (24%). Из числа I7 больных, страдавших ревматизмом, которых лечили преднизолоном, нормокоагуляция обнаружена в I0 случаях (58,9%) и гиперкоагуляция в 7 случаях (4I,I%).

У 25 практически здоровых лиц обнаружена нормокоагуляция в 23 (92%) и гиперкоагуляция в 2 (8%) случаях.

З а к л ю ч е н и е

У больных ревматизмом, получающих в лечении преднизолон в сочетании с салицилатами, в значительной части случаев отмечается гиперкоагуляция. Последняя наблюдается значительно чаще чем у здоровых людей и больных

ревматизмом, в лечении которых глюкокортикоиды не применяются (P 0,02).

У части больных ревматизмом в активной фазе, у которых проводится лечение салицилатами без глюкокортикоидов, отмечается гипокоагуляция крови. Гиперкоагуляции у этих больных нами не обнаружено.

"ИЗУЧЕНИЕ АКТУАЛЬНОЙ КИСЛОТНОСТИ ПОВЕРХНОСТИ КОЖИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ И ПОВЕРХНОСТНОЙ ТРИХОФИТИЕЙ"

В.Дюба
(Витебск)

Одним из показателей барьерно-защитной функции кожи является актуальная кислотность поверхности кожи. С целью выяснения состояния барьерно-защитной функции кожи у больных трихофитией нами изучалась актуальная кислотность поверхности кожи у 20 больных хронической трихофитией взрослых и у 44 детей, страдающих поверхностной трихофитией. Контролем служили 23 школьника в возрасте 10 лет и 12 практически здоровых женщин.

Все исследования проводились по методу В.А.Бандарина и В.Г.Панкратова. Результаты исследования показали, что у больных хронической трихофитией наблюдается достоверное уменьшение актуальной кислотности поверхности кожи по сравнению со здоровыми.

У 34 больных поверхностной трихофитией из 44 показатели pH поверхности кожи не отличались от данных, полученных у здоровых лиц.

Результаты наших исследований показывают, что у больных хронической трихофитией наблюдается снижение барьерно-защитной функции кожи.

К МЕТОДУ ИССЛЕДОВАНИЯ ЭКСКРЕТОРНОЙ ФУНКЦИИ КОЖИ

Н.А.Манак
(Минск)

Кожа человека, обладающая сложным строением и многообразными функциями, имеет большое значение для жизнедеятельности организма. Она в своих функциях отражает метаболические процессы, происходящие в организме. Поэтому по функциональному состоянию кожи можно судить об изменениях происходящих в организме в условиях клинической патологии.

Однако кожу пока не используют в должной мере для получения нужной информации об общем состоянии организма. В соответствии с этим нами сделана попытка использования метода фракционного определения липидов экскретируемых кожей. Забор липидов с поверхности кожи производят с помощью аппликации хроматографических бумажек. После аппликации бумажку с адсорбированными липидами обрабатывают смесью хлороформа с метанолом (I:I). Хлороформенный экстракт выпаривают досуха и остаток растворяют в гептане. Этот раствор (0,I мл) используют для хроматографии на тонком слое сорбента. В качестве разделительной смеси используется система растворителей: гептан-этиловый эфир-этилацетат. Время разделения липидных фракций I0-I5 минут. На расстоянии I0-I2 см от линии старта четко разделяются нужные фракции.

Денситометрируя хроматограммы получают относительные значения количества липидных компонентов. Параллельное определение общего количества экскретируемых липидов (турбидиметрическим методом), позволяет найти абсолютное содержание каждой из выявляемых фракций (в $/см^2$).

Для примера приводим данные полученные при заборе липидов с поверхности кожи в области предплечья у I5-ти практически здоровых людей и у 20-ти больных туберкулезом легких:

Группы обследованных	Общие липиды	Фосфолипиды	Свободный холестерин	Моно и диглицериды	Триглицериды	Эфиры холестерина
Здоровые люди	65 ±3,44	8,23 ±I,75	9,99 ±3,22	I0,86 ± 3,38	II,63 ± 2,46	27,I3 ± 7,I5
Больные туберкулезом	4I,77 ±I,I25	8,27 ±0,4I9	7,05 ± 0,358	6,93 ±0,253	6,I7 ±0,479	I3,33 ±0,66I

О НОСОВЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ И ИХ ПРИЧИНАХ ПО ДАННЫМ ОТДЕЛЕНИЯ УХА, ГОРЛА И НОСА ТАРТУСКОЙ РЕСПУБЛИКАНСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ ЗА ПЕРИОД С I959-I968 гг.

Лийм, Инна
(Тарту)

I. Одним из наиболее частых кровотечений является носовое кровотечение, которое может начаться внезапно и стать жизнеопасным.

Задачей настоящей работы было выяснить причины возникновения носовых кровотечений, частоту их возникновения и лечебные мероприятия использованные для остановки кровотечения.

2. Для этой цели исследовали больных, находившихся по поводу носовых кровотечений на лечении в отделении уха, горла, носа Тартуской республиканской клинической больницы за период с I959 по I968 гг.

3. Из результатов работы выяснилось, что носовое кровотечение в среднем встречалось у I,5% на лечении находившихся больных, из которых у 2/3 больных возраст был от 60 до 70 лет. Основной причиной возникновения кровотечения у них было повышенное кровяное давление на основании атеросклероза (200-250 мм рт.ст.). В среднем возрасте причиной носового кровотечения чаще была гипертоническая болезнь. У детей носовое кровотечение встречалось редко. До IO-летнего возраста причиной носового кровотечения была произведенная перед этим аденотомия. Носовое кровотечение встречалось чаще у женщин, лишь у мужчин носовое кровотечение было чаще обусловлено травмами.

4. В большинстве случаев для остановки носового кровотечения прибегали к передней тампонаде носа, реже к задней. Из медикаментов применяли кальций, викасол, С-витамин, переливания крови, капельные инфузии кровозаменяющих средств. В единичных случаях (в основном послетравматические кровотечения) для остановки носового кровотечения прибегали к перевязке наружной сонной артерии. Кроме этого больные получали еще причинное лечение (резерпин, рутин, дибазол, иодистый калий, сердечные средства).

5. Большинство больных с носовым кровотечением выписаны из клиники на 5-ый - IO-ый день выздоровевшими; 25% больных нуждались в последующем амбулаторном или стационарном терапевтическом лечении. Случаи летального исхода были обусловлены не потерей крови, а основным заболеванием.

6. В большинстве случаев носовое кровотечение является симптомом какого-либо заболевания (гипертония). Следовательно, лечение носового кровотечения не должно ограничиваться лишь механической остановкой, а важное значение имеет здесь лечение основного заболевания.

О СОСТОЯНИИ СЛУХА У ШКОЛЬНИКОВ С РАССТРОЙСТВАМИ ЧТЕНИЯ И ПИСЬМА (ДИСЛЕКСИЯ И ДИСГРАФИЯ)

И.Тусти и Э.Пост
(Тарту)

При дислексии и дисграфии дети не в состоянии научиться читать и писать. Это расстройство встречается главным образом у учеников I-IУ класса, у единичных также в старших классах. Причины расстройств чтения и письма до настоящего времени окончательно не разрешены.

Задачей настоящей работы было выяснить, какое значение при дислексии и дисграфии имеют расстройства слуха. Для этого обследовали представленных педагогами 65 детей с расстройствами чтения и письма. Наблюдаемые ученики были из I по УП классы. Из Тартуских школ было 32 ученика, из школ района Вильянди 33 ученика в возрасте от 7 до I5 лет.

Методика работы была следующей: при определении слуха пользовались исследованием с помощью шопотной речи, опытов с камертонами, тональной аудиометрии и речевой аудиометрии.

Отоскопически болезненных явлений у обследуемых детей не отмечалось. Лишь у некоторых детей барабанная перепонка была втянута, что объясняется катаром евстахиевой трубы вследствие насморка. Слышимость шопотной речи была в среднем 6 м, лишь у одного была I м. При опыте Вебера звук латерализовался в одно ухо у 8 учеников и опыт Ринне был отрицательным в одном случае.

По данным тональной аудиометрии понижение слуха отмечалось у 46 учеников. Из них у 26 учеников понижение было в области высоких тонов (2000-I0 000 герц), а у 5 учеников в области низких тонов (I25-I000 герц); общее пони-

жение слуха на II-40 дб было у I4 учеников.

Понижение разборчивости речи на уровне 50% восприятия отмечалось у 25 учеников (в размере I0-30 дб); удлинение кривой разборчивости речи было у 37 учеников - для достижения I00%-ной разборчивости нужен был диапазон в 5I-90 дб вместо нормальных 42 дб.

На основании полученных аудиометрических данных можно сделать вывод, что прежде всего имеет поражение слуха типа внедренного уха и смешанного типа. По данным речевой аудиометрии удлинение диапазона кривой разборчивости речи и понижение разборчивости речи отмечалось в половине случаев, на основании чего можно предположить центральное расстройство.

Следовательно, одной из причин дисграфии и дислексии может быть какое-нибудь органическое поражение центральной нервной системы, например, в области центра слуха и речи.

К ВОПРОСУ О ФУНКЦИОНАЛЬНОМ СОСТОЯНИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ РЕВМАТИЗМЕ

А.Ш.Мицо и М.С.Керестень
(Ужгород)

Функциональная активность щитовидной железы в значительной мере зависит от обеспеченности организма йодом. Закарпатская область УССР относится к очагам зобной эндемии.

Нами исследована функциональная активность щитовидной железы у больных ревматизмом (70 человек), методом определения йода, связанного с белками крови (ЙСБ) по Баркеру, в модификации Г.С.Степанова.

В качестве контроля взято 30 клинически здоровых лиц, проживающих в Закарпатской области. Уровень ЙСБ крови у них составлял 5,8±0,003 мкг%.

Наши исследования показали, что функциональная активность щитовидной железы меняется в зависимости от стадии заболевания. Так, при латентном ревматизме наблюдается незначительное повышение уровня ЙСБ (5,9±0,02 мкг%). Обострение ревматического процесса у больных вызывает более глубокую перестройку гормонообразующей функции щитовидной железы (9,2±0,01 мкг% при колебаниях 6,8-12,2 мкг%). При далеко зашедшем ревматизме (II-III стадии) функция щитовидной железы несколько снижается, о чем свидетельствуют данные по содержанию ЙСБ крови (7,8±0,06 мкг%, при колебаниях от 5,8 до 10,3 мкг%), но остается более высокой по сравнению с нормой.

Следовательно, ревматический процесс сопровождается изменением функциональной активности щитовидной железы и зависит от тяжести заболевания.

ВЛИЯНИЕ ПИТАНИЯ И -ТИРОЗИНА НА ВЫДЕЛЕНИЕ ЛЕТУЧИХ ФЕНОЛОВ И АРОМАТИЧЕСКИХ ОКСИКИСЛОТ МОЧИ

К.Ю.-Р.Гетреу и Л.Г.Юхани
(Тарту)

Летучие фенолы мочи (до 90% п-крезол) образуются микроорганизмами тонкого кишечника из феноловых аминокислот (тирозин и фенилаланин). Некоторые ароматические оксикислоты считают интермедиарными продуктами при образовании летучих фенолов. Определение выделения летучих фенолов может служить косвенной оценкой состояния кишечной микрофлоры, т.к. непосредственные микробиологические методы изучения сложные и трудоемкие.

При этом использовали методику, разработанную в ЦМНИЛ Тартуского государственного университета. Выделение летучих фенолов выражено в мг п-крезола, оксикислот - в мг

п-оксифенилуксусной кислоты.

Мы исследовали выделение названных соединений у 5 клинически здоровых людей (студенты), у двух проводилось повторное наблюдение (всего 46 анализов). У 4 лиц в течение 7-13 дней исследовали влияние питания (варьируя содержание белка, углеводов и жиров в пище). 3 обследованных получили перорально 2 гр. -тирозина.

После перехода с белковой диеты на малосодержащую белок пищу, уменьшалось выделение летучих фенолов у всех обследованных лиц. У 3 лиц, у которых исследовали и противоположный эффект - переход на обильно-белковую диету - возникло повышение выделения летучих фенолов. В двух опытах, где не найдено соответствия количества белка в пище и выделения п-крезола, определялась связь с изменением баланса углеводов.

Дача -тирозина повышала выделение летучих фенолов у 2 лиц, а у одного осталась без эффекта.

Следовательно, как правило, количество белка в пище, а в некоторых случаях и содержание углеводов, является фактором, влияющим на уровень выделения летучих фенолов мочи у человека. Можно предполагать, что динамика, происходящая в выделении летучих фенолов отражает ту в микрофлоре кишечника.

ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДИКИ МАТЕМАТИЧЕСКОГО ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ДЛЯ ОБОСНОВАНИЯ БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА (и.м.) АНТИКОАГУЛЯНТАМИ

С.П.Григонис и И.И.Жибуркус
(Вильнюс)

Нельзя считать решенным вопрос обоснованности лечения антикоагулянтами (акгл) больных и.м. Имеется ряд работ, посвященных положительному эффекту лечения акгл (S.Wessler, L.Gaston , П.Е.Луконский, Б.П.Кушелевский) и ряд исследователей высказывают серьезные сомнения в показанности лечения акгл (В.Д.Чуран, Н.З.Чернов, Childen, Jakobs).

Цель исследования: а) сопоставить равные по тяжести группы больных и.м., получивших достаточно, недостаточно и не получивших акгл, б) выявить частоту смертельных исходов (см.и.) в зависимости от применения и не применения акгл. в указанных группах.

Методика. Проводилось математическое прогнозирование и.м. с помощью системы прогнозирования Э.Ш. Хелфена, основанной на принципе познавания образа и расчета индекса приемлемого и не приемлемого прогноза (74 у 74), и не приемлемого и смертельного прогноза (55 55). Указанная система сопоставлялась с системами Пила и Шнура. Группы больных с одинаковой тяжестью и.м. получены согласно одинаковым индексам прогноза по указанным системам.

Объектом исследования явилось 355 случаев и.м., из которых 147 не получало и 208 получало акгл. Раздельно анализировались данные больных, получивших акгл в достаточном количестве и недостаточном количестве в зависимости от сдвигов показателей системы свертывания крови.

Результаты. В группе с легким течением и.м. (у=0-35)

частота см.и. мало отличалась в группах получивших и неполучивших акгл. При у=36-74 см.и. значительно чаще среди неполучивших (33,33%) по сравнению с получившими недостаточно (17,5%) (Р 0,05) и получавшими в достаточном количестве (3,57%) (Р 0,05). Для больных с индексом у=75-100 эти цифры соответственно 52,0%, 40,91% и 21,42%. Для больных крайне тяжелом и.м. (у=100 и более) см. и. цифры соответственно составили 72,92%, 75,0% и 61,11%.

В докладе делается попытка связать влияние акгл с их воздействием на основные критерии прогноза (шок, декомпенсация), а не только профилактику тромбоэмболических осложнений.

АКТИВНОСТЬ ЦЕРУЛОПЛАЗМИНА У ДЕТЕЙ С РЕВМАТИЗМОМ

А.М.Гогу, Л.М.Ващенко-Дунай
(Кишинев)

Церулоплазмин (медьоксидаза) - является ферментом, участвующим в окислительно-восстановительном процессе многих веществ (витаминов, микроэлементов и др.). В последнее время в литературе имеются указания об изменении активности этого фермента при различных заболеваниях, в том числе и при ревматизме.

Нами обследовано 30 детей в возрасте от 3-х до 14 лет с ревматизмом различной степени активности процесса. С активностью процесса II-III степени наблюдалось 15 больных. Дети поступали в клинику с высокой температурой, изменениями со стороны суставов, сердца и других органов. При этом наблюдались и выраженные сдвиги со стороны лабораторных показателей - умеренный лейкоцитоз, ускоренная РОЭ, наличие в крови С - реактивного протеина, увеличение ДФА - показателя и др.

С непрерывнорецидивирующим течением процесса было 8 детей. У 7 больных имелась недостаточность кровообращения $II_Б$-III стадии.

Содержание церулоплазмина определялось методом Оказалось, что у больных с активностью процесса II-III степени уровень церулоплазмина был весьма высоким, что говорило о высокой активности фермента. Содержание его колебалось от 0,400 до 0,700 ед. опт. плотности, при норме 0,300-0,330 ед. опт. плотности.

Следует также подчеркнуть, что длительность ревматического процесса оказывает некоторое влияние на активность фермента - у больных с непрерывнорецидивирующим течением процесса активность фермента оказалась увеличенной (до 0,360-0,400 ед. опт. плотности).

У больных с недостаточностью кровообращения активность церулоплазмина оказалась несколько сниженной - до 0,150-0,160 ед.опт. плотности.

Вышеуказанные изменения активности фермента церулоплазмина следует рассматривать в тесной связи с клиническими проявлениями ревматизма.

Наши предварительные данные показывают, что вместе с другими лабораторными исследованиями определение церулоплазмина в какой-то степени может отразить активность ревматического процесса. В настоящее время эти лабораторные показатели изучаются в динамике под влиянием лечения.

ПОКАЗАТЕЛИ НАСЫЩЕННОСТИ ЖЕЛЕЗОМ ТРАНСФЕРРИНА СЫВОРОТКИ КРОВИ У ДЕТЕЙ БОЛЬНЫХ РЕВМАТИЗМОМ

Н.П.Прокопишина
(кишинев)

Обмен железа в организме сложен и еще недостаточно изучен. Известно, что этот элемент, всосавшийся в кишечнике, переходит затем в плазму, где связывается со специфическим белком – трансферрином, относящимся к -глобулинам. Этот комплекс затем откладывается в депо- печень, селезенку, костный мозг.

Имеющиеся в литературе указания по обмену железа и его изменениям относятся прежде всего к гематологии. Сведений о насыщаемости железом трансферрина, как в норме, так и при различных патологических состояниях, мало. Что же касается изменений этих лабораторных показателей при ревматизме, в доступной литературе мы не нашли работ по этому вопросу.

С этой целью мы обследовали 26 детей (10 мальчиков и 16 девочек) в возрасте от 5 до 14 лет, страдающих ревматизмом. Дети поступали в клинику в активной фазе процесса, причем с активностью 1 степени наблюдалось 5 детей, а со средней и максимальной – 21 ребенок. На активность процесса указывали такие клинические проявления как бледность кожных покровов, вялость, потливость, снижение аппетита, умеренная одышка, тахикардия. У всех детей наблюдались явления ревмокардита. Ряд лабораторных показателей также указывал на активность ревматического процесса: у большинства больных наблюдался лейкоцитоз нейтрофильного типа, ускоренная РОЭ. Были изменены и показатели ДФА-пробы, наблюдалась С-протеинемия. Имелись диспротеинемия,

гипоальбуминемия и некоторое увеличение -глобулинов при нормальном уровне общего белка крови. Изменения этих показателей зависели от клиники ревматического процесса. Необходимо указать, что красная кровь при этом страдала меньше-лишь у 2-х детей была умеренная анемия.

Исследование железа и трансферрина мы проводили методом Henry . По нашим данным оказалось, что у большинства детей (у 24-х) уровень железа был нормальным и даже слегка повышенным, колеблясь от 160 до 280 мкг% (при норме 80-180 мкг%). В то же время уровень трансферрина был несколько ниже нормы, колеблясь от 180 до 240 мкг% (при норме 252-410 мкг%). При этом процент насыщения трансферрином железа повышался до 60-70%, при норме 20-50%.

Увеличение процента насыщения железа трансферрином следует, очевидно, рассматривать как компенсаторную реакцию организма. Возможно, также, что эти лабораторные показатели отражают до некоторой степени активность ревматического процесса, поскольку у 6 детей с ревматизмом II-III степени активности процесса отмечалось отчетливое увеличение содержания железа в сыворотке крови и уменьшение трансферрина.

МЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ ОТРАВЛЕНИЯ У ДЕТЕЙ

А.В.Важнов, Т.С.Кадыкова,
И.К.Прокофьева
(Москва)

Проблема острых отравлений у детей является в настоящее время важной и актуальной. Применение в медицинской практике большого количества различных лекарственных веществ привело к увеличению случаев острых медикаментозных отравлений у детей.

Для обеспечения своевременной и полноценной терапии в 1964 году был открыт Детский городской Центр реанимации

и токсикологии на базе Детской клинической больницы им. Н.Ф.Филатова.

До открытия Центра от острых отравлений погибло 16 детей, что составило 5,1% (1958-1964 гг.). За период существования Центра реанимации и токсикологии прошло 470 больных детей с острыми отравлениями. Смертность за этот период составила 0,4%.

Как показал анализ разработанных нами 1000 историй болезни (с 1958 по 1968 гг.), характерными особенностями течения терминальных состояний у детей с отравлениями являются: особая чувствительность к яду, выраженность реакций со стороны центральной нервной системы, нарушения сердечно-сосудистой и дыхательной систем.

В связи с особенностями течения отравлений у детей необходимо проводить полный комплекс интенсивной терапии, куда входят: дезинтоксикационные мероприятия (форсированный диурез, перитонеальный диализ, обменное переливание крови, антидотная терапия) и комплекс реанимационных мероприятий. При нарушении внешнего дыхания показано налаживание адекватного искусственного дыхания. При остановке сердечной деятельности рекомендуется проведение непрямого массажа сердца.

Лечение острых отравлений у детей должно проводиться в специализированных центрах по лечению отравлений. Благоприятный исход и эффективность проводимой терапии во многом зависят от рано начатого и комплексно проводимого лечения.

ЛЕЧЕНИЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ НЕОБЕНЗИНОЛЕМ

О.Осташите, О.Стирбите
(Вильнюс)

По данным большинства авторов, бронхиальная астма в последние годы в детском возрасте увеличилась. В Вильнюсской гор. клинической больнице с 1959 г. по 1966 г. лечились 669 детей, больных разными формами бр. астмы. Значительно растет астматическая форма бронхопневмонии, что зависит от вирусных эпидемий и от аллергизации антибиотиками. Другие формы астмы остаются на том же уровне.

246 детям приступы бронх. астмы повторялись часто. При поступлении такого больного, мы снимали приступ, позже санировали инфекционные очаги. Если приступы продолжались и дальше, мы применяли необензинол. Необензинолем лечили 50 детей. Продолжительность заболевания - от 1 до 6-8 лет. Результаты обнадеживающие: в 70% астмические приотупы не повторялись, у остальных, в основном в тех случаях, которые протекали на фоне хронической пневмонии, приступы прекращались на 1-2 и больше годов. 37 детей, лечимых необензинолем, мы наблюдаем дальше. Большинство чувствуют себя хорошо, некоторые склонны к частым катарам, но приступов астмы не бывает.

В ы в о д ы:

1. Учащение астматической формы бронхопневмонии зависит от увеличения вирусных заболеваний и нерационального применения антибиотиков.

2. Необензинол показан при частых приступах бронхиальной астмы.

3. При отсутствии реакции от необензинола и долго затянувшейся астмы необензинол следует применять повторно

СОСТОЯНИЕ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ГРАНУЛЯЦИИ В НЕЙТРОФИЛАХ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА, БОЛЬНЫХ ПНЕВМОНИЕЙ

И.В.Богадельников, А.М.Ганжа,
В.А.Лелеко
(Симферополь)

Специфическая грануляция является одним из показателей функциональной активности нейтрофилов. В состав специфической грануляции входят щелочная фосфатаза, миелопероксидаза и фосфолипиды.

Мы поставили перед собой задачу выяснить уровень содержания пероксидазы и определить активность щелочной фосфатазы (Щ.Ф.) в нейтрофилах периферической крови детей раннего возраста, больных пневмонией.

Под наблюдением был 321 ребенок, находившийся на лечении в I детской больнице г. Симферополя.

Цитохимическое определение активности ЩФ проводилось по методу Гомори и Такаматсу с соответствующим контролем. Для выражения активности фермента вычислялся показатель фосфатазной активности нейтрофилов (ПФАН), предложенный Кеплоу (1955 г.). Выявление пероксидазы проводилось реакцией с бензидином. Вычислялся гистохимический показатель по Буртянскому (1961 г.).

В результате проведенных исследований нами установлена зависимость содержания пероксидазы и активности ЩФ от клинического течения и периода болезни.

Статистическая обработка полученных данных подтвердила достоверность различий.

СОДЕРЖАНИЕ ХЛОРИДОВ В КРОВИ У ДЕТЕЙ, БОЛЕВШИХ ПНЕВМОНИЕЙ И КАТАРАМИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ

Х.Лийвамяги, Х.Тамме
(Тарту)

Целью работы было выяснить, изменяется ли содержание хлоридов в крови у детей, болевших пневмонией и катарами дыхательных путей.

Сравнивалось содержание хлоридов в крови у больных с пневмонией с больными, которые не болели пневмонией, но которых лечили преднизолоном.

Исследованию подвергалось 68 больных в возрасте до трех лет, которые лечились в Тартуской городской клинической детской больнице.

Содержание хлоридов было определено у I6 больных до 5 дней лечения.

У 30 детей от 5 до I0 дней лечения,

у 30 детей после I0-го дня лечения.

I2 детей лечились преднизолоном I-3 недели, но основным диагнозом у них не была пневмония и катары дыхательных путей.

У всех исследуемых было течение болезни легкое или средней тяжести.

Содержание хлоридов в крови определили микрометодом по Schales (Шельса) с модификацией по Natelson (Нейтельсон).

Выводы из работы:

I) Содержание хлоридов в крови (в сыворотке) в первые дни лечения было ниже нормы по сравнению с 5-I0 днями лечения, но существенной разницы не было.

После десятого дня лечения содержание хлоридов в крови нормализовалось.

2) Между больными пневмонией и катарами дыхательных путей в содержании хлоридов в крови существенной разницы не выяснилось.

3) Курс лечения преднизолоном не имел существенного влияния на содержание хлоридов в крови у детей, которые не болели болезнями дыхательной системы.

ОБ ИЗМЕНЕНИЯХ ВНУТРИКОЖНОЙ ГИСТАМИННОЙ ПРОБЫ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ

Пээти Эльви
(Тарту)

Проведены исследования изменений внутрикожной гистаминной пробы у 56 больных туберкулезом легких (19 женщин и 37 мужчин в возрасте 17-78 лет). Контрольную группу составляли 20 здоровых лиц (11 женщин и 9 мужчин).

Больные были распределены на 2 группы: 1) больные со свежими инфильтративно-пневмоническими процессами; 2) хронические больные.

В первую группу вошли 36 больных (очаговый туберкулез легких - 16, инфильтративно-пневмонический туберкулез легких - 20). Продолжительность болезни - невелика, чаще всего менее 1 месяца.

Большую часть этих больных лечили противотуберкулезными препаратами в течение 1-2 недель, остальные - антибактериальных препаратов не получали.

Вторую группу составляли 20 больных фиброзно-кавернозным туберкулезом легких; продолжительность болезни у них была 4-18 лет. Всех их лечили повторно различными антибактериальными препаратами.

Внутрикожную гистаминную пробу проводили в разведении 1:10 000. Реакцию оценивали через 30 мин. после вве-

дения гистамина. Образовавшаяся папула наносилась на целлофан, где определяли ее величину в $мм^2$ планиметрическим способом.

Результаты показали, что для больных туберкулезом легких характерны значительно большие изменения в гистаминной пробе, по сравнению со здоровыми лицами ($P < 0,0005$). Данные гистаминной пробы существенно зависели от характера и продолжительности туберкулезного процесса.

Свежие инфильтративно-пневмонические формы характеризуются большими изменениями в гистаминной пробе, по сравнению с очаговыми процессами туберкулеза легких ($P < 0,025$). При фиброзно-кавернозном туберкулезе изменения гистаминной пробы значительно меньшие, чем при остальных формах заболевания.

ВЛИЯНИЕ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ И ВИТАМИНОВ ГРУППЫ В НА ОБЕСПЕЧЕННОСТЬ ОРГАНИЗМА РИБОФЛАВИНОМ И АСКОРБИНОВОЙ КИСЛОТОЙ И АКТИВНОСТЬ ЩЕЛОЧНОЙ ФОСФАТАЗЫ ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ

Л.Е.Кулевич, Г.В.Жуковская, Н.И.Копанько, И.И.Козловский и Т.Г.Шаланкевич
(Гродно)

Нами исследовано содержание рибофлавина и аскорбиновой кислоты в тканях морских свинок при заражении их туберкулезом, лечении стрептомицином, тубазидом и ПАСК и совместном применении этих препаратов с пантотеновой кислотой.

Полученные данные свидетельствуют об обеднении тканей рибофлавином у зараженных животных. Применение антибактериальных препаратов не приводит к полной нормализации содержания витамина B_2 в тканях, введение пантотеновой кислоты способствует повышению содержания в тканях

рибофлавина.

Количество аскорбиновой кислоты в тканях также значительно снижено. В то же время применение пантотеновой кислоты на фоне лечения приводит к выраженному повышению содержания витамина С.

У больных туберкулезом при применении пантотеновой кислоты в процессе лечения уменьшается выделение витамина С с мочой и содержание его в крови. Т.о.пантотеновая кислота способствует улучшению обеспеченности организма аскорбиновой кислотой, а также рибофлавином при туберкулезе.

Исследование активности щелочной фосфатазы сыворотки крови больных туберкулезом не выявило существенных изменений ее показателей у большинства больных. Лишь у лиц с тяжелыми формами туберкулеза при наличии выраженной иноксикации отмечалось угнетение активности фермента.

В тканях зараженных морских свинок отмечается явное угнетение активности фермента. Длительное применение противотуберкулезных препаратов ведет к повышению активности фосфатазы в тканях, однако, в печени сохраняется пониженный ее уровень. Никотиновая кислота, биотин и пантотеновая кислота способствуют некоторому повышению активности фермента в печени, но, с другой стороны, эти же витамины, применяемые совместно с противотуберкулезными препаратами, оказали угнетающее действие на фермент в легочной ткани и мышце сердца.

В то же время в сыворотке крови при этих же условиях существенных изменений в активности ферменте не выявлено. Т.о. антибактериальные препараты и фармакологические дозы витаминов, применяемые в клинике, вызывают иногда существенные сдвиги в витаминном балансе и активности некоторых ферментов при туберкулезе.

ВЛИЯНИЕ СОЧЕТАННОГО ПРИЕМА БИОТИНА, ПАНТОТЕНОВОЙ И ПАНГАМОВОЙ КИСЛОТ НА ОБЕСПЕЧЕННОСТЬ ТИАМИНОМ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ И АТЕРОСКЛЕРОЗОМ

В.Н.Кмец, В.А.Ровбуть
(Гродно)

Витаминотерапия атеросклероза и гипертонической болезни нашла широкое признание. При применении витаминов необходимо учитывать их влияние не только на белковый, липоидный обмены и на гемодинамику, но и влияние на обеспеченность другими витаминами, которое в значительной степени может изменить терапевтический эффект.

Ранее было показано, что при раздельном применении биотина (I мг в сутки внутрь) и витамина B_{I5} (I40 мг в сутки внутрь) повышалась утилизация тиамина в организме больных атеросклерозом и гипертонической болезнью. Пантотеновая кислота в дозе I00 мг в сутки внутрь не оказала влияния на обеспеченность тиамином у этих больных (М.А.Лис).

В настоящей работы изучалось влияние сочетанного приема биотина, пантотеновой и пангамовой кислот (в указанных выше дозах) на обеспеченность тиамином у 20 больных атеросклерозом и гипертонической болезнью.

Для суждения об обеспеченности тиамином изучалось выделение его с суточной мочой (методом Г.Д.Елисеевой) в течение 3-х суток и бралось среднее значение его, определялось содержание в крови общего, свободного тиамина, кокарбоксилазы (по Г.Д.Елисеевой). Эти же показатели исследовались и после 7-дневного приема витаминов.

У больных атеросклерозом и гипертонической болезнью после приема витаминов снизилось выделение тиамина с суточ-

ной мочой и содержание в крови общего, свободного тиамина и кокарбоксилазы.

Эти изменения аналогичны эффекту, полученному при раздельном приеме биотина. Витамин B_{I5}, в отличие от раздельного приема его, в сочетании с пантотеновой кислотой и биотином не вызвал повышения содержания в крови общего тиамина и кокарбоксилазы.

Полученные данные свидетельствуют о повышении утилизации тиамина в организме больных атеросклерозом и гипертонической болезнью при сочетанном приеме биотина, пантотеновой и пангамовой кислот. При этом, вероятно, наибольший эффект на обеспеченность тиамином оказывает биотин, эффект же от применения витамина B_{I5} нивелируется.

ХИРУРГИЯ

К ВОПРОСУ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА

В.Юркувенас, А.Гребелис, В.Буткус,
Е.Янушаускас

(Вильнюс)

Ревматические болезни считаются одной из самых распространенных болезней сердца. Она поражает клапаны сердца, а часто их так разрушает, что они не в силах выполнить свою функцию. Из-за ревматической болезни клапанов сердца молодые люди становятся нетрудоспособными, инвалидами, а часто им угрожает ранняя смерть. Терапевтическое лечение в трудных случаях не эффективно. Поэтому методы хирургического лечения этой болезни являются актуальными. При наличии большого повреждения клапанов (большая недостаточность, кальциноз клапанов), поврежденные клапаны удаляются, а вместо них вшиваются искусственные клапаны - протезы. Протезирование клапанов в клиниках делается с 1960 года, когда американец впервые вшил шариковый протез. С этого времени многие изучали и усовершенствовали самих клапанов и технику вшивания. Но и в настоящее время остается множество неясных вопросов которые надо изучать.

Начиная свои эксперименты, мы поставили перед собой следующие задачи:

1. Овладеть техникой вшивания митрального клапана.

2. Изучить лучшие и худшие стороны протезирования митрального клапана через левую и правую торокотомию.

3. Изучить методы фиксирования протеза.

Мы произвели 16 экспериментов, используя собак разной породы весом от 11 до 30 кг. Эксперименты производились под общим пентоталовым наркозом, в условиях искусственного кровообращения аппаратом ИСЛ-2-3.

13 собакам торакотомия делалась с левой стороны. Делался широкий разрез стенки левого предсердия, удаляли митральный клапан и на его место вшивали шариковый протез. 3 собакам протезирование клапана делали через правосторонний разрез. В этих случаях венные катетеры вводились в полые вены через правое предсердие. 1 собаке было сделано широкое открытие правого предсердия, прорезана перегородка между обоими предсердиями, после этого открывали левое предсердие.

Клапан фиксировали или отдельными двойными швами, или отдельными П-образными швами.

Экспериментальная работа не закончена и еще продолжается, но полученные данные позволяют делать некоторые выводы:

1. В эксперименте на собаках удобнее протезировать митральный клапан, когда разрез делается с правой стороны.

2. Делая разрез с правой стороны, имеем возможность канулировать обе полые вены через правое предсердие, а с левой - надо канулировать правый желудочек, а это дополнительная травма.

3. Если открывается левое предсердие справа или через межпредсердную перегородку, то митральный клапан находится на дне раны, что улучшает видимость и помогает лучше оперировать. Если открывается левое предсердие с левой стороны, то митральный клапан остается прикрытый передней стенкой предсердия, что очень затрудняет работу на этом клапане.

НЕКОТОРЫЕ МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ СОСУДОВ, КОЖИ И НАДКОСТНИЦЫ НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ ЧЕЛОВЕКА ПРИ ОБЛИТЕРИРУЮЩЕМ ЭНДАРТЕРИИТЕ

И.А.Бардина, Е.Р.Новиков, А.М.Радаев,
Л.А.Черемхина, С.В.Федотова
(Горький)

Неполное освещение морфологических изменений, происходящих в стенке сосудов различного калибра, в надкостнице и коже при облитерирующем эндартериите, послужило поводом к изучению этой темы и определило задачу исследования.

Объектом гистологического и гистохимического исследования был материал 10 конечностей, ампутированных по поводу гангрены на почве облитерирующего эндартериита. Для сравнения исследовали 4 здоровых конечности человека. Из гистологических методов использовались окраски гематоксилин-эозином, орсеином по Унна-Тенцер, по Ван-Гизон, по Карупу. Из гистохимических - применялись окраски толуидиновым синим, ШИК-реакция, окраска ДНК по Фёлгену и РНК по Браше. Методами идентификации служили: обратимое блокирование реакционных групп (метилирование, деметилирование), контроль амилазой слюны, обработка физиологическим раствором.

В магистральных артериях пораженных конечностей выявлено: утолщение среднего слоя и участки обызвествления стенки артерии, отечность и гиалиноз волокон, "разрыхление" эластических мембран. Гистохимически выявлена более интенсивная и неравномерная Ш-К-реакция и менее выраженная метахромазия толуидинового синего. Деструктивные изменения вен менее выражены.

В мелких сосудах наблюдается увеличение количества аргентофильных волокон. Окраска межуточного вещества над-

костницы толуидиновым синим при pH-4,6 выявила яркую -метахромазию. ШИК-реакция резко позитивна.

Отмечается увеличение росткового слоя эпидермиса. Волокнистые элементы дермы утолщены. Стенки артерий кожи утолщены, местами склерозированы. В сосочковом слое усилено развитие капилляров. Наблюдается снижение метахромазии толуидинового синего в сосочковом слое кожи. Тучные клетки содержат большое количество гранул.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ МЕТОДОМ РЕОГРАФИИ ИНДЕКСА КРОВОТОКА НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ В НОРМЕ И ПРИ НАРУШЕНИИ ВЕНОЗНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ

С.Л.Киприянец
(Витебск)

Реографический метод исследования находит в настоящее время широкое применение в хирургической клинике для диагностики сосудистых заболеваний нижних конечностей (А.А.Карелин, 1957, Нгуен Зуй-Зунг, 1963, Н.И.Краковский, В.Я.Золотаревский, 1964, Franco, Tedoldi, Battaglia, 1965).

В литературе встречаются указания на возможность применения индекса кровотока для диагностики сосудистых заболеваний различных областей тела (Franco, Tedoldi, Battaglia), однако сведений об использовании этого показателя для определения степени сосудистых расстройств нижних конечностей мы не обнаружили.

Целью данной работы являлось:

1. Определение средних величин индекса кровотока нижних конечностей у здоровых лиц.

2. Выяснение характера его изменений при функциональном нарушении венозной гемодинамики.

3. Установление величин индекса кровотока при варикозном расширении подкожных вен нижних конечностей и его

изменения через год после венэктомии.

Для решения первой задачи проводилась запись реограмм у здоровых студентов в возрасте от 19 до 24 лет. Степень изменений индекса кровотока при физической нагрузке определялась после десятикратных приседаний, а нарушение венозного оттока осуществлялось путем наложения манжетки на среднюю треть голени, с повышением давления в ней до 60-80 мм. рт. ст. Индекс кровотока при заболеваниях вен нижних конечностей вычислялся по результатам реографических исследований 15 больных, страдающих варикозным расширением подкожных вен и 15 больных через год после венэктомии.

Запись реограмм осуществлялась с помощью реографической приставки РГ-1-01, подключенной к двуканальному фоноэлектрокардиографу ФЭКП-2 или физиографу 068.

Индекс кровотока вычислялся по формуле, предложенной Franco, Tedoldi, Battaglia, 1965.

Проведенные исследования показали, что индекс кровотока, вычисляемый с помощью метода реографии, является весьма показательным тестом, который указывает на характерные изменения кровотока и его можно рекомендовать в качестве одного из диагностических признаков для определения степени сосудистых расстройств нижних конечностей.

СОСТОЯНИЕ КРОВЕНОСНЫХ СОСУДОВ КОНЕЧНОСТИ В ОТДАЛЕННЫЕ СРОКИ ПОСЛЕ СТИМУЛЯЦИИ КОЛЛАТЕРАЛЬНОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИМИ ДОЗАМИ УЛЬТРАЗВУКА

Г.Христолюбова
(Витебск)

За последние годы вырос интерес к проблеме коллатерального кровообращения в связи с большим значением этого вопроса в медицине. Большой вклад в учение о коллатеральном кровообращении внесли В.Н.Тонков и его школа. Однако

до настоящего времени в этой области существует еще много неясных вопросов. Среди них - вопрос об улучшении окольного кровотока под действием различных факторов. Так, одни исследователи предлагают для этого хирургические вмешательства на нервной системе (А.И.Арутюнов, Р.А.Бардина, Е.И.Гончаренко, Н.Б.Доброва, Н.А.Хлопов и др.), другие-терапевтические и физиотерапевтические средства (О.Р.Радзиевский, В.А.Григорьева, Л.В.Щукина, Н.В.Пенек). Р.А.Бардина отмечает благоприятное действие терапевтических доз ультразвука на развитие коллатерального кровообращения.

В своей работе мы поставили цель изучить в эксперименте на животных влияние терапевтических доз ультразвука на образование коллатералей при травме и перевязке бедренной артерии.

Исследование коллатерального кровообращения в ближайшие сроки (до 2-х месяцев) показало, что развитие окольных артериальных путей на озвученной конечности происходит быстрее, чем на неозвученной, параллельно с этим наблюдается и увеличение кровенаполнения сосудов конечности. Терапевтические дозы ультразвука при острой травме бедренной артерии снимали спазм сосудов на оперированной конечности и способствовали раскрытию и перестройке коллатералей.

Нами было проведено гистологическое и гистохимическое исследование сосудов оперированной конечности в отдаленные сроки (8 месяцев, I год) после стимуляции окольного кровообращения ультразвуком. Гистологически отмечается незначительная перестройка эластического и соединительнотканного слоев стенок сосудов. Гистохимически выявлено накопление кислых мукополисахаридов типа гиалуроновой кислоты, хондроитин-сульфатов А В С и гепарина.

ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ КЛЕЯ В СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ХИРУРГИИ

Г.А.Вихрев
(Москва)

В экспериментальной и клинической хирургии на протяжении последних десяти лет ведутся широкие исследования по использованию синтетического циано-акрилатного клея в качестве соединяющего материала.

В современной кардиохирургии, при трансплантации органов и тканей проблема герметичности различных видов швов является еще нерешенной.

Задачей настоящего исследования явилась разработка герметичного соединения хирургических ран с помощью отечественного циано-акрилатного клея МК-2.

В 90 острых и хронических экспериментах на 40 собаках совместно с клиническим ординатором В.А.Черновым были проверены клеевой, шовно-клеевой и скрепочно-клеевой способы соединения линейных ран предсердий, верхней и нижней полых вен и легочной артерии.

Во всех операциях была достигнута полная герметичность соединений. В послеоперационном периоде кровотечений и нагноений в области клеевого соединения не было.

Животные были забиты в сроки от I2 часов до I года, часть животных находится под наблюдением по настоящее время.

Наши данные патоморфологического исследования совпадают с имеющимися в литературе сообщениями о характере взаимодействия клея и тканей.

Анализ проведенных экспериментов показал, что наиболее технически простым и надежным методом соединения линейных ран является скрепочно-клеевой метод, который дает наибольшую герметичность соединения.

Результаты экспериментальных исследований позволили использовать эту методику в клинике.

В Научно-исследовательском институте клинической и экспериментальной хирургии МЗ СССР член-корреспондентом АМН СССР профессором Г.М.Соловьевым и В.А.Черновым успешно применен скрепочно-клеевой метод для закрытия линейных ран предсердий в 25 операциях по поводу врожденных и приобретенных пороков сердца. Никаких осложнений связанных с применением данного метода не было.

Экспериментальные и клинические исследования показали, что скрепочно-клеевой метод является быстрым и надежным способом соединения тканей и позволяет рекомендовать его к широкому применению в кардиохирургии.

О МЕТОДИКЕ ИССЛЕДОВАНИЯ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ В КЛИНИКЕ

М.Н.Иванников
(Москва)

Современные представления о гемодинамике требуют выделить 2 понятия: макроциркуляция - кровообращение в крупных сосудах, и микроциркуляция - кровообращение в мелких сосудах диаметром 2-250 мк. Основой для такого разделения служит различие в функции: в макроциркуляции происходит распределение крови, в микроциркуляции - обмен веществ. Специфичность функции обусловливает автономию регуляции микроциркуляции, которая производится за счет местных тканевых метаболитов.

Принятые в клинической практике показатели для оценки гемодинамики: артериальное давление, пульс, периферическое и, реже, центральное венозное давление и др. отражают состояние макроциркуляции, но ни в коей мере не дают представление о состоянии микроциркуляции, обеспечивающей питание тканей, на что направлены все лечебные мероприятия.

Таким образом, в клинике нет прямых показателей состояния микроциркуляции.

Нарушение микроциркуляции имеет место при многих патологических состояниях. В частности, в хирургической клинике при кровопотере организм поддерживает нормальное артериальное давление за счет спазма мелких сосудов, тем самым ухудшая микроциркуляцию. С нарушением микроциркуляции также связываются такие патологические состояния, как феномен секвестрации крови, синдром гомологичной крови и др.

Важным показателем нарушения микроциркуляции является феномен внутрисосудистой агрегации, при котором происходит склеивание клеток крови в мелких сосудах.

Предлагаемый метод позволит визуально констатировать и документировать фотоснимками наличие агрегации и идентифицировать ее по степени тяжести.

Бульбарная конъюнктива представляется технически наиболее удобным объектом исследования. Кроме того, многими авторами отмечается параллелизм между нарушениями микроциркуляции в бульбарной конъюнктиве и различных органах.

Для микрофотографирования применялся специальный микроскоп с фотонасадкой, закрепленный на жестком переносном основании. Освещение обеспечивалось постоянной косой подсветкой для визуального наблюдения и электронно-импульсной вспышкой для фотографирования. Использовались объективы со свободным расстоянием не менее 30 мм и с увеличением 4,5х и 8х и окуляры с увеличением I0х, I5х, 20х. Наилучшие результаты получились при увеличениях 70х-I20х.

Методика требует практического навыка вследствие ряда трудностей: плохой фиксации объекта наблюдения в результате сердцебиения, дыхания, мигания и т.д.; сложности наводки на объект у тяжелых больных, нечеткости контуров клеток крови из-за их малой контрастности.

Нами исследовалось 80 больных, оперируемых на сердце, сосудах, легких, желудке; из них 30 до и после операции. У многих больных агрегация отмечалась до операции. В послеоперационном периоде наблюдалось появление и усиление агрегации.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ И ГИСТОХИМИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В МЫШЦАХ РЕПЛАНТИРОВАННОЙ КОНЕЧНОСТИ

Г.Пашкявичюте, Р.Валентинас
(Вильнюс)

Успехи в области сосудистой хирургии в настоящее время создают возможность реплантировать и трансплантировать некоторые органы человека. Сообщения в литературе о реплантации ампутированных во время травмы конечностей показывают, что успешность проведения таких операций зависит от многих условий, среди которых очень важное значение имеет микроциркуляторные изменения в ампутированной конечности.

Цель настоящей работы – оценить нарушения кровообращения на уровне капилляров, происходящие после ампутации конечности, определить роль продолжительности ишемии для упомянутых нарушений, проследить процесс приживления конечности в зависимости от найденных морфологических и гистохимических изменений в мышцах ампутированной конечности.

Эксперименты производились на 50 кошках, у которых была ампутирована задняя конечность. Конечность реплантировалась через разные промежутки времени. Для восстановления кровотока в конечности применялись сосудосшивающие аппараты. Мышцы конечности исследовались до ее ампутации, сразу после ампутации и после реплантации конечности. Применялись следующие морфологические исследования: гема-

токсилин-эозин, пикрофуксин-эластика. Гистохимическими методами были исследованы гликоген, жир, нуклеиновые кислоты, реакция мукополисахаридов и т.д.

Результаты упомянутых исследований сравнивались с данными, полученными при исследовании ишемизированных простым пережатием магистральной артерии и вены конечностей.

Полученные во время экспериментов данные позволяют судить о значении ишемизации (пережатия сосудов и ампутации) для восстановительных процессов в тканях ампутированной конечности.

ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ЛЕГКИХ ПОСЛЕ ПЕРЕВЯЗКИ БРОНХИАЛЬНЫХ СОСУДОВ

Б.С.Мысловатый
(Архангельск)

Развитие грудной хирургии требует ответа на такой важный вопрос, как взаимозаменяемость бронхиальных и легочных артерий в кровоснабжении легких. Этот вопрос вырос в проблему, указывает Б.В.Петровский, при выполнении операций трансплантации легкого. Однако, в литературе до настоящего момента имеются противоречивые сведения о значении aa.bronchiales . В отечественной печати отсутствуют работы, посвященные изучению патологических изменений в легочной ткани после лигирования бронхиальных артерий.

Признавая целесообразность изучения выдвинутого жизнью вопроса мы у I5 собак провели перевязку a. bronchialis с последующим исследованием паренхимы легких в сроки от 24 часов до II2 суток. При анализе микроскопических препаратов первоначально обнаруживались мелкие ателектазы, вызванные отеком мелких бронхов и бронхиол. Здесь отмечались также явления набухания межуточной ткани и воспалительная

реакция. Сеть эластических волокон становилась беспорядочной и к 30 дню они представлялись обрывками, хаотично лежащими в альвеолярных перегородках. Через 70-112 дней выявлялся очаговый перивазальный и перибронхиальный склероз. Наблюдались отдельные участки эмфиземы. Легкие со стороны нелигированных бронхиальных сосудов оказывались свободными от указанных выше изменений.

Таким образом несостоятельность бронхиальных артерий вызывает ишемическое состояние легких, которое приводит к склерозированию участков физиологических ателектазов и к дегенерации эластических волокон с возникновением очагов эмфиземы.

СОДЕРЖАНИЕ СВОБОДНЫХ АМИНОКИСЛОТ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ БОЛЬНЫХ ОБЛИТЕРИРУЮЩИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Л.В.Попадинец
(Ужгород)

Детальное изучение метаболических процессов имеет большое значение для раскрытия патогенеза облитерирующих заболеваний артерий нижних конечностей. Обмен аминокислот является одним из основных звеньев тканевого метаболизма и изучению его уделяется все большее внимание. В доступной нам литературе мы не встретили сообщений об изучении регионарного содержания свободных аминокислот в сыворотке крови больных облитерирующими заболеваниями нижних конечностей.

Методом нисходящей хроматографии на бумаге проведено определение содержания свободных аминокислот в сыворотке крови у 25 больных облитерирующими заболеваниями нижних конечностей. Все больные разделены на две группы: I) больные с компенсированным регионарным кровоснабжением (10 боль-

ных) и 2) больные с декомпенсированным регионарным кровоснабжением (I5 больных).

Обработкой полученных данных методом вариационной статистики не выявлено достоверной разницы в содержании свободных аминокислот у больных первой и второй группы. Поэтому в таблице приведены данные о содержании свободных аминокислот в сыворотке крови у всех обследованных больных.

Отмечая большие колебания показателей у больных с различными формами и стадиями заболевания, мы не могли выявить у них статистически достоверной разницы между содержанием свободных аминокислот в бедренной вене, локтевой вене и бедренной артерии.

Таблица I

Содержание свободных аминокислот в крови больных облитерирующими заболеваниями

(n =25)

Аминокислота	Локтевая вена M ± m	Бедренная вена M ± m	Бедренная артерия M ± m
Цистин + цистеин	I,04±0,26	I,I0±0,32	0,82±0,07
Орнитин	0,86±0,I5	I,89±0,22	0,94±0,I5
Лизин	2,09±0,5	2,29±0,55	I,98±0,47
Гистидин	0,97±0,4	0,87±0,I2	0,87±0,I2
Аргинин	I,05±0,2	I,I3±0,I4	0,93±0,I6
Серин + аспараг.	2,28±0,37	2,3I±0,25	I,85±0,25
Глицин	I,25±0,24	I,02±0,I3	0,95±0,I4
Треонин+глютам.к-та	2,I3±0,35	2,22±0,42	2,I6±0,45
Аланин	I,65±0,35	I,33±0,28	I,32±0,I8
Пролин	I,28±0,I7	0,98±0,I0	0,83±0,II
Тирозин	I,06±0,08	I,02±0,I8	I,07±0,I4
Триптофан	I,58±0,I3	I,83±0,3	I,63±0,2I
Валин + метионин	I,46±0,25	I,I5±0,I7	I,I9±0,20
Фенилаланин	I,45±0,I8	I,29±0,84	I,25±0,I6
Лейцин + изолейцин	I,53±0,25	I,39±0,I3	I,48±0,20

ОСОБЕННОСТИ АППЕНДИКУЛЯРНОГО ПЕРИТОНИТА У ДЕТЕЙ

Б.А.Гасанов
(Баку)

Наиболее ранним признаком изменения общего состояния при перитоните является токсический шок, который наблюдался у 95 из 103 детей, находившихся в клинике с 1963 по 1967 г.

Другой особенностью течения перитонита является нарушение кислотно-щелочного равновесия (КЩР). Преобладают сдвиги в сторону ацидоза. Из 37 детей, у которых было исследовано КЩР, у 26 обнаружен ацидоз, у 21 ребенка - метаболический, у 5 - респираторный, причем у 14 детей - в декомпенсированной форме.

Склонность к ацидотическим сдвигам объясняется усиленным обменом веществ у детей и чувствительностью почечной функции к повышенным нагрузкам.

Другим нарушением гомеостазиса при перитоните у детей является водно-солевой дисбаланс. У 23 детей из 27 натрий был снижен в пределах 135-122 мэкэ/л, калий - у 9 в пределах 4-3,2 мэкэ/л, хлор - у 21 ребенка в пределах - 95-82 мэкэ/л. Эти сдвиги ионного состава, а также нормальное содержание электролитов отмечено на фоне значительно выраженной дегидратации (гематокрит - от 46 до 51 об%).

Таким образом, при перитонитах у детей развивается гипо- или нормосалемическая дегидратация. В связи с вышесказанным предоперационное и послеоперационное лечение должно быть направлено на устранение токсикоза, коррекцию кислотно-щелочного равновесия и регидратацию.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ И ДИАГНОСТИКИ ПЕРИТОНИТА У ДЕТЕЙ

Э.А.Гасанов
(Баку)

Изучено 28 больных, лечившихся в клинике по поводу перитонита. У 24 детей перитонит обусловлен деструктивным аппендиуитом, у 2 детей он развился в результате перфорации стенки кишки (при травме, болезни Гиршпрунга, капилляротоксикозе, перфорации язв у новорожденных), у I ребенка картина перитонита возникла в результате инфицирования асцитической жидкости и у I новорожденного - вследствие перехода воспалительного процесса с брюшной стенки.

Поздняя диагностика заболевания у I5 детей была обусловлена поздним обращением, у 9 детей - неквалифицированным медицинским осмотром и у 4 - недооценкой клинических данных. Выраженность симптомов перитонита зависела от возраста ребенка, причины и давности заболевания, проводимого на предыдущих этапах лечения. Характерно беспокойство ребенка, сменяющееся вялостью, адинамией, прогрессирующее ухудшение состояния, боли в животе, повышение температуры, рвота, часто понос. Напряжение и вздутие живота, разлитая болезненность возникла тем раньше, чем моложе ребенок и больше источник инфицирования. У ослабленных детей перитонеальные симптомы часто маскируются явлениями частичной кишечной непроходимости.

ГИСТОСТРУКТУРНАЯ И ГИСТОХИМИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЖЕЛЕЗИСТОГО АППАРАТА ЖЕЛУДКА СОБАКИ ПРИ НАРУШЕНИЯХ СОСУДИСТОЙ И НЕРВНОЙ ТРОФИКИ

П.Королев, В.Радилович и Н.Ролик
(Гродно)

В исследовании поставлена задача изучить изменения в слизистой желудка при выключении зональных сосудов или соответствующих им нервных сплетений, что представляет несомненный интерес для гастральной хирургии.

Выключение селезеночных артерий и вены или пересечение нервных пучков экстравазальной части одноименного сплетения проведены на 10 взрослых собаках. Участки слизистой желудка с интактной и нарушенной трофикой окрашивались гематоксилин-эозином, по Доминичи-Кедровскому; гликоген выявлялся по методу Шабадаша, кислые и нейтральные мукополисахариды - по Стидмену и Хочкиссу.

В ранние сроки опытов (3-7 дней) при выключении сосудов клетки эпителия валиков слизистой желудка подвергаются дистрофическим изменениям, что обусловлено нарушением гемодинамики в субэпителиальной капиллярной сети. Кислые и нейтральные мукополисахариды выявлялись в апикальных отделах клеток покровного эпителия желудочных ямок и шеек желез, но менее четко, чем в норме. Гликоген, как протоплазменный компонент, в эти сроки наблюдать не удавалось. При выключении нервных стволиков гистоструктурные и гистохимические изменения в слизистой желудка были выражены в меньшей степени.

В сроки опытов свыше двух недель желудочные железы в условиях дифферентации подвергались дедифференцировке и дискомплексации в большей мере, чем при нарушениях крово-

снабжения. ШИК-положительные структуры в клетках покровного эпителия выявлялись при деафферентации также слабее, чем при нарушениях гемодинамики.

НЕКОТОРЫЕ ДАННЫЕ О МОРФОЛОГИИ ТОНКОЙ КИШКИ ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ РАЗЛИЧНЫХ ЕЕ ОТДЕЛОВ

В.Нестерович и Н.Г.Луд
(Витебск)

I. Изучение компенсаторных возможностей организма после резекции тонкой кишки представляет практический и теоретический интерес (Г.Л.Александрович, I958; И.Ю.Юцин, I959 и др.).

2. I8 собакам производилась резекция тонкой кишки I/2, I/3, 2/3 и 4/5 от слепой и 2/3 и 4/5 тонкой кишки отступя от дуоденально-тощей связки.

Во время операции брались на исследование кусочки тонкой кишки в начале и в конце резецированного участка. Через 6 - 9 - I2 месяцев после операции исследовались участки тонкой кишки на I0 см ниже I2-перстной кишки и на I5 см выше слепой кишки.

3. Парафиновые срезы тонкой кишки окрашивались гематоксилин-эозином, по Ван-Гизон, по Хэлу, толуидиновым синим, по Хочкиссу.

4. Подслизистый слой тонкой кишки на поздних сроках после операции утолщен, склерозирован, заметно более Шифф-положителен по сравнению с нормой. Слизистая оболочка атрофична, ворсины плохо выражены, уменьшено число бокаловидных клеток.

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ЖЕЛУДКА

И.Д.Карев
(Горький)

Функциональное состояние коры надпочечников у больных раком желудка и изменение ее функции после радикальных операций, при этом заболевании, еще недостаточно изучено. Целью нашей работы было:

I. Определить функцию коры надпочечников у больных раком желудка до операции, путем исследования у них в моче I7-КС, по эозинопенической пробе Торнаи по содержанию в крови калия и натрия. II. Установить изменение функции коры надпочечников в зависимости от стадии заболевания. III. Определить функцию коры надпочечников после радикальных операций по поводу рака желудка. Больных мы распределили на 2 группы: I-больные, которым произведены радикальные операции. II-неоперабильные больные. Каждая из проб проводилась один раз 2-4 дня до операции и I-3 раза после операции в I-7 сутки после нее. Всего обследовано 45 больных. Изучение исходных величин стероидных метаболитов у I-ой группы больных показало, что только у половины больных функцию коры надпочечников можно признать удовлетворительной. Мы получили низкую среднесуточную экскрецию I7-КС в первые сутки после операции у 2-х больных. На 2-е сутки функция коры надпочечников у всех больных повысилась в среднем на 23-45%. На 3-и сутки экскреция I7-КС приближалась к исходным величинам. В предоперационном периоде у этой группы больных выявлены расстройства электролитного обмена, которые выражались в понижении калия и натрия в сыворотке крови. После операции к 7-I0 дню показатели уровня этих ионов приближались к исходным величинам. У II-ой группы больных нами выявлено угнетение функции коры

надпочечников. После пробной лапаротомии не отмечалось определенных сдвигов в функциональном состоянии коры надпочечников. Уровень калия и натрия в крови у больных неоперабильным раком желудка подвержен меньшим колебаниям, хотя общие закономерности подобны сдвигам при операбильном раке желудка. В послеоперационном периоде наблюдалось более медленное нарастание содержания калия и натрия в сыворотке крови, чем у операбильных больных.

СОХРАНЕНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ СПОСОБНОСТИ ИЗОЛИРОВАННОЙ ПЕЧЕНИ ПРИ ПОМОЩИ ГИПОТЕРМИЧЕСКОЙ ПЕРФУЗИИ

Р.Я.Лацис
(Рига)

Сложная проблема лечения печеночной комы привлекает к себе в последние годы внимание значительного числа исследователей. Среди множества методов лечения, перспективным является временное подключение к пораженному организму гомо- или гетеропечени в условиях ее экстракорпоральной перфузии. Решение указанной проблемы зависит прежде всего от сохранения жизнеспособности и функциональной активности изолированного донорского органа.

Нами проведено 20 опытов по изоляции печени из организма собак с последующей ее экстракорпоральной перфузией с помощью аппарата искусственного кровообращения.

Наблюдения показали, что уже во время выделения органов, в связи с гемодинамическими нарушениями и раздражением нейрорецепторного аппарата, значительно страдает трофика печени, что выражается в увеличении ее объема и изменении внешнего вида. Период аноксии с момента удаления печени до начала перфузии в среднем длится 8,2 минуты и не влияет на ее функциональную способность. Однако

при гетероперфузиях необходимо полное отмывание донорского органа от форменных элементов крови, что значительно удлиняет время гипоксии. Последняя пагубно влияет на печень и во время перфузии развивается "блок оттока" со снижением потребления кислорода и некоторых функциональных показателей.

Для снижения вредного влияния гипоксии мы использовали гипотермию. Сразу после канюлирования сосудов печени начали перфузию холодовой смесью. Кроме охлаждения это давало возможность отмыть печень от собственной крови. Холодовая перфузия 7-10-ю литрами жидкости позволяла снизить температуру органа до 4-5^0 и удлинить период безопасной гипоксии до 45-60 минут.

В то же время, несмотря на охлаждение, при перфузии печени, искусственный кровоток, потребление кислорода и функциональная способность в значительной степени оказывалось нарушенным и не достигало показателей, полученных при перфузиях после кратковременной гипоксии. Поэтому необходимо дальнейшее усовершенствование методики гипотермической перфузии изолированных органов.

В настоящее время одним из моментов, улучшающих перфузию мы считаем правильное выделение и удаление печени у животного-донора с соблюдением целого комплекса анестезиологических мероприятий. Охлаждение органа должно производиться быстро, и сразу после начала перфузии должны приниматься меры для быстрого согревания печени до 37-38^0. Максимальное сокращение срока гипоксии является главным путем к сохранению функциональной способности изолированной печени в условиях ее экстракорпоральной перфузии.

ГИСТОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА ЗАЖИВЛЕНИЯ РАН ПЕЧЕНИ СОБАКИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СПОСОБА РЕЗЕКЦИИ

К.Л.Лепайте, Д.Гавените, Б.Ягайте,
Р.Тоторайтите
(Вильнюс)

Гистологически изучались препараты 30 собак, которым производилась резекция печени следующими способами: краевая, начальная, концевая, клиновидная, сегментарная.

Помимо изготовления обычных гистологических срезов, мы прибегали к изготовлению и исследованию материала на гистотопограммах по Н.В.Рудановскому-Кристеллеру. Препараты окрашивались гематоксилин-эозином, по способу Ван-Гизона. Сроки наблюдения от 2 до 550 дней.

Гистологический анализ подтвердил, что наиболее рациональными способами резекции печени следует считать сегментарную и клиновидную резекции, учитывая характер внутриорганного строения сосудов и желчных путей печени.

Начиная уже с 8-10 дня при сегментарной и клиновидной резекции создаются все предпосылки для заживления раны, ибо линия демаркации четкая, в пограничной зоне отмечается нерезко выраженное переполнение капилляров. В то время при начальной - краевой резекции отмечается широкая зона некроза, клеточные реакции диссперсированные, демаркационная линия зубчатая, и эти признаки можно обнаружить вплоть до 120-150 дней.

ВЛИЯНИЕ НЕКОТОРЫХ ВИДОВ ХОЛЕДОХОЕЮНО-АНАСТОМОЗОВ НА СОСТОЯНИЕ МИКРОФЛОРЫ ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ И ИЗМЕНЕНИЯ ПЕЧЕНИ

И.И.Радюкевич
(Гродно)

С целью выявления преимуществ холедохоеюноанастомоза с использованием изолированной (I серия) или неизолированной (II серия) петли тощей кишки проведены опыты на 20 собаках, причем в опытах I серии было I2 собак, а в опытах II серии - 8.

Методика оперативных вмешательств заключалась в следующем: после лапаротомии в опытах I серии, отступя от связки Трейца 20 см. тощая кишка пересекалась и оба конца ее ушивались наглухо. Затем, отступя от конца отводящей петли I5 см. анастомозировался в бок ее конец приводящей петли. После этого накладывался анастомоз бок в бок между холедохом и отводящим концом тощей кишки.

В опытах II серии также, отступя от связки Трейца 20 см. бралась петля тощей кишки и с ней анастомозировался бок в бок холедох. При этом ниже холедохоеюноанастомоза I0 см. между приводящим и отводящим концами тощей кишки накладывался энтеро-энтероанастомоз.

При формировании холедохоеюноанастомоза был использован однорядный узловой шелковый шов. Ширина холедохоеюноанастамоза была от I,2 до I,5 см. Сроки наблюдения после операции составляли от 5 до 336 дней.

По ходу операции и после нее через установленные сроки бралась желчь из холедоха на посев и печень для гистологического исследования. В зависимости от вида холедохоеюноанастомоза и срока прошедшего после его наложения, были изучены: I. Возможность инфицирования желчи. 2. Гистологи-

ческие изменения в печени.

На основании проведенного исследования можно сделать следующие выводы:

I. Инфицирование желчных путей чаще наблюдается при холедохоеюноанастомозе с использованием неизолированной петли тощей кишки.

2. Микроскопические изменения в печени в большей степени выражены в опытах, где имело место инфицирование желчных путей, то есть при использовании для холедохоеюноанастомоза неизолированной петли тощей кишки.

3. Экспериментальные данные позволяют рекомендовать, при определенных показаниях, шире применять холедохоеюноанастомоз с использованием изолированной петли тощей кишки.

ПЛАСТИКА ОБЩЕГО ЖЕЛЧНОГО ПРОТОКА ПОЛУБИОЛОГИЧЕСКИМИ ПРОТЕЗАМИ

Е.А.Евдокимов, Н.А.Гущин
(Москва)

Реконструктивные операции на желчных путях являются важным и не до конца решенным разделом хирургии.

Для восстановления общего желчного протока были предложены различные варианты гомо- и аллопластики. Широкому применению аллопластики в хирургической практике препятствует отсутствие такого материала, который обладал бы биологической инертностью и не инкрустировался бы солями желчных кислот. Важнейшим недостатком искусственных протезов является также незначительная биологическая порозность, мешающая врастанию собственной соединительной ткани и вживлению протеза.

В настоящей работе мы применили для пластики общего желчного протока полубиологические коллаген-капроновые протезы обладающие большой биологической порозностью при отсутствии хирургической порозности (Weselovski S. 1963;

Chvopel M.Krajicek M. 1963; Хилькин, 1965).

Эксперимент был поставлен на 15 собаках, со сроком наблюдения до 7 мес. Проводилось определение билирубина крови, внутривенная холангиография, гистологическое и гистохимическое исследование.

Конструкция полубиологических протезов оказалась вполне удовлетворительной: не наблюдалось послеоперационных желчных перитонитов, связанных с желчеистечением через стенку протеза, отсутствовала инкрустация солями и закупорка протеза. Однако отдаленные результаты были неудовлетворительными, что связано с прорезыванием шовного материала через стенку протока.

К ВОПРОСУ О ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПЕЧЕНИ

Н.В.Возняк, Т.К.Сидорович
и Н.Д.Вакульчик
(Гродно)

Ушивание ран печени во многих случаях представляет собой большие трудности. Сложность оперативного вмешательства обуславливается хрупкостью ткани печени, возможностью прорезывания швов, истечения крови и желчи из раны в брюшную полость, а также тяжестью состояния больных при травме печени.

Предложено много различных способов шва печени начиная от угловых швов, прошивного шва Кузнецова-Пепского, гепатопепсии (Хиари, 1921 г.) до ушивания раны печени с диафрагмой через брюшную полость (Ланчилло) и трансторакально (Фрей). Для герметизации шва применяется свободный сальник (Н.Н.Болярский) и сальник "на ножке", лоскут диафрагмы (Б.В.Петровский), мышечная ткань (А.А.Опокин), (В.Н.Шамов) и синтетические материалы.

Нами произведено сравнение различных видов шва печени в эксперименте на щенках.

Методика эксперимента. Под морфинно-эфирным наркозом производилась лапоротомия косым разрезом параллельно реберной дуге справа. Из одной доли печени иссекался кусок размером 4+I см и глубины I,5-2 см. После этого рана печени ушивалась различными способами кетгутом: с тампонадой свободным сальником, сальником "на ножке" и предложенной Б.И.Мацкевичем модификацией шва - диафрагмогепатопексией.

Техника наложения этого шва заключается в том, что иглой вначале прошивается брюшина и частично мышечный слой диафрагмы в стороне от проекции раны, затем прошивается рана печени во всю глубину и заканчивается шов прошиванием диафрагмы с другой стороны раны. Швы узловатые кетгутом накладываются с дорзального отдела раны вперед. Каждый предыдущий шов завязывается после наложения последующего. Концы кетгутовой нити укладываются в рану и используются как гемостатический материал. Наложение шва возможно при повреждении диафрагмальной поверхности печени.

Для контроля за кровотечением и истечением желчи в брюшную полость вводилась хлорвиниловая трубка, конец которой подводился к области повреждения печени. Рана брюшной полости после введения антибиотиков зашивалась наглухо.

После операции через I час в течение 6-8 часов отсасывалась жидкость из брюшной полости, подсчитывалось количество эритроцитов в I $мм^3$ жидкости и производилась проба Резина на желчные пигменты. Счет эритроцитов и проба Резина делались ежедневно до удаления трубки из брюшной полости.

Предварительные результаты наших экспериментов показывают, что диафрагмогепатопексия создает достаточную герметичность раны, гемостаз и препятствует истечению желчи в брюшную полость. Она может быть использована хирургом в тех случаях, когда по каким-то причинам сальник для герметизации раны применить невозможно. Окончательные данные опытов будут изложены в докладе.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Л.Л.Бекере
(Рига)

Острая почечная недостаточность - полиэтиологическое заболевание, сопровождающиеся нарушением всех функций почек: активной их роли в сохранении гидро-электролитного равновесия, кислотно-щелочного равновесия, выведения из организма продуктов метаболизма. В результате этого происходит скопление в организме большого количества продуктов азотистого обмена, глубокие изменения внутреннего гомеостаза, обусловливающие явления тяжелой интоксикации. В ряде случаев почечная функция восстанавливается вследствие правильного лечения через 10-12 дней. В более тяжелых случаях выздоровительные процессы в паренхиме почек затягиваются, что создает необходимость применения экстракорпорального гемодиализа. По данным литературы, гистологически установленные выздоровительные процессы начинаются в паренхиме почек уже с 4-го дня заболевания, но полное выздоровление наступает не ранее одного года, а иногда через 4-5 лет (J. Brod, 1964).

Целью настоящей работы явилось определение функционального состояния почек у 20 больных, перенесших в прошлом острую почечную недостаточность.

Этиологические факторы, обусловившие возникновение острой почечной недостаточности, представлены в таблице № I.

Таблица I

Этиологические факторы возникновения острой почечной недостаточности и число гемодиализов

Этиологические факторы	Число больных	Число гемодиализов
Отравление (сулемой, препаратом ДДТ, четыреххлористым углеродом, гранузаном)	7	5
Постабортный сепсис	7	8
Посттрансфузионные осложнения	3	7
Острый гломерулонефрит	2	5
Хроническая почечная недостаточность с обострением процесса	I	-
Итого	20	25

Из 20 на обследование вызванных больных, явились только 9. Зависимо от срока начала заболевания больные распределились следующим образом: до года после заболевания 6 больных, больше одного года после начала почечной недостаточности - 3 больных. Для оценки функционального состояния почек применялись проба Зимницкого, клиренс эндогенного креатинина, а также радиоизотопная ренография.

У больных первой группы наблюдалась в разной степени выраженная почечная недостаточность; только в одном наблюдении установлены нормальные показатели функционального состояния почек, а также не отмечалась лейкоцитурия.

У больных второй группы в одном наблюдении определялись нормальные величины как пробы Зимницкого, клиренса

эндогенного креатинина, так и данных радиоизотопной ренографии. У остальных двух больных отмечалось явное улучшение выделительной функции почек.

Наблюдения продолжаются.

О СДВИГАХ ОБМЕНА КАЛЬЦИЯ У БОЛЬНЫХ С ПОЧЕЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Вирве Сийрак
(Тарту)

Почечнокаменная болезнь является весьма частым заболеванием, нарушением функции организма в целом с выделением почечных конкрементов как одним из проявлений заболевания в урогенитальной системе.

Этиология почечнокаменной болезни до сих пор не ясна. Имеющиеся в настоящее время данные свидетельствуют о том, что почечнокаменная болезнь является полиэтиологическим заболеванием. Значение в развитии почечнокаменной болезни имеют географические, наследственные, конституционные, алиментарные факторы и локальные патологические процессы в мочевыводящих путях (нарушение экскреторной и резорбционной функции, инфекция с застоем мочи).

Одной из ведущих причин в возникновении кальциевых конкрементов является нарушение функции паращитовидных желез, регулирующих содержание кальция в сыворотке крови и в моче.

Задачей нашей работы являлось изучение нарушений обмена кальция у всех больных с почечнокаменной болезнью, находившихся на лечении в хирургическом отделении стационара Тартуской Республиканской Клинической Больницы в 1966-1968 годах. Исследования были проведены у 140 больных с почечнокаменной болезнью. Больные распределились на три группы:

I - больные с односторонней почечнокаменной болезнью - - II2 случаев

2 - больные с двухсторонней почечнокаменной болезнью - II случаев

3 - больные с хроническим выделением почечного пекса и периодическими почечными коликами - I7 случаев.

У всех групп больных были изучены сдвиги метаболизма Са. Нами проводились следующие исследования: а) - содержание кальция в сыворотке крови (комплексонометрический метод по Моизиса и Зака), б) - содержание кальция в суточной моче (метод осаждения).

В ы в о д ы:

I - у больных с двухсторонней формой почечнокаменной болезни отмечалось повышенное содержание кальция в сыворотке крови и повышение выделения кальция с мочой. Причиной нарушения обмена кальция у этих больных являлась патология функции паращитовидных желез.

2 - у 20% из всех больных с хроническим выделением почечного песка и периодическими почечными коликами отмечались нарушения обмена кальция.

3 - у больных с односторонней формой почечнокаменной болезни заметных сдвигов в обмене кальция не отмечалось.

4 - наиболее выраженные отклонения в метаболизме кальция были установлены у больных с двухсторонней формой почечнокаменной болезни и с повторным образованием конкрементов, а также у больных с хроническим выделением почечного песка. На основании наших наблюдений мы считаем, что у указанных больных обязательно проведение исследований обмена кальция, имеющее решающее значение при выборе метода патогенетического лечения.

ИЗМЕНЕНИЯ КОНЦЕНТРАЦИИ КАЛИЯ И НАТРИЯ В МОЧЕ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ СТРЕСС-СИТУАЦИЯХ И ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Л.Цыганова
(Тарту)

Любая стресс-ситуация (физическая нагрузка, операция и т.д.) часто причиняет обширные изменения функциональной деятельности почек. Таким же образом нарушается выделение электролитов при почечной недостаточности.

Исходя из этого, целью работы было исследовать изменения выделения электролитов после различных стресс-ситуаций и почечной недостаточности.

Определяли у спортсменов до и после нагрузочной пробы концентрацию калия и натрия в моче. Соответствующие исследования проводились после операции и почечной недостаточности.

Из полученных данных выяснили, что после легких нагрузок (проба Гарварда) изменения концентрации натрия в моче были незначительны. Чем сильнее оказывалась нагрузка (тренировка, операция), тем интенсивнее уменьшалась концентрация натрия, в частности при наличии очень больших сдвигов в объеме крови (перитонит, кишечная непроходимость).

Изменения концентрации калия при различных стресс-ситуациях оказались незначительными; только при недостаточности почек концентрация калия была ниже, чем при других стресс-ситуациях.

Коэффициент натрий-калий в моче уменьшался в зависимости от тяжести стресс-ситуации и был особенно низким в случае наличия выраженного уменьшения объема крови. При недостаточности почек данный коэффициент имел тенденцию к повышению.

Из приведенного можно сделать вывод, что изменения концентрации калия и натрия и их соотношения представляют собой информацию об изменении функций почек, поэтому оценка этих данных интересует нас как при нормальной, так и при патологической деятельности почек.

ИЗМЕНЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО И ЦЕНТРАЛЬНОГО ВЕНОЗНОГО ДАВЛЕНИЯ ПРИ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

А.К.Лаанэла, М.Э.Мудди
(Тарту)

С целью оценки изменений в артериальной и венозной системах при острой и хронической почечной недостаточности было проведено измерение артериального и венозного давлений с помощью канюлирования в подключичную вену вместе с некоторыми параметрами, характеризующими тяжесть уремии (25 случаев).

При анализе данных исследований выяснилось:

I. Канюлирование подключичной вены весьма просто и безопасно, наилучший метод проведения эффективной инфузионной терапии и в то же время измерения изменений центрального венозного давления, что адекватно характеризует гидратационную степень организма, объем крови и состояние кровообращения.

2. Между центральным венозным и артериальным давлением у обследованных больных соответствий не обнаружено. У больных с хронической недостаточностью при высоком артериальном давлении (220/I20 мм рт.ст.) центральное венозное давление было низким (20 мм H_2O).

3. Центральное венозное давление зависит прежде всего от объема циркулирующей крови и степени общей гидратации организма. Оно снижается при уменьшении объема крови

и своевременно информирует об угрожающем гиповолемическом коллапсе.

4. Центральное венозное давление адекватно реагирует на введение жидкостей, и в меньшей степени – на действие разных медикаментов.

5. Непрерывное наблюдение за центральным венозным давлением дает возможность избежать излишнего введения жидкостей и заранее информирует о начале перегрузки сердца и кровообращения.

ИЗМЕНЕНИЕ НЕКОТОРЫХ ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВО ВРЕМЯ ПОЧЕЧНОЙ АНГИОГРАФИИ У ДЕТЕЙ

Э.Юхани, М.Ялакас, У.Вельтсон
(Тарту)

Выделение веществ с высокоосмолярной концентрацией в кровяное русло при проведении ангиографии вызывает значительные перемещения в жидкостных пространствах; изменения в коагуляционной и антикоагуляционной системах, вязкости, соотношении форменных элементов крови. Значительные изменения происходят и в функции почек. Особенно четко эти изменения выражены у детей в связи с особенностями величин жидкостных пространств и сравнительно небольшим объемом плазмы в детском организме.

В литературе имеются указания на необходимость изучения данных проблем, но до сих пор этому вопросу уделяли мало внимания.

С целью выяснения изменений во время реновазографии физико-химических свойств крови и функций почек, нами исследованы до и после процедуры величина артериального давления, вязкость крови, величина гематокрита, число эритроцитов, концентрация гемоглобина, время кровотечения и свертываемость крови, а также диурез и выделение K и Na с мочой

у II детей в возрасте 3-I4 лет.

Кровь для исследований брали иглой Франка через I минуту, I и 3 часа после введения контрастного вещества. Через 3 часа измеряли количество мочи и исследовали ее на содержание электролитов.

По полученным данным можно сделать некоторые выводы. Характерно, что после ангиографии наблюдается незначительная гипотония; повышение вязкости крови примерно на I/4 первоначальной величины, а потом снижение ее в течение часа, но не до первоначального уровня, затем вновь следует увеличение, но более медленное, чем раньше. Гематокрит и число эритроцитов колеблятся. Наблюдается удлинение времени свертываемости крови.

Отмечено повышение диуреза и выделение электролитов с мочой.

Следует отметить, что полученные данные имеют большую вариабельность, зависящую от возраста, веса, длительности наркоза, дозы контрастного вещества и тяжести болезни ребенка.

Использованная методика (микрометоды) - проста, легко переносится детьми и дает достаточную информацию об изменениях биохимизма крови и функций почек во время и после почечной ангиографии.

ВНУТРИВЕННАЯ УРОГРАФИЯ У ДЕТЕЙ

А.Гуссеинов, Э.Юхани,
У.Вельтсон
(Тарту)

Причиной неуспешного лечения детей с урологическими заболеваниями, нуждающихся в специальном оперативном или консервативном лечении, часто является несвоевременное рентгено-урологическое обследование.

В детской урологии самой распространенной и важной рентгенологической процедурой является интравенозная урография. Этот метод дает представление о топографии и морфологии почек и мочевыводящих путей. Можно диагностировать аномалии развития почек, опухоли, конкременты, воспалительные изменения и функциональную способность почек.

В детском хирургическом отделении Тартуской городской клинической больницы детям в возрасте от 5 месяцев до I4 лет проведены 52 внутривенных урографий с компрессией.

Техника процедуры проста. В качестве подготовительных процедур применяли клизмы вечером и утром перед процедурой и дополнительно за 30 минут до процедуры с раствором таннина - для уменьшения количества газов в кишечнике.

Пациенту рекомендовали много двигаться. Утром разрешали легкий завтрак.

Мочевой пузырь заполнялся кислородом (50-200 $см^3$ в зависимости от возраста ребенка) через резиновый катетр, введенный в пузырь. Кислородом компримируются устья мочеточников в пузыре и контрольное вещество заполняет мочеточники и лоханки почек.

Самым эффективным контрастным веществом оказался урографин. Применяли также кардиотраст и гипак.

Рентгеновские снимки делали через I0-I5 минут, и , при необходимости, повторно с интервалом в I5-20 минут.

Выполненные 52 интравенозные урографии с компрессией позволяли не производить у 38 больных ретроградную пиелографию - на урограммах хорошо было видно анатомическое строение лоханок и мочеточников.

Вышеописанный метод урографии прост и может быть выполнен у больных любого возраста.

О НЕКОТОРЫХ ВОПРОСАХ РЕЗЕКЦИИ ПОЧКИ

А.Гуссейнов
(Тарту)

В течение последнего десятилетия издано значительное число работ по актуальным вопросам урологии, отражающих современные взгляды на клинику и лечение некоторых заболеваний почек и верхних мочевых путей.

В последние годы особое внимание урологов при лечении заболеваний и пороков развития мочевыделительной системы заслуживают органосохраняющие операции. К органосохраняющим операциям при разных почечных заболеваниях относится резекция почки.

По данным А.А.Бухмана, первая резекция почки была произведена Morris в 1892 г. Из отечественных урологов наибольший опыт в резекции почки имеют А.П.Фрумкин, А.А. Бухман, В.Э.Грунди, Т.П.Мочалова, Р.Я.Алтин и другие. Многие урологи, подытоживая свой опыт резекций почек, пришли к выводу, что показания к этой операции должны быть ограничены вследствие значительного количества осложнений. Так, Parry и Finelly указывают, что эта операция - не так безопасна, и что резекция почки не сказывается на здоровых отделах ее лишь у тех больных, у которых имеется ясная демаркация патологического процесса. Когда четких границ патологического процесса нет, перевязка верхней или нижней сегментарной артерий обескровливает почечную паренхиму больше, чем это требуется для резекции. Murphy и Best приводят сводные сведения о 1200 резекциях почки. Они отмечают, что, если из этого числа исключить 226 операций, произведенных Serub который не отмечал осложнений, то осложнения в виде мочевых свищей имели место у 13,7% повторное кровотечение - у 7% и

вторичная нефроэктомия - у 8% больных. Из этого они сделали вывод, что частота осложнений не так велика, чтобы отказываться от этой операции, но угроза осложнений всегда существует.

В клинике урологии Тартуской городской клинической больницы произведено I6 резекций почки при следующих заболеваниях: аномалии почки - 2; нефролитиазис - 5; пиэлонефрит - 5; гидронефроз - 2; гистозное поражение почек - 2; вес почек - 2.

Целью нашей работы являлось изучение отдаленных результатов у больных после резекции почек. При исследовании этих больных большое значение имели следующие урологические исследования: анализ мочи, остаточный азот, проба Земницкого в/в урография, ретроградная пиэлография, почечная ангиография. После операции нами изучены гистологические изменения в резистрованной части почек.

Нами изучены отдаленные результаты у всех I6 больных, которые оказались хорошими. Проведенная нами работа разрешает сделать вывод, что резекция почки в некоторых случаях, является методом выбора, который сохраняет жизненно важный орган и дает хорошие функциональные результаты.

О ЛЕЧЕНИИ ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВОГО РЕФЛЮКСА

А.Гуссеинов, В.Прокошин
У.Вельтсон, Э.Юхани
(Тарту)

Пузырно-мочеточниквый рефлюкс является одной из основных причин возникновения у детей пиэлонефрита и хронической почечной недостаточности (E.K.Kass- 64%; J.Letebre , R.Pariently, J.Hoffman - 80%).

Возникновению рефлюкса способствуют короткий интрамуральный отдел мочеточника, атония мускулатуры пузыря и

мочеточника, и другие заболевания. Вопрос лечения рефлюкса до настоящего времени остается спорным. Ch.M.Stewart, T.D.Stephaus и A.D.Lanagau считают целесообразным консервативный метод лечения. Однако большинство авторов предпочитает хирургический метод лечения рефлюксов. Приведенные в литературе методы операций можно подразделить на интра- и экстравезикальные. Целью операции является удлинение внутрипузырного отдела мочеточника. Вопрос выяснения наиболее совершенных методов создания уретеронеотистостомии имеет большую практическую важность. Эта проблема актуальна еще и потому, что уретеронеоцистостомия является конечным этапом пересадки почек.

В литературе описаны различные методы уретеронеоцистостомии. Однако до сих пор наиболее рациональный метод операции не выработан.

В нашей работе применена методика уретеронеоцистостомии, предложенная в докторской диссертации И.К.Еремина, использованная им при пересадке мочеточника при оперативном лечении опухолей мочевого пузыря. Мы провели пересадку патологически измененного мочеточника в эксперименте на собаках. На первом этапе полностью лигировали мочеточник. Продолжительность лигатуры от 2 недель до I месяца. Вследствие этого наблюдалось расширение мочеточника, увеличение лоханки и атрофия почечной паренхимы.

На втором этапе была использована предложенная И.К.Ереминым методика неоцистостомии. Опыты проводились на 2I собаке.

Для оценки эффективности данной операции исследовались: проходимость анастомоза, гистологические изменения анастомоза и мускулатуры мочеточника, а также возможность возникновения рефлюкса после операции.

Данные нашей работы дают возможность рекомендовать настоящий метод операции в клинической практике как технически легко выполнимый и дающий хорошие функциональные и анатомические результаты.

ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВЫЙ РЕФЛЮКС У ДЕТЕЙ И ЕГО ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

П.Димитриев, О.Пуллисаар, П.Сийак, А.Рууд
(Тарту)

Пузырно-мочеточниковый рефлюкс у детей может привести к нарушению уродинамики уретерогидронефрозу, атрофии легочной паренхимы и может закончиться легочной недостаточностью.

В этиологии и патогенезе рефлюкса до настоящего времени многое остается неясным. Это объясняется тем, что достаточно не изучены детали анатомического строения и нейрофизиологической регуляции пузырно-мочеточникового сегмента (G.Iannaccone. Panzironi I965).

Предрасполагающим моментом к развитию рефлюкса у детей является анатомо-физиологические особенности детского организма. Внутрипузырной отдел мочеточника при рождении ребенка имеет длину I,2-I,3 мм, что не обеспечивает достаточного закрытия просвета мочеточника при мочеиспускании и приводит к регургитации мочи в мочеточник. (Hutch Portnov и др.).

Развитие внутрипузырного отдела мочеточника завершается к началу пубертатного периода, поэтому вопрос о хирургическом или консервативном лечении рефлюкса является дискутабельным. Большинство авторов предпочитают хирургическое лечение (Смоляк Великанов, Politano , Mathisen Hutch Gregoir и многие др.).

J.H. Hutch приводит данные успешного результата операции у 89,8% оперированных больных.

В литературе описываются следующие группы антирефлюксных операций.

I) уретеронеоцистостомия (J.Scott , I966, Портнов, I966, J.Cendron I966).

2) удлинение интрамуральной части мочеточника (G.Jannaccone Panzironi I965; Hutch I968).

3) замещение расширенного мочеточника петлей тонкой кишки (В.М.Портнов, I967).

4) временная уретеростомия (D.I.Williams H H.Rabinovitch I967 и др.).

Как показывает изучение литературы в лечении пузырно-мочеточникового рефлюкса до настоящего время многие вопросы остаются нерешенными и требуют дополнительного изучения.

ОБ ИЗМЕНЕНИЯХ КИСЛОТНО-ЩЕЛОЧНОГО РАВНОВЕСИЯ ПРИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПОЧЕК И ИХ КОРРЕКТУРЕ

И.Лохк, Л.Пярн
(Тарту)

Все процессы в живом организме протекают при определенной оптимальной реакции среды, постоянство которой поддерживается целой системой регуляторных механизмов.

Наше внимание было обращено на роль дистальных отделов почечных канальцев, т.е. изучали сдвиги в кислотно-щелочном равновесии при недостаточности почек (острой и хронической) и их корректуру.

Кислотно-щелочное равновесие определяли при помощи аппарата микро-Аструп капиллярным методом.

Для корректуры пользовались гемодиализом и введением бикарбоната натрия.

В ходе работы выяснилось:

I. При недостаточности почек всегда имеет место глубокое ацидотическое состояние.

2. При гемодиализе в течении 4-6 часов достигается нормализация кислотно-щелочного равновесия, иной раз даже

с переходом в легкий алкалоз.

3. После гемодиализа начинает нарастать ацидоз, который достигает исходных величин в течении недели.

4. Введением бикарбоната натрия можно выводить больных из ацидоза, но при этом часто наблюдается повышение артериального давления и ухудшение самочувствия из-за избытка ионов натрия.

5. Преимуществом гемодиализа по сравнению с введением бикарбоната натрия является то, что из организма выводятся кислотные радикалы без накопления каких-либо ионов.

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ СОСТАВА ЭКСПИРАТОРНОГО ВОЗДУХА РЕАНИМАТОРА ПРИ ОДНОВРЕМЕННОМ НЕПРЯМОМ МАССАЖЕ СЕРДЦА

И.Авениня, Р.Вулане, Л.Сауле
(Рига)

В течение последнего десятилетия были научно обоснованы простые методы оказания первой помощи при терминальных состояниях. Методы дыхательной реанимации были известны с древних времен, однако первые официальные рекомендации экспираторных методов датируются в 1820 году, когда прусское королевское министерство указывало на целесообразность дыхания изо рта в рот для "спасения мнимо умерших". В дальнейшем эта методика в основном получила распространение в условиях лаборатории. На практике эта методика была заменена ручными методами искусственного дыхания. Однако исследования, проведенные в более раннем периоде, показали, что в отношении вентиляции легких ручные методы обеспечивают лишь обмен газов в мертвом пространстве дыхательных путей или, в лучшем случае, дыхательный объем составляет 200-300 мл. По этому поводу упомянутые методы были подвергнуты критике.

В 1959 году появилось сообщение "Об искусственном

дыхании без подсобных средств", в котором снова методика экспираторной вентиляции легких была признана как наиболее эффективная при остановке дыхания у пациентов любого возраста. Это было подтверждено также инструкцией, изданной в Советском Союзе в 1963 году.

По данным литературы экспираторный воздух, который признан пригодным для устранения гипоксических состояний, содержит 15-19% кислорода и 2-4% углекислого газа. Эти данные подтвердились и в наших предыдущих исследованиях. Однако, в литературе мы не нашли данных относительно того, как меняется состав экспираторного воздуха при различной физической нагрузке реаниматора. Известно, что при оказании помощи одним реаниматором он вынужден проводить как искусственную вентиляцию легких, так и непрямой массаж сердца. Если в реанимации участвуют двое, то один из них обеспечивает искусственную вентиляцию легких, а второй - искусственную циркуляцию (при помощи непрямого массажа сердца). Понятно, что в первом случае физическая нагрузка больше, что теоретически должно было привести к изменению экспираторного воздуха.

В соответствии с этим целью нашей работы являлось изучение состава экспираторного воздуха реаниматора в зависимости от физической нагрузки. Для этого использовали спирометр "Спиролит", с помощью которого определяли содержание кислорода и углекислого газа в выдыхаемом воздухе реаниматора. Пробы воздуха непрерывно поступали в спирометр из "легких" манекена фирмы Асмунд Лаердал (Норвегия), который признан одним из лучших для усвоения простых методов реанимации. Исследования проводили во время обучения 50 медиков экспираторной вентиляциид легких и непрямого массажа сердца. При этом было выявлено, что физическая нагрузка резко увеличивает содержание углекислого газа в выдыхаемом воздухе реаниматора, однако это зависит от степени обучения. Так, в группе малотренированных содержание углекислого газа в экспираторном воздухе превышало 6%, а

в группе тренированных - в среднем 4-6%. Усиленная физическая нагрузка повлияла также на процентуальное содержание кислорода в выдыхаемом реаниматором воздухе, однако это более выражено в первых минутах искусственной вентиляции. Наименьшее содержание кислорода при повышенной физической нагрузке по нашим данным равнялось I4-I5%.

В ы в о д ы:

I) Физическая нагрузка реаниматора влияет на содержание кислорода и углекислого газа в выдыхаемом воздухе.

2) Не менее важным фактором при этом является качество подготовки медиков и населения по реанимации.

НЕКОТОРЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ КАТЕТЕРИЗАЦИИ ВЕРХНЕЙ ПОЛОЙ ВЕНЫ

А.Паварс, Я.Кейш
(Рига)

Во время продолжительных и обширных операций, а также в послеоперационном периоде необходим тщательный контроль гемодинамики для того, чтобы своевременно проводить необходимые эффективные вмешательства (замещение кровопотери, коррекция различных отклонений). Нередко во время операции или в послеоперационном периоде необходимо проводить также интенсивную терапию. Для указанных целей было проведено ряд наблюдений с катетеризацией верхней полой вены для того, чтобы проследить и оценить изменения центрального венозного давления (ЦВД), а также для оценки данной методики в комплексе терапевтических мероприятий. Наблюдения проводились у больных онкологического отделения при клинике факультетской хирургии Рижского медицинского института.

Методика работы: секция локтевой вены (прямая или чрезкожная) толстой иглой с введением пластмассового катет-

ра через просвет иглы, продвижение катетра до уровня верхней полой вены. Данный катетр позволяет проводить как измерение ЦВД, так и различные необходимые внутривенные вливания. Измерения ЦВД производились аппаратом Вальдмана с интервалами в 5 минут по время операции и с интервалами в I час в послеоперационном периоде.

Всего обследовано 23 больных со злокачественными опухолями желудочно-кишечного тракта. Большая часть больных подвергались радикальному оперативному лечению.

Работа доказывает простоту катетеризации верхней полой вены, также эффективность данной методики для проведения парэнтерального вливания, в том числе в комплексе мероприятий интенсивной терапии. При нахождении катетра в венозном русле в течении 4-5 суток осложнений мы не наблюдали.

Исходные цифры ЦВД у данной группы больных от 30 до 80 мм водяного столба. Низкие цифры ЦВД у части больных с опухолями желудочно-кишечного тракта могут быть обусловлены более или менее выраженным обезвоживанием организма (гиповолемией).

Изменения ЦВД во время оперативного вмешательства и в послеоперационном периоде показывают:

а) некоторое повышение ЦВД в периоде вводного наркоза,

б) относительную стабилизацию ЦВД во время операции, за исключением случаев с различными отклонениями в ходе операции или наркоза,

в) возвращение ЦВД к уровню, близкому к исходному к концу операции,

г) относительную стабилизацию ЦВД при гладком течении послеоперационного периода. У данной группы больных отмечались колебания ЦВД в послеоперационном периоде от 70 до 90 мм водяного столба.

Во время данных наблюдений было выявлено, что определение ЦВД является более чувствительным показателем изменений гемодинамики по сравнению с изменениями артериального давления. Методика катетеризации верхней полой вены яв-

ляется легко выполнимой, простой и многообещающей как для контроля ЦВД, так и для эффективного замещения больших потерей жидкости и других парэнтеральных вливаний.

ПОКАЗАТЕЛИ СВЕРТЫВАЮЩЕЙ И ПРОТИВОСВЕРТЫВАЮЩЕЙ СИСТЕМ КРОВИ ПРИ ОТКРЫТЫХ ПЕРЕЛОМАХ

А.А.Новиков и В.П.Ефимов
(Минск)

Тромбоэмболические осложнения нередко встречаются в ортопедо-травматологической практике. Ранняя диагностика тромбообразования затруднительна. Дальнейшее изучение его имеет большое практическое значение. Динамика изменений коагулограммы при открытых переломах трубчатых костей в эксперименте не изучалась. В связи с этим представляло интерес изучить некоторые показатели свертывающей и противосвертывающей систем крови при открытых переломах, установить динамику изменений, изучить сроки возможного образования внутрисосудистых тромбов, рассмотреть влияние нагноения и различных сроков хирургической обработки на указанные процессы.

Опыты были поставлены на 30 кроликах линии Шиншилла. Открытый перелом наносился в неасептических условиях. Рана обрабатывалась через I,6,24 часа. Кровь для опытов бралась до нанесения травмы, на 3,5,8 и II день после нее.

Определялись: толерантность плазмы к гепарину, время рекальцификации плазмы, протромбиновая активность, тромбиновое время, толундиновое время, концентрацию фибриногена, фибринолитическую активность, гематокрит. Процесс регенерации костей контролировался рентгенологически. Производилось бактериологическое исследование отделяемого из ран.

Открытый перелом трубчатых костей в эксперименте сопровождался повышением свертывания крови. Наиболее значи-

тельные изменения показателей коагулограммы отмечались на 3-5 день после травмы. Поздняя обработка раны в большинстве случаев сопровождалась развитием гнойной инфекции, последнее почти полностью угнетала противосвертывающую систему крови.

Полученные данные позволяют применить с целью профилактики и лечения рациональную терапию антикоагулянтами.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ БОЛЬНЫХ ПЕРЕНЕСШИХ ТРАВМАТИЧЕСКИЙ ШОК

Л.Стреле
(Рига)

Проблемы травматического шока встали перед практическими врачами давно и в настоящее время эта проблема в связи с развитием техники стала еще более актуальной.

Цель нашей работы - отдаленный контроль общего состояния больных, которые перенесли травматический шок. В доступной нам литературе по этому вопросу материалов не оказалось. Нами изучены 133 историй болезней больных с травматическим шоком, находившихся на лечении с 1965-1966 гг. в реанимационной палате Рижского научно-исследовательского института травматологии и ортопедии.

И с к л ю ч а я:

1. Умерших больных - 36;
2. Больных с так называемыми угрожающими состояниями, как перелом основания черепа, сотрясение мозга - 36;
3. Больных не находившихся в шоке после травмы и не представляющих интерес по данной теме (обморожение, травмы живота) - 46,

нами были выбраны 15 больных с повреждениями тазовых костей и конечностей.

Обследование больных проводилось в поликлинике Института и активно на дому. Ввиду перемены места жительства и выезда обследовано II больных в возрасте от I9-77 лет, из них 4 женщины и 7 мужчин. Семь больных были в травматическом шоке первой степени, а четыре - в третьей степени, с продолжительностью шока от 6 до 42 часов.

Больные были обследованы по следующей схеме:

I. Изменения в трудоустройстве,
2. Субъективные жалобы больного, выделяя нарушения памяти и мышления,
3. Объективные данные с гемодинамическими показателями и локальными изменениями.

При проверке больных, спустя 2-3 года после травматического шока, выяснилось, что на прежней работе работают трое больных, на пенсии - пятеро больных, а двое больных имеют вторую группу инвалидности после травмы.

Общее самочувствие больных хорошее. У 5 больных имеются жалобы на головокружение, головную боль, потливость, боли в области сердца. У всех больных отмечаются жалобы, связанные с перенесенной травмой - неполноценные движения в суставах, припухание травмированных конечностей, слабость в ногах, трофическая язва и др.

Выраженное ухудшение памяти отмечают пятеро больных, двое из них указывают на затруднение при решении простых арифметических задач, трое больных отмечают некоторые трудности при мышлении. При обследовании сердечно-сосудистой системы данные в пределах возрастной нормы.

Отдаленные результаты обследованных больных дают нам возможность убедиться в успешности интенсивной терапии при травматическом шоке даже в пожилом возрасте и в большой продолжительностью.

Как видно из приведенных данных, выраженных последствий после травматического шока не имеется, кроме незначительных расстройств памяти и мышления. Некоторые изменения могут быть объяснены побочными заболеваниями и возрастом.

В связи с актуальностью обследованного вопроса, работу следует расширить и продолжить.

БЕЛКОВЫЙ ОБМЕН ПРИ ПРОБОДНЫХ РАНАХ ГЛАЗА, ИНФИЦИРОВАННЫХ СТАФИЛОКОККОМ

В.П.Васильчикова
(Гродно)

Изучена динамика белкового обмена при прободных инфицированных ранениях глаза, леченных иодинолом и неомицином. Опыты проведены на 29 беспородистых кроликах. Длина раны 7 мм. Ее инфицировали двумя каплями взвеси стафилококка (штамм 209) с концентрацией 2 млрд. микробных тел в I мл. В первой группе животных (8 кроликов) лечение состояло во введении в конъюктивальную полость и подкожно I% иодинола, во второй группе (I3 кроликов) таким же способом вводили неомицин. Третья группа кроликов служила контролем. Раны не инфицировались. В конъюктивальную полость закапывали стерильный физиологический раствор. Хирургическая обработка ран была проведена на второй день после ранения.

Общее количество белков крови определено рефрактометрически до опыта, на 5, II день после ранения. Количество альбуминов, глобулинов установлено методом электрофореза на бумаге. Цифровые значения обрабатывались методом вариационной статистики.

У всех опытных животных наблюдалось повышение количества белка в сыворотке крови. Но у кроликов, леченных иодинолом, статистически достоверное увеличение белков отмечено на 5-ый день, а в группе животных, леченных неомицином, такое повышение имело место на II день. Количество альбуминов уменьшалось при иодинолотерапии к 5 дню, а при лечении неомицином - к концу декады. Соответственно с ди-

намикой альбуминов менялось и количество глобулинов. Увеличение глобулинов при иодинолотерапии происходило за счет α и β фракций. При лечении неомицином к 5 дню повысилось только количество α-глобулинов.

ДЕЙСТВИЕ ПРОТИВОЛЕЙКОЦИТАРНОЙ ИЗОАНТИСЫВОРОТКИ НА ИММУНИТЕТ ПРИ АЛЛОТРАНСПЛАНТАЦИИ КОЖИ

Г.П.Адаменко, А.Ю.Барышников,
Э.И.Гукова, В.И.Ларина
(Витебск)

I. Изучалось влияние антилейкоцитарной изоантисыворотки на приживление аллотрансплантатов кожи у кроликов.

2. Изоантисыворотку получали путем многократной (в течение 2-4-х месяцев) иммунизации доноров суспензиями клеток селезенки и лимфоузлов будущих реципиентов. Титр лимфоцитотоксинов в отношение клеток лимфоузлов реципиентов был I:20-I:80.

3. Были сделаны пересадки трансплантатов кожи у 27 пар разномастных кроликов. Каждому реципиенту одновременно пересаживали два трансплантата, один от донора антисыворотки и второй, контрольный, от интактного кролика.

4. Первой группе животных (8 кроликов) изоантисыворотку вводили в день пересадки и через 2-3 дня после пересадки (5 инъекций) большими дозами (I0-20 мл).

Второй группе (5 кроликов) изоантисыворотку вводили в день пересадки и в последующем через день в течение I0 дней небольшими дозами (I-6 мл).

Третьей группе животных (5 кроликов) изоантисыворотку вводили за 9 дней до трансплантации (ежедневно) и в течение 6-I0 дней после трансплантации небольшими дозами (2-5 мл).

Четвертая группа животных (9 кроликов) была разделена на три подгруппы (по 3 кролика) в каждой из которых животным вводили сыворотку неиммунизированных доноров по схеме опытных групп.

5. У всех животных опытных групп наблюдалось удлинение выживания опытного трансплантата по сравнению с контрольным на 4-10 дней. Наибольшее удлинение жизни (на 10-11 дней) опытного трансплантата по сравнению с контрольным наблюдалось в 3-й группе животных.

О ПОЗДНИХ РЕЗУЛЬТАТАХ ЛОДЫЖЕЧНЫХ ПЕРЕЛОМОВ

Э.Тамбик
(Тарту)

Переломы лодыжек встречаются часто, они составляют от 40 до 60% переломов костей голени. По своему характеру и локализации они разнообразны и поэтому тактика лечения комплицирована. Часто встречаются функциональные нарушения и анатомические изменения в суставе после переломов.

Целью данной работы является изучение отдаленных результатов лечения лодыжечных переломов у больных, лечившихся в травматологическом отделении Тартуской Респ.Клинической Больнице с 1965-1967 гг. Анализ отдаленных результатов лечения проведен по данным, полученным при контроле больных.

В промежутке времени с 1965-1967 г. находилось в травматологическом отделении 127 больных с лодыжечными переломами, На контроль явились 52 больных, т.е. 40,9%. Из них женщин 31 (59,6%) и мужчин 21 (40,4%). Из больных, прошедших контроль, трехлодыжечных переломов было 29, двухлодыжечных переломов - 12, переломов одной лодыжки - 11 (переломов медиальной лодыжки - 4 и латеральной лодыжки - 7).

Главным методом лечения было консервативное лечение. Время фиксации гипсом было 4–16 недель, в зависимости от тяжести переломов и возникновении костной мозоли.

Открытые переломы (3) и один закрытый трехлодыжечный перелом подвергли оперативному лечению.

При оценке отдаленных результатов в данной работе является основанием степень восстановления функции голеностопного сустава. 28 больных не предъявляли никаких жалоб. 10 больных предъявляли жалобы на боли в голеностопном суставе при длительной ходьбе и физической нагрузке, также появления отечности к концу дня. У 14 больных встречалось ограничение подвижности в голеностопном суставе в пределах 10–25°.

Из 24-х больных, у которых были функциональные нарушения в суставе, трехлодыжечных переломов было 16 (из них 2 открытых перелома), двухлодыжечных переломов – 5 и переломов одной лодыжки – 3.

Причиной неудовлетворительных результатов была повторная или поздняя репозиция.

Время восстановления трудоспособности было различное, в зависимости от тяжести переломов и продолжалось от 2 до 8 месяцев.

О ТЕХНИКЕ И РЕЗУЛЬТАТАХ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ КОНТРАКТУРЫ ДЮПЮИТРЕНА

Ы.Мяги, М.Рейер
(Тарту)

Для выяснения результатов оперативного лечения контрактур ладонного апоневроза мы произвели анализ результатов лечения 41 больного в возрасте от 27 до 69 лет, оперированных за последние 5 лет в хирургическом отделении Тартуской Городской Клинической больницы.

Контрактуры по тяжести классифицировали на 3 стадии. В I стадии на ладони отмечались узловые утолщения, причем пальцы полностью выпрямить не оказалось возможным. Во II стадии контрактура пальцев была с углом до 140^0, III стадия характеризовалась сгибательной контрактурой основной и средней фаланг пальцев с углом до 90^0 и больше.

Наиболее часто отмечалась выраженная контрактура I пальца, затем У и Ш пальца. Больные наблюдались преимущественно во II стадии заболевания. Оперативное лечение состояло в радикальной экстирпации всего измененного ладонного апоневроза, щадя при этом нервные ветви и сосуды поверхностной ладонной артериальной дуги. В большинстве случаев на ладони производили дугообразный или продольный разрез в пределах сморщенного тяжа. Такой разрез оказывается достаточным при контрактуре I и II стадий. При III стадии большей частью показана пластическая операция, позволяющая после экстирпации ладонного апоневроза экономно использовать кожу в виде смещающихся треугольников. У части больных II, III стадий заболевания дополнительно резецировали сухожилие длинной ладонной мышцы.

После операции помещали руку на шину на одну неделю, а затем применяли лечебную гимнастику, активные движения, физиотерапию и локально - ронидазу.

Благоприятные результаты получили у больных в I и II стадиях заболевания. В III стадии заболевания операция не дала полного восстановления функции пальцев, несмотря на радикальность операции и активное послеоперационное лечение.

Так как результаты хирургического лечения зависели не только от операционной техники, то важно направлять больных на оперативное лечение в ранних стадиях заболевания.

О МОРФОЛОГИИ ФОРМИРОВАНИЯ ЛОЖНОГО СУСТАВА ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ СИНДРОМЕ ЗУДЕКА

М.Рейер
(Тарту)

I. Формирование ложного сустава было исследовано у 40 белых крыс после фрактурирования большеберцовой кости и односторонней резекции седалищного нерва.

2. Поражение периферического смешанного нерва тормозит развитие единого регенеративного мозоля и причиняет дегенеративные изменения в фиброзно-хрящевой периостальной мозоли.

3. В формировании ложного сустава в гистологической картине различают следующие этапы: гиалинизация коллагеновых волокон, кариолиз хрящевых клеток, образование резорбционной щели.

4. В случае выраженного ложного сустава устанавливают от резорбционной щели следующие тканевые структуры: некротические массы, гиалинизированные коллагеновые волокна атипично окрашенные маленькие хрящевые клетки, гипертрофированные хрящевые клетки, зона окостинения тонкими костными ламеллами.

5. При переломе комплицированном ложным суставом в регенеративной мозоли гистологически установляется низкое содержание кислых мукополисахаридов.

О МОРФОЛОГИИ СИНДРОМА ЗУДЕКА В Ш СТАДИИ

Ы.Мяги
(Тарту)

I. При лечении ложного сустава, образовавшегося осложнением синдрома Зудека, повторная пересадка костного трансплантата не дало результата.

2. Рентгенологически отмечается диффузный остеопороз малоберцовой и большеберцовой кости сильнее проявляющееся дистальней ложного сустава; в дистальном метафизе большеберцовой кости веревочкообразный беструктный остеопороз; кортикальный слой истончен; проксимальнее места повреждения значительное уменьшение числа костных перекладок и пластинок; местами встречается в костях стопы стекловидное, мягким тканям соответствующее, слабое затемнение.

3. При гистологическом исследовании выяснилось, что лакуны в костях расширены и наполнены волокнистой соединительной тканью, полоса остеобластов на костных ламеллах прерывистая, местами единичные гигантские клетки, кровеносные сосуды наполнены; в мышечной ткани лимфоцитами инфильтрированные очаги и разрастания интерстициальной соединительной ткани, местами в стенках кровеносных сосудов склеротические изменения; в коже ясно выраженная патология отсутствует.

4. Клиническим данным ложного сустава как атрофия и похолодание конечностей, при пальпации обнаружено уплотнение соединительной тканью мышц и фиброзное соединение между концами обломков соответствует гистологическим данным.

5. Из предыдущего следует, при наличии ложного сустава в Ш стадии синдрома Зудека нет выгодных условий для

врастания костного трансплантата.

ОБ ОСТЕОПОРОЗЕ ПОСЛЕ ПОРАЖЕНИЯ ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО СМЕШАННОГО НЕРВА

А.Вахиметс
(Тарту)

I. Эксперименты для изучения остеопороза проведены на 40 белых крысах и кроликах.

Резорбцию костной ткани изучали на большеберцовой кости и на регенерационном мозоле после перелома, используя гистологическую методику исследования.

У 50% животных или поврежден седалищный нерв или вызвана его механическая ирритация.

2. В патогенезе остеопороза имеется два основных механизма: сосудистая и клеточная резорбция костной ткани.

3. Резорбция сосудистого типа наблюдается в компактном слое длинных трубчатых костей. Причиной разрушения костной ткани является гиперемия распространяющаяся в Гаверсовые каналы.

4. Резорбция клеточного типа наблюдалась в концах фрагментов длинных трубчатых костей и в периостальном мозоле после поражения периферического смешанного нерва.

До резорбции наблюдалась патология костной ткани: атипизм окрашивания, патологическое соотношение между углеводами основного вещества и т.д.

5. Клеточная резорбция происходит там, где костная ткань из-за нарушения метаболизма становится лишней для организма. Остеокластические клетки в этом случае функционируют аналогично гигантным клеткам типа инородного тела.

6. Клеточная и сосудистая резорбция не действуют конкурируясь.

АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ

ИСТОРИЯ ИЗОБРЕТЕНИЯ АКУШЕРСКИХ ЩИПЦОВ

(обзор литературы)

Э.Высоцкая, С.Рагулина
(Тарту)

Авторы на основании литературных данных описывают неприглядную роль семьи английских врачей Чемберленов в истории открытия акушерских щипцов и справедливо считают нидерландского хирурга И.Пальфина изобретателем акушерских щипцов (1723). Авторы коротко останавливаются и на применении акушерских щипцов в России.

ИГНАЦ - ФИЛИПП ЗЕММЕЛЬВЕЙС

Л.Рейнет
(Тарту)

Данная реферативная работа посвящена жизни и деятельности Игнаца - Филиппа Земмельвейса, открывателю антисептики в акушерстве, что является важнейшим событием в медицине 19 века.

О ЦИТОГОРМОНАЛЬНЫХ СДВИГАХ У ДЕВОЧЕК В ПУБЕРТАТНОМ ВОЗРАСТЕ

Э.Глушко
(Тарту)

Автор исследовала тип менструального цикла и его отклонения от нормы методом кольпоцитограмм у 804 девочек. При анализе полученных данных выяснилось, что при разных нарушениях менструального цикла имеются разные и неоднотипные сдвиги кольпоцитограмм.

Произведенная работа свидетельствует о том, что на основании цитогормональных сдвигов у девочек, при нарушении менструальной функции различного типа, можно судить о насыщенности растущего организма эстрогенами, что является основанием для назначения правильного лечения.

К ВОПРОСУ АКЦЕЛЕРАЦИИ ЖЕНЩИН г. ВИЛЬНЮС

А.Степоненайте
(Вильнюс)

С улучшением экономических и бытовых условий у жителей Литвы отмечается проявления акцелерации, т.е. ускорение роста и созревания. В связи с этим можно ожидать, что возраст материнства тоже сдвигается в сторону младших. Для ознакомления с этим вопросом были изучены истории родов молодых жительниц г. Вильнюса. Чтобы иметь возможность сравнить, были рассмотрены истории родов с 1957 по 1967 г. (исключая 1960) матерей, имевших 18 и менее лет.

Из 45722 родов за 10 лет - 411 родов молодых матерей то есть - 0,89%. Чаще рожают молодые матери с восьмилетним образованием - 40%. Незамужних - 16,8%, самая молодая мать - 15 лет. Число молодых матерей увеличивается в 1957 - 0,55%, в 1967 - 1,1%.

Возраст менархе у молодых имеет тенденцию к уменьшению. В 1958 - 14,4 лет, в 1967 - 13,3 лет.

Вес новорожденных растет с 3070 г. в 1958 до 3439 г в 1967 г. Продолжительность родов - не имеет какой-либо постоянной тенденции. Число преждевременных родов в среднем за 10 лет - 9%, выше, чем у старших женщин (7,6%), но и оно в течении 10-ти летия уменьшилось до 3,4% в 1967 г.

На более раннее морфологическое созревание указывает уменьшение числа узких тазов. Conjugata externa 18 см в 1957 - 10%, 1966 - 0,6%, в 1967 - 0,3%.

Все перечисленные показатели можно считать признаками акцелерации.

Кроме рожениц, мы интересовались вопросом прерывания беременности. Из 6326 женщин, подверженных прерыванию беременности в 1968 г. 66 т.е. 1,04% имели 18 и менее лет.

ЦИТОМЕТРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ КЛЕТОК ВЛАГАЛИЩА В КОНЦЕ БЕРЕМЕННОСТИ И ПРИ ПЕРЕНОШЕННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

В.Виллемсон и В.Этс
(Тарту)

Цитометрически исследованные влагалищные мазки у беременных и родильниц разделены на 3 группы:

1) 39 недельн. беременности - 15
2) 1-3 суток до родов - 10
3) при переношенной беременности (длительность беременности 42 недели и больше) - 35.

Изучено всего 60 женщин. В каждом препарате измерено в 200 клетках площади клеток и их ядер. Статистически определено отличие между группами.

О СОДЕРЖАНИИ ГЛИКОГЕНА В ЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ КЛЕТКАХ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ

Р.Унгвере и К.Сяалик
(Тарту)

Изучено 120 женщин. Препараты мочевого осадка окрашены йодными парами для определения гликогена.

Значительных изменений содержания гликогена клеток не удалось определить, хотя у беременных оказалось содержание гликогена несколько ниже, чем у небеременных.

О НЕКОТОРЫХ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПРОБАХ ПЕЧЕНИ ПРИ НАРУШЕНИЯХ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА В ПЕРИОД ПОЛОВОГО СОЗРЕВАНИЯ

П.Аэр, К.Бирнбаум и Э.Раннат
(Тарту)

I. В период полового созревания наступают важные возрастные анатомо-физиологические изменения в функциях всего организма, что вызывает часто расстройства начинающегося менструального цикла, в том числе и ювенильные кровотечения (меноррагии).

2. Нарушения менструальной функции отличаются большим разнообразием, но этиология и патогенез этих нарушений выяснены еще не полностью.

3. Чтобы выяснить некоторые моменты в этиопатогенезе этой патологии, авторы определяли некоторые функциональные пробы печени, учитывая, что печень принимает участие в обме-

не гормонов, в том числе и эстрогенов, а нарушение обмена эстрогенов вызывает расстройства менструального цикла.

4. Авторы применяли следующие методики по изучению функциональных проб печени:

а) исследование сыворотки крови на билирубин по Хейлмейэру;

б) определение трансаминазы по Пасхиной;

в) Тимоловую пробу по Тодорову;

г) коагуляционную ленту - проба Вельтмана;

д) определение протромбинового индекса крови по Квику.

5. Анализ определенных функциональных проб печени показывает (исследовано I5 (+I2) больных с нарушениями менструальной функции):

а) некоторые функциональные пробы печени (билирубин, трансаминаз) в пределах нормы;

б) протромбиновый индекс крови имеет тенденцию к снижению;

в) некоторые отклонения от нормы наблюдаются и в функциональных пробах печени, связанных с белковым обменом.

6. Авторы предполагают, что существует связь между обменом эстрогенов и функцией печени, что печень имеет значение для стабилизации овариального и менструального циклов.

РАЗРЫВ ШЕЙКИ МАТКИ ПО ДАННЫМ ТАРТУСКОГО КЛИНИЧЕСКОГО РОДИЛЬНОГО ДОМА

С.Кузьмичева и Г.Морозова
(Тарту)

В современной онкологии метод зашивания разрыва шейки матки сразу после родов, рассматривается как профилактика наступления рака шейки матки.

Для подтверждения этого положения авторы поставили

своей целью сравнить группу женщин, у которых сразу после родов осмотрена шейка матки и в случае наличия разрыва последней - тут же зашивался и с группой женщин, у которых осмотр шейки не производился. При сравнении обеих групп авторы обратят внимание на наличие воспалительных заболеваний, эктропиона, наличие рака шейки матки.

В настоящем докладе авторы приводят следующие данные из первой части работы. В Тартуском клиническом родильном доме осмотр шейки матки у родильниц начат с 1959 года. Отобрано 500 родильниц, в том числе 400 осмотренных и 100 неосмотренных. Среди 400 осмотренных у 16-ти родильниц (4%) имелся разрыв шейки матки. В том числе у 11 первородящих и у 5 повторнородящих. Кроме того у 8 родильниц (2%) имелся одновременно разрыв шейки матки и разрыв промежности. В том числе у 7 - первородящих и у 1 - повторнородящих. Общее количество разрыва шейки матки равно 6%. Наличие разрыва шейки матки у повторнородящих указывает на необходимость осмотра шейки матки после родов у всех родильниц, а не только у первородящих, что и выполняется в последние годы в Тартуском клиническом родильном доме.

ДИНАМИКА НЕКОТОРЫХ БИОХИМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КРОВИ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ

Е.Ю.Капитан и Я.П.Вассер
(Ужгород)

Одним из актуальных вопросов теоретического и практического акушерства является изучение обменных процессов между матерью и плодом. До настоящего времени многие стороны этой сложной проблемы освещены недостаточно.

В процессе беременности в связи с развивающимся плодом обменные процессы в организме матери протекают на высоком уровне. Основная пластическая роль принадлежит бел-

ковому обмену, поэтому представляет интерес изучение некоторых биохимических показателей, характеризующих течение белкового обмена в организме матери и плода. С этой целью нами изучено путем электрофореза белковый спектр сыворотки крови у 160 женщин, жительниц горных и низменных районов Закарпатья. Установлено, что в более поздние сроки беременности количество альбуминов уменьшается. Глобулиновая фракция, наоборот, увеличивается.

У 20 женщин в родах проведено параллельное исследование белковых фракций сыворотки крови у матери и пуповине. Следует отметить, что в крови рожениц нарастание глобулинов имеется за счет бета-фракции, в то время, как в сыворотке пуповинной крови определяется заметное увеличение гамма-глобулиновой фракции. Надо полагать, что повышенное содержание гамма-глобулинов в организме плода, является существенной биологической приспособительной реакцией, так как они определяют состояние реактивности организма.

Одним из показателей белкового обмена является также аминокислотный состав крови. Нами, методом нисходящей хроматографии исследован аминокислотный состав сыворотки крови у 40 женщин. Отмечено определенную зависимость между аминокислотным составом крови матери и плода. В процессе беременности содержание одних аминокислот (цистин, цистеин, аргинин, глютаминовая кислота, тирозин) уменьшается, а других (серин, метионин, аспарагиновая кислота) - нарастает.

Важнейшими биокатализаторами обменных, особенно ферментативных процессов, являются микроэлементы. Наиболее активными в этом отношении являются медь и марганец. Нами проведено спектрографическое определение динамики содержания микроэлементов марганца и меди в цельной крови у 60 беременных женщин. Установлено, что в более поздние сроки беременности, по сравнению с ранними (6-10 недель) количество марганца в несколько раз увеличивается, причем в пуповинной крови содержание марганца выше, чем в крови матери. В динамике содержания меди выявили аналогичную зако-

номерность. Имеется разница в содержании микроэлементов в зависимости от географической местности.

Таким образом, в процессе развития беременности в белковом, аминокислотном, микроэлементном спектре в организме матери наступают заметные сдвиги, что, по всей вероятности, направлено на создание оптимальных условий развивающемуся плоду.

КОЛИЧЕСТВЕННЫЙ ОСАДОК МОЧИ В ДИАГНОСТИКЕ ПОЗДНИХ ТОКСИКОЗОВ БЕРЕМЕННЫХ

Т.Юттус и В.Сави
(Тарту)

Целью данного клинико-лабораторного исследования является усовершенствование диагностики поздних токсикозов беременности, имеющей большое значение при лечении.

Контингент исследованных составляет 75 беременных, страдавших поздним токсикозом беременности.

Результаты исследования указывают на определенные изменения при различных группах заболеваний. Настоящий диагностический метод необходим для дифференциальной диагностики между заболеванием почек и поздним токсикозом беременных.

СОДЕРЖАНИЕ АМИНОКИСЛОТ СЫВОРОТКИ КРОВИ И МОЧИ ПРИ ПОЗДНЕМ ТОКСИКОЗЕ БЕРЕМЕННЫХ

Х.Линнусте и М.Саарела
(Тарту)

Авторы исследовали методом хроматографии на бумаге сдвиги свободных и связанных аминокислот сыворотки крови и

аминокислот в моче у II5 беременных, из них у 73 с поздним токсикозом.

Установлено, что при позднем токсикозе, по сравнению с нормальной беременностью, содержание аминокислот крови повышается, в моче же изменения более разнообразны.

Работа имеет теоретическое значение.

НЕКОТОРЫЕ ГИСТОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МАТКИ И ЭМБРИОНОВ БЕЛЫХ КРЫС, ПОДВЕРГАВШИХСЯ ДЕКОМПРЕССИИ

Л.Б.Маркин
(Львов)

Как показали исследования (I967 г.), в результате многократных воздействий декомпрессии на брюшную область половозрелых беспородных самок белых крыс наблюдается учащение ритма полового цикла и удлинение стадии течки.

Многократные сеансы декомпрессии в большинстве случаев не препятствуют нормальному течению беременности и рождению жизнеспособного потомства.

Применение метода прижизненного окрашивания нейтральным красным в условиях целостного организма (I960 г.) позволило установить, что максимальное связывание красителя эмбрионами происходит после I5-минутного действия разряжения и составляет $0{,}403 \pm 0{,}0I5$ условных единиц при $0{,}2I2 \pm 0{,}024$ в контроле, что свидетельствует о резкой гиперемии эмбрионов в результате воздействия.

Течение экспериментальной асфиксии (И.М.Лебедева, I959 г.) у плодов животных, подвергавшихся декомпрессии, в значительной степени отличается от реакции на асфиксию плодов интактных животных.

О ДИНАМИКЕ ГЕМОГЛОБИНА, ЭРИТРОЦИТОВ И ГЕМАТОКРИТА У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ И ИХ МАТЕРЕЙ

М.Хаасма
(Тарту)

В данной работе исследовалось у 70 новорожденных и их матерей в динамике (на I, 3 и 5 день после родов, а также у матерей во время родов) содержание гемоглобина, эритроцитов и гематокрита в капиллярной крови при нормальных и некоторых патологических беременностях и родах.

Определенной связи между указанными показателями крови новорожденных и их матерей не было установлено.

"МЕСЯЧНЫЙ ЦИКЛ У ЖЕНЩИН, ПРИМЕНЯЮЩИХ ВНУТРИМАТОЧНУЮ АНТИКОНЦЕПЦИЮ"

Федеравичюте
(Вильнюс)

Сорок лет тому назад, ученым Е.Грефенбергом был изобретен внутриматочный пессар в виде металлического кольца. Несмотря на свое хорошее противозачаточное свойство пессар Грефенберга имел много недостатков, что заставило гинекологов почти совсем отказаться от его применения. Только в последнее десятилетие, в связи с применением в медицине различного рода пластмасс, внутриматочные пессары из силона или полиэтилена начали широко применяться как эффективное противозачаточное средство.

Наша клиника с конца 1967 г. начала применять внутриматочный силоновый пессар собственной конструкции. Была

разработана соответствующая методика и техника его применения. До конца 1968 года введено свыше 800 пессаров.

Пессары амбулаторно вводились не беременным женщинам и так же оставлялись в полости матки после прерывания беременности. Целью нашей работы было обследование месячного цикла у женщин после апликации пессара. Для этой цели нами обследовано группа женщин, у которых в матке пессар находился не менее 6 месяцев. У женщин определялась базальная температура, симптом зрачка, кристаллизация, цитология влагалища и в некоторых случаях гистология эндометрия.

Полученные данные показали, что месячный цикл у женщин после введения пессара остался без изменений, сохраняя свою двухфазность, что говорит о нормально протекающей овуляции.

О ПРИМЕНЕНИИ ЭПОНТОЛА ДЛЯ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ПРИ МАЛЫХ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ

Э.Тыэвере
(Тарту)

Вопрос обезболивания при малых гинекологических операциях остается до сих пор неразрешенным. Поэтому на себя обратил внимание новый препарат - ЭПОНТОЛ для кратковременного внутривенного наркоза.

Задачей данной работы являлось:

1) наблюдение за клиникой наркоза;

2) исследование влияния эпонтола на артериальное давление и на частоту пульса в динамике;

3) изучение влияния на функцию почек.

Для этой цели определяли содержание билирубина, уробилина, уробилиногена, белка и сахара в моче, взятой до наркоза и на следующее утро, и микроскопический осадок.

Эпонтоловый наркоз был проведен у 94 женщин при искусственном прерывании беременности и у 10 – при диагностическом выскабливании полости матки.

На основе приведенного анализа можно сказать, что новый наркотический препарат – эпонтол не влияет вредно на общее состояние женщин и не вызывает существенных сдвигов в исходных исследуемых показателях.

Эпонтол является ценным средством для обезболивания при малых гинекологических операциях.

СОДЕРЖАНИЕ ХОЛЕСТЕРИНА СЫВОРОТКИ КРОВИ У БОЛЬНЫХ МИОМОЙ МАТКИ

Р.Р.Кимаск и Э.Ю.Курвитс
(Тарту)

В своей работе авторы определяли содержание холестерина сыворотки крови у 40 женщин с миомой матки. Контрольную группу составляли 20 женщин.

Из результатов исследования выяснилось, что содержание холестерина в сыворотке крови значительно повышено у больных миомой матки, что указывает на нарушение функции печени.

СПАЙКИ НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ У ДЕВОЧЕК

Э.Глушко
(Тарту)

По литературным данным спайки наружных половых органов у девочек редко встречаются. Мы имели возможность наблюдать у 6 девочек в возрасте от 6–14 лет спайки между половыми губами и атрезию гимена на почве воспаления.

Произведен анализ причин названной патологии и выработаны методы консервативного их лечения.

О ПРИМЕНЕНИИ ТЕСТА VARGAS-RIVOIRE КАК ПОКАЗАТЕЛЯ ОВУЛЯЦИИ В ПОСЛЕАБОРТНОМ ПЕРИОДЕ

Л.Смирнова и Г.Шкубель
(Тарту)

Для выявления восстановления циклической деятельности яичников после прерывания беременности и для предохранения от беременности физиологическим методом авторы применили тест Варгас-Ривуара.

Авторы изучили результаты этого аллергического теста у 42 женщин, в том числе у 36 после искусственного аборта и у 6 здоровых женщин, как контроль. Одновременно для установления овуляции авторы пользовались измерением базальной температуры, наблюдением за феноменом Клифта и редакцией Мака.

На основании анализа полученных данных авторы пришли к следующим выводам:

I) тестом Варгас-Ривуара можно пользоваться как показателем насыщенности организма эстрогенами;

2) в целях определения овуляции и предохранения от беременности тестом Варгас-Ривуара можно пользоваться только в комбинации с другими тестами (базальная температура и др.).

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ ПОСЛЕ УГРОЖАЮЩЕГО ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

А.Куускла
(Тарту)

В данной клинико-статистической работе наблюдали течение беременности и родов у 90 беременных с угрожающим прерыванием беременности. Беременность сохранилась у 70% женщин.

НЕВРОЛОГИЯ

КОРРЕЛЯЦИОННЫЙ АНАЛИЗ ВЫЗВАННЫХ ПОТЕНЦИАЛОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА ЧЕЛОВЕКА В ПРОЦЕССЕ ОТВЛЕЧЕНИЯ И АКТИВАЦИИ ВНИМАНИЯ

В.С.Глушанко
В.Д.Королев
(Витебск)

Исследовались межсистемные связи в процессе отвлечения и активации внимания при помощи корреляционного анализа вызванных потенциалов (ВП), регистрируемых с области вертекса и затылка, в ответ на световой стимул не несущий сигнального значения ("фон"), а также при приобретении им положительного ("рефлекс") и тормозного ("угашение") двигательного сигнального значения.

Активация внимания после его отвлечения приводила, в целом, к достоверному увеличению межсистемной зависимости при "фоне" и "угашении", в то время как при "рефлексе" эта взаимосвязь уменьшается.

Как при отвлечении, так и при активации внимания отмечена слабая взаимосвязь ранних компонентов ВП и резкое возрастание ее со стороны более поздних, при этом наблюдалась самая высокая корреляционная функция интервала, соответствующего, в основном, наибольшей положительной волне.

Таким образом, корреляционный анализ вызванных потенциалов позволяет говорить о различии во взаимовлиянии со стороны структур, функционально отраженных ранними и более поздними компонентами электрофизиологических ответов мозга человека. Можно предположить возможность дифференцированного влияния второй сигнальной системы как активирующего , так и сдерживающего характера на определенные

функциональные структуры в зависимости от процесса образования положительных и тормозных двигательных условных связей.

О НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКЕ ПРИ СТЕНОЗАХ И ТРОМБОЗАХ КАРОТИДНОЙ СИСТЕМЫ

Э.Мустиметс
(Тарту)

Сравнительно изучена неврологическая симптоматика только у артериографированных больных, у кого обнаружены стенозы и тромбозы в интракраниальной каротидной системе (II больных) с группой больных, у которых обнаружены стенозы и тромбозы в экстракраниальной каротидной системе (30 больных, I4 из них оперированы).

Среди этих наблюдений (4I) мужчин (34) было почти в пять раз больше, чем женщин (7).

При каротидном стенозе и тромбозе на шее заболевание чаще начинается головной болью, тошнотой, рвотой и потерей сознания по сравнению с тромбозами и стенозами интракраниальной каротидной системы.

У двух больных тромбоз на внутренней сонной артерии на шее сопровождался геминарезом на той же стороне.

Нарушение чувствительности отмечается реже при экстракраниальной каротидной окклюзии чем при интракраниальной каротидной окклюзии.

При экстракраниальной каротидной окклюзии наблюдаются психические нарушения в виде депрессии, расстройства памяти, критики, нарушения ориентировки и галлюцинации чаще чем при стенозах и тромбозах интракраниальной каротидной системы.

Монопарезы встречаются чаще при стенозах и тромбозах экстракраниальной каротидной системы.

Перед артериографическими исследованиями диагностировано при стенозах и тромбозах экстракраниальной каротидной системы опухоли головного мозга - 5, воспаления затылочных нервов - I, энцефалиты - 2, субарахнойдальные кровоизлияния - 2, субдуральные гематомы - I.

Весь этот материал сравнен с группой больных (22), у кого клинические признаки недостаточности каротидной системы имеется, но артериографическая находка в пределах нормы.

В этой группе больных (22) мужчин (I2) и женщин (I0) почти одинаково.

Заболеванию в этой группе предшествовало в большинстве случаев физическая перенагрузка, психическая травма или употребление алкоголя.

Начало заболевания разнообразное - у большинства наблюдалось трансисторное нарушение мозгового кровообращения, заболевание начиналось рвотой, головной болью, потерей сознания или без этих продромальных симптомов.

У больных этой группы обнаружено универсальных атеросклерозов - I4, артериальная гипертония - I3, недостаточность сердечной деятельности - 5, абсолютная аритмия - 3, артериальная гипотония - I, сахарный диабет - I.

Артериографическое исследование позволяет диагностировать различные виды стеноза и тромбоза артерии и их точно локализировать в каротидной системе. Неврологическая симптоматика позволяет диагностировать предварительно, какая артерия поражена.

НЕВРОЛОГИЧЕСКАЯ СИМПТОМАТИКА БОЛЬНЫХ ДИСКОГЕННЫМ ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВЫМ РАДИКУЛИТОМ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Т.П.Универ
(Тарту)

В работе исследовались неврологические и хронаксиметрические данные 91 больного дискогенным пояснично-крестцовым радикулитом до 2 и 3 недели после операции, проведенной в нейрохирургическом отделении Тартуской республиканской клинической больницы в 1967-1968 гг.

У 52 оперированных был установлен радикулит L_V, из них у 33 - вследствие пролапса межпозвонкового диска L_4 - L_5 во II А стадии, у 19 - во II Б стадии. Дискогенный радикулит диагностировался у 39 больных, из которых у 31 был установлен пролапс диска в L_5 - S_1 промежутке во II А стадии и у 8 - во II Б стадии. Все больные оперировались по интерламинарному методу. Материалы о неврологической и хронаксиметрической находке обработаны статистически.

У 73,5% больных после устранения сдавления нервного корешка боли ликвидировались полностью, у остальных сохранились с меньшей интенсивностью на ограниченном участке соответствующей дерматомы. После операции характерного для дискогенного радикулита усиления болей при покашливании не отмечалось; "симптом звонка" у всех оперированных стал отрицательным. У большинства больных ликвидировались парестезия и напряженность поясничных мышц. Не установили сколиоза у 90% оперированных, у которых это наблюдалось до операции. Подвижность позвоночника по бокам стала относительно свободной. В то же время сохранялось ограничение подвижности позвоночника спереди и сзади. Восстановление поясничного лордоза достиг-

нуто только у 33% оперированных. Полное устранение нарушений болевой чувствительности установлено у 30% больных, у остальных эти нарушения сохранялись только на ограниченном участке дистальных частей конечности. К указанному послеоперационному сроку достигалось относительно небольшое улучшение тонуса ягодичных мышц и мышц голени, а также неполная нормализация ахиллова рефлекса. У 50% больных нормализовались или приближались к норме показатели моторной хронаксии.

Дальнейшие лечебные меры должны быть направлены к восстановлению нормальной конфигурации и функции позвоночника, а также к повышению тонуса мышц.

К ВОПРОСУ О РОЛИ НАСЛЕДСТВЕННОГО ФАКТОРА В РАЗВИТИИ ИНСУЛЬТА

С.Кочурко и Н.Микевич
(Гродно)

Мы поставили перед собой задачу обследовать семьи больных, перенесших нарушения мозгового кровообращения, и семьи больных, не страдавших сосудистыми заболеваниями, с целью установления зависимости между частотой сосудистых заболеваний у членов семей этих двух групп.

Обследованы семьи 43 больных I группы в возрасте от 31 до 80 лет (15 мужчин и 28 женщин). Контрольная группа также составляла 43 человека в возрасте от 31 до 70 лет. Больные контрольной группы (рассеянный склероз, сирингомиелия и др.) находились на стационарном лечении в клинике нервных болезней.

Полученные нами данные показали, что из 43 семей больных, перенесших нарушения мозгового кровообращения, в 27 семьях обнаружены сосудистые заболевания (у родителей, братьев, сестер, причем чаще у родителей). Из 43 семей больных, не страдающих сосудистыми заболеваниями (контрольная группа), лишь в 10 семьях обнаружены сосудистые заболевания у близких родственников. Т.о., в семьях I группы инсульт встречается почти в

3 раза чаще, чем в контрольной группе.

У 37,6% семей больных, перенесших нарушения мозгового кровообращения, сосудистые заболевания у родственников не обнаружены. Это говорит о том, что в развитии инсульта играет роль не только наследственное предрасположение, но и внешние факторы, без которых наследственное предрасположение не проявляется.

Учитывая вышеизложенное, целесообразно проводить диспансеризацию семей больных с нарушениями мозгового кровообращения.

ВЛИЯНИЕ ХАРАКТЕРА ПОВЕРХНОСТИ СОУДАРЕНИЯ НА РАСПРОСТРАНЕНИЕ ТРЕЩИН ПРИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ (ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ)

А.В.Баумгартль
(Москва)

Довольно часто повреждения головы возникают при вращательных движениях тела человека, а именно при падении на плоскости и ударе о нее затылочной областью. По данным нейро-хирургических стационаров, 22% летальных исходов связаны именно с этим видом травмы (В.Г.Науменко, 1967 г.).

Одним из характерных видов повреждений в подобных случаях является образование трещин (переломов) на костях черепа. При этом значительный интерес представляет характер распространения их. Учитывая чрезвычайную разноречивость литературных данных по этому поводу, мы поставили перед собой задачу установить, влияет ли характер поверхности соударения на распространение трещин по основанию черепа. С этой целью нами было проведено 74 эксперимента на трупах мужчин и женщин. Эксперименты проводились на специальном стенде, изготовленном на кафедре. Стенд обеспечивал свободное падение

фиксированного в нем трупа. Падение производилось на различные поверхности: кафельный пол, деревянный и пол, покрытый линолеумом.

В 32 наблюдениях поверхностью соударения служил кафельный пол. Из них в 29 случаях были обнаружены трещины костей черепа, в 2-х - расхождение швов, и лишь в одном случае повреждений костей обнаружить не удалось. В 22 случаях падение производилось на деревянный пол. При этом трещины отмечались в 10 случаях, расхождение швов - в 8, в 4 наблюдениях кости черепа повреждены не были. Из 20 экспериментов, проведенных на полу, покрытом линолеумом, в 15 случаях повреждений костей черепа не обнаружено, в 5 - трещины. Во всех наблюдениях местом соударения была область затылочного бугра. Всего из 74 экспериментов повреждения костей черепа в виде трещин отмечались в 44 случаях. Как правило, трещины распространялись от места соударения вдоль внутреннего затылочного гребня или, пересекая его (21,9%), огибали большое затылочное отверстие, заканчиваясь на яремном отверстии, или или далее через рваное отверстие к передней черепной яме.

В случаях падения на кафельный пол из 29 переломов 4 локализовались только в пределах задней черепной ямы. 12 - захватывали и среднюю, в 13 случаях линия перелома шла через все три черепные ямы, заканчиваясь на одной из глазничных частей лобной кости. При падении на деревянный пол в 6 наблюдениях повреждалась задняя черепная яма, в 3 - задняя и средняя и только в одном случае линия перелома доходила до передней черепной ямы. В экспериментах, проведенных на полу, покрытом линолеумом, в 4 случаях трещины распространялись по задней черепной яме, в 1 - повреждалась и средняя, и ни разу линия перелома не доходила до передней черепной ямы.

Все вышеизложенное позволяет нам высказать мнение, что характер поверхности соударения оказывает влияние только на протяженность распространения трещин по основанию черепа, ход же их остается типичным.

ВЛИЯНИЕ ВНУТРИВЕННОГО ВВЕДЕНИЯ ГЛИЦЕРИНА НА РАЗВИТИЕ ОТЕКА МОЗГА И НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СИСТЕМЫ СВЕРТЫВАНИЯ

В.Б.Шалькевич
(Минск)

Влияние глицерина, вводимого в вену, на посттравматический отек головного мозга проверено в эксперименте на 20 кроликах-самцах. Через сутки после нанесения травмы мозгового вещества кролика, в вену уха вводился 30% раствор глицерина из расчета 0,6-1,8 г/кг веса. Измерение напряжения твердой мозговой оболочки и степени выбухания мозговой ткани проводились каждые 5-10 минут на протяжении 2-6 часов после введения глицерина. Изучалось также влияние глицерина на ЭЭГ, ЭКГ, дыхательные движения грудной клетки и общее состояние кролика.

Изменение показателей системы свертывания крови после введения 30% раствора глицерина было исследовано на 15 кроликах-самцах. Кровь бралась из краевой вены уха. После определения исходных данных в вену уха вводился раствор глицерина. Из другой вены производился забор крови через 20-40-60 минут после введения. Время свертывания крови, рекальцификации плазмы, тромбиновое, протромбиновое, свободный гепарин, толерантность плазмы к гепарину, 3-я фракция, начало ретракции кровяного сгустка определялись по методике Е.П.Иванова и И.И.Данилина; фибриноген - И.И.Котлярова. Кроме того, определялся объем форменных элементов по гематокриту.

В результате исследования установлено, что внутривенное введение глицерина сопровождается выраженным дегидратирующим эффектом. Наиболее выражен он на 15-20 минуте. Продолжительность действия однократного введения глицерина рав-

на I,5–6 часам.

Внутривенное введение глицерина активирует свертывающую систему крови за счет увеличения количества фибриногена и депрессии антикоагулянтного звена противосвертывающей системы (снижения уровня свободного гепарина и уменьшение антитромбиновой активности).

ЭХОЭНЦЕФАЛОГРАФИЯ ПРИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ У ДЕТЕЙ

Л.М.Коробко
(Москва)

Черепно-мозговая травма у детей занимает одно из первых мест среди прочих повреждений (по данным Г.Я.Эпштейн, I964 г. – 28%) и требует специализированной помощи в условиях стационара. В травматологическом отделении детской городской больницы им. Н.Ф.Филатова 23% больных составляют дети с черепно-мозговой травмой. Наиболее сложную в отношении диагностики и лечения группу составляют больные с тяжелыми повреждениями мозгового вещества, с переломами свода и основания черепа, отеком-набуханием мозга, эпидуральными или субдуральными гематомами, внутримозговыми и субарахноидальными кровоизлияниями.

Чрезвычайно важное значение имеет своевременная и быстрая диагностика внутричерепных кровотечений, т.к. нередко считанные минуты решают дальнейшую жизнеспособность головного мозга.

Для своевременной диагностики компрессии мозга в крупных нейрохирургических учреждениях используют ангио-, пневмо- и электроэнцефалографии, которые не всегда выполнимы в обычных травматологических учреждениях, да и два первых метода исследования дают определенный процент осложнений, далеко не безразличных для больного.

В 1968 году мы стали пользоваться методом эхоэнцефалографии (аппарат эхоэнцефалограф "ЭХО-II") для диагностики с помощью ультразвука патологических анатомических образований в полости черепа.

Эхоэнцефалография проста по выполнению, не требует каких-либо специальных условий и подготовки больного, довольно быстро выполнима и совершенно безопасна для пациента. Многократное повторение исследования позволяет наблюдать течение патологического процесса в динамике.

При обследовании 66 детей с черепно-мозговой травмой от периода новорожденности до 15 лет среднее ЭХО отклонялось в пределах ±I - I,5 мм, что указывало на отсутствие патологического процесса. У больного Ю., I2 лет, поступившего в стационар в тяжелом коматозном состоянии с предположительным диагнозом "бутулизм" после эхоэнцефалографии диагностировано кровотечение в правое полушарие головного мозга. На аутопсии - разрыв аневризмы височной артерии справа.

Предварительные данные эхоэнцефалографии позволяют говорить о большой ценности метода. Однако следует отметить, что правильная оценка эхоэнцефалографии возможна лишь с учетом анамнеза и клинической картины.

О СОДЕРЖАНИИ ПИРОВИНОГРАДНОЙ КИСЛОТЫ В ВЕНОЗНОЙ КРОВИ У БОЛЬНЫХ МОЗГОВЫМ ИНСУЛЬТОМ

К.Партс
(Тарту)

Существенным фактором патогенеза и последующего течения болезни мозговых инсультов является развитие гипоксии, при которой нарушаются окислительные процессы как в ткани мозга, так и в целом организме. Вследствие этого накаплива-

ются в тканях недоокисленные продукты обмена, в основном органические кислоты, повышение которых отражается в соответствующих изменениях биохимизма крови.

Задачей данной работы является выяснение особенностей обмена одного центрального соединения межуточного обмена - пировиноградной кислоты - у больных мозговым инсультом по содержанию этого вещества в венозной крови.

Наряду с достаточным содержанием кислорода в тканях организма, при окислении и в дальнейших превращениях пировиноградной кислоты существенное значение имеет присутствие кокарбоксилазы, компонентом которого является тиамин.

В данной работе мы пытаемся характеризовать и эту сторону обмена, так как у 70% из исследованных больных в лечебном комплексе имелся витамин B_I.

Пробы крови брались из локтевой вены. Содержание пировиноградной кислоты определяли по методу Фридеман-Хаугена. Исследования проводились в течении 3 недель болезни.

Всего исследовали 38 больных инсультом мозга. Из них с диагнозом инфаркта - 28 и кровоизлияния - 10.

Контрольная группа состояла из 9 больных без существенной патологии мозга и обмена веществ. У 8 из больных пировиноградная кислота была определена повторно после введения 1 мл 5% раствора витамина B_I.

Результаты исследования:

1. Содержание пировиноградной кислоты в венозной крови больных контрольной группы на верхней границе по данным литературы о нормальных величинах. После нагрузки B_I витамином содержание пировиноградной кислоты уменьшалось 2,5 раза.

2. Средние величины пировиноградной кислоты группы инфаркта и геморрагии увеличены по сравнению с контрольной группой, но не отличаются между собой.

3. При более легких поверхностных инфарктах содержание пировиноградной кислоты меньше, чем при глубоких и об-

ширных инфарктах и случаях летального исхода.

4. При более легких инфарктах пировиноградная кислота в течение 3 недель постепенно убывалась.

При более тяжелых случаях и при летальном исходе она оставалась на том же уровне или даже увеличивалась.

Выводы:

I. Вследствие нарушения окислительных процессов у больных мозговым инсультом в венозной крови накапливается пировиноградная кислота, содержание которой зависит от тяжести заболевания и течения болезни, но не от формы инсульта.

2. Витамин B_I улучшает существенно обмен пировиноградной кислоты.

При оценке причины увеличения уровня пировиноградной кислоты в крови нужно учитывать сдвиги обмена, связанные с введением витамина B_I.

ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ШЕЙНЫХ ДИСКОГЕННЫХ МИЕЛОПАТИЙ

П.Юмар
(Тарту)

В этой работе рассматривается диагностика 54 больных с цервикальной миелопатией. Из них в 32 случаях был произведен анализ хирургического лечения.

Клинически различают острые, подострые и хронические прогрессирующие формы болезни, которые обусловлены механическим воздействием пролабированного диска на спинной мозг или же нарушением кровообращения, вызванного выпячиванием диска.

Для дифференцирования острых, подострых и хронических форм болезней имеет большое значение спондило-, миело- и ангиографическое исследования, а также динамические пробы ликвора.

Основной целью хирургического вмешательства является освобождение спинного мозга от сдавливания. Для этого применяется широкая цервикальная ламинектомия с последующим освобождением lig.denticulatum от дурального мешка.

При острых травматических дискогенных миелопатиях применяется передний доступ, через который производят передний спондилодез.

Хирургическим лечением достигнуто значительное улучшение неврологического состояния.

ВЛИЯНИЕ БЕМЕГРИДА И ЭУФИЛЛИНА НА ФУНКЦИЮ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ У НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ, НУЖДАЮЩИХСЯ В РЕАНИМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

М.Бах и Р.Крузе
(Тарту)

В комплексе лечения больных с тяжелыми нарушениями функции внешнего дыхания приобрела значение интубации, трахеотомия, оксигемотерапия через зонд и кратковременное или длительное искусственное дыхание. Несмотря на это, перспективны и не потеряли своего значения медикаменты, стимулирующие и поднимающие функцию дыхания у этих больных. До сих пор еще недостаточно изучено действие бемегрида и эуфиллина на дыхательную функцию неврологических больных, несмотря на то, что их широко применяют в повседневной практике.

В своей работе мы исследовали спирографическим методом действие бемегрида и эуфиллина. Исследования произвели у 70 больных: с тяжелыми черепномозговыми травмами, с опухолями головного мозга, инсультом мозга и т.д. 38 больных были трахеотомированы. Одновременно с этим мы вводили те же медикаменты с целью контроля больным, которые не имели существенных расстройств дыхания.

Из 70 больных 35-ти ввели 0,5% раствор бемегрида

10 мл и 35-ти ввели 2,4% раствор эуфиллина 10 мл внутривенно. Из спирографических данных проанализировали частоту дыхания, объем дыхания, минутный объем дыхания, потребление кислорода в минуту, коэффициент утилизации.

При математическом анализе выяснилось, что при введении бемегрида частота дыхания снизилась, объем дыхания и минутный объем увеличились, потребление кислорода существенно не изменилось. Под действием эуфиллина в большинстве случаев частота дыхания увеличилась, соответственно увеличивались объем дыхания и минутный объем.

Учитывая фармакологическое действие медикаментов и результаты нашего исследования можно сделать вывод, что бемегрид и эуфиллин нормализуют нарушенную дыхательную функцию: первый действует через ретикулярную формацию, второй на функцию легких.

ТРАХЕОТОМИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНОМОЗГОВОЙ ТРАВМЫ

В.Каху, М.Пээрна, М.Липлап
(Тарту)

Целью работы является выявить значение трахеотомии при лечении больных с тяжелыми контузиями головного мозга.

Мы изучили 117 историй болезни больных, которые лечились в респират. центре Тартуской Республиканской клинической больницы с 1958 по 1967 гг. Среди изученных больных были 101 мужчина и 16 женщин. Летальность данной группы больных была 47%. На основе обработки материала можно было сделать следующие выводы.

1. В 79 случаях из 117 больных с тяжелыми травмами головного мозга в острой стадии травмы были явные клинические симптомы нарушения внешнего дыхания в результате механического препятствия в верхних дыхательных путях. У 55 больных из 79 анализируемых во время операции трахеотомии была обнаружена аспирационная масса в трахее.

2. Комплексная терапия витальных нарушений являлась наиболее эффективной у более молодых возрастных групп. В возрасте ниже I4 лет из 8 больных умер I, в возрасте от I5-30 лет из 37 больных умерли I4, от 3I-45 лет из 33 больных умерли I5, от 46-60 лет из 20 больных - II; выше 60 лет умерли II.

3. Анализ показал, что наиболее эффективные результаты наблюдались при раннем - начало интенсивного лечения. При лечении, начатом в течение первых 3-х часов, летальность была 45%, от 3 до 6 часов - летальность достигла 55%. Такие же соотношения обнаружились в зависимости от времени положения трахеотомы: при трахеотомировании в течение первых 6 часов летальность была 45% - течение следующих I8 часов - 63%.

4. Нарушения дыхания в остром периоде травмы наблюдались у 95 больных; после наложения трахеостомы состояние значительно улучшилось у 68-ми больных.

5. Из компликаций при трахеотомии в 6 случаях наблюдались кровотечение из трахеостомы, в 2-х случаях - подкожная эмфизема шеи и лица.

6. Трахеотомия дает возможность производить эффективный трахеобронхиальный туалет и аэрозольную терапию, и этим облегчает лечение бронхопневмонии.

НЕКОТОРЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ СОТРЯСЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА У ДЕТЕЙ

Б.С.Рехелис, А.И.Игнатенок
(Кишинев)

Нами анализирована 24I история болезни детского хирургического отделения Республиканской детской клинической больницы МССР за I964-I968 гг.

Установлено, что сотрясение головного мозга встречается чаще у мальчиков (68%) и реже у девочек (32%). В 80% случаев отмечаются сотрясения головного мозга I степени,

вторая степень встречалась в 20% случаев и только у мальчиков. Кроме того, установлено, что чаще всего эта травма наблюдалась у детей в возрасте от 5 до 12 лет.

Причинами, вызвавшими эту травму, были падение с высоты, удары и ушибы. По нашим данным реже наблюдались травмы, обусловленные транспортными авариями.

Клиническое обследование показало, что основными признаками сотрясения головного мозга были бледность кожных покровов, вялость, сонливость, иногда беспокойство. У 9% детей наблюдались возбуждение и тахикардия, у 3% паралич лицевого нерва по центральному типу, у 31% ретроградная амнезия, у 12% кратковременная задержка мочеиспускания, у 10% недержание мочи, у 28% детей первого года жизни имелись и диспептические явления. У части детей отмечались нерезко выраженные менингеальные признаки, гипотония, снижение сухожильных, брюшных, реже- корнеальных рефлексов,

Терапия этих больных включала в себя применение ганглиоблокирующих средств, десенсибилизирующее лечение, употребление витаминов и других общеукрепляющих средств.

Примененная в клинике терапия позволила сократить сроки госпитализации больных с сотрясением головного мозга на половину. Результаты лечения хорошие.

О ДИНАМИКЕ ВЫСШЕЙ НЕРВНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ У ДЕПРЕССИВНЫХ БОЛЬНЫХ ПОД ДЕЙСТВИЕМ ЛЕЧЕНИЯ

Ю.А.Лийвамяги
(Тарту)

Депрессивному синдрому, сопровождающему многие заболевания, свойственны пониженное настроение, замедление психических процессов, заторможенная моторика и изменение деятельности вегетативной нервной системы.

В данной работе исследовалось 43 больных. Из них 10 больных с депрессивной фазой циокулярного психоза (средний

возраст 53 года, образование в среднем 7 классов), 9 - с реактивной депрессией (средний возраст 34 года, образование 9 классов) и 24 - больные с инволюционной депрессией (средний возраст 58 лет, образование 6 классов). В последней группе по клиническому течению различали подгруппы с хорошим и неблагоприятным прогнозом.

При депрессивной фазе маниакально-депрессивного психоза выработка новых связей во II сигнальной системе затруднено, подвижность и стабильность возбуждения и внутреннее торможение в области старых и автоматизированных связей и элементарных механизмов II сигнальной системы ослаблено. Под влиянием лечения пассивное торможение в I и II сигнальных системах начинает уменьшаться, а подвижность возбуждения - улучшаться. Внутреннее торможение улучшается быстрее в I сигнальной системе (с 3-4 неделями лечения), медленнее в механизмах II сигнальной системы.

У больных с реактивной депрессией ассоциативная деятельность, дифференцирующее торможение в элементарных связях и темп мышления расстроено относительно меньше, чем при других депрессивных состояниях. Во время лечения пассивное торможение во II сигнальной системе в области автоматизированных и старых связей уменьшается быстрее (с 2-3 неделями лечения), чем в других механизмах. Концентрация внутреннего торможения в механизмах I сигнальной системы улучшается относительно быстро (с 2-3 неделями лечения), во II сигнальной системе медленнее.

В подгруппе больных инволюционной депрессией с благоприятным прогнозом пассивное торможение сравнительно устойчивее в механизме I сигнальной системы и в соединяющих механизмах I и II сигнальных систем. Во II сигнальной системе пассивное торможение во время лечения ослабляется в первую очередь в автоматизированных и старых связях (с 3-4 неделями). В результате лечения сильная депрессия и тревога исчезают, но может остаться некоторое эмоциональное напряжение. Темп мышления, волевая активность улучшается, но могут сохраняться отдельные бредовые идеи; уменьшается им-

пульсивность.

У больных с инволюционной депрессией с неблагоприятным прогнозом пассивное торможение в механизмах I сигнальной системы сильнее, подвижность нервных процессов меньше, сильнее страдает внутреннее торможение. Лечению эти больные поддаются хуже, как клинически, так и в отношении изменений высшей нервной деятельности. Несмотря на интенсивное лечение, все же сохраняются отдельные нарушения ощущений и пониженное настроение; бредовые идеи исчезают и темп мышления ускоряется очень медленно.

Комплексное изучение высшей нервной деятельности и вегетативных функций до лечения, а также изучение изменений происходящих во время лечения позволяет оценить глубже патофизиологические механизмы и эффект лечения.

ИССЛЕДОВАНИЕ"УРОВНЯ ПРИТЯЗАНИЙ" У ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ ХРОНИЧЕСКИМ АЛКОГОЛИЗМОМ

В.М.Матреничев
(Гродно)

В клинике алкоголизма большое внимание уделяется изменениям личностных качеств у лиц, страдающих хроническим алкоголизмом. Эти изменения, в основном, относятся к аффективной и интеллектуальной сфере (С.Г.Жислин, И.В.Стрельчук, В.М.Банщиков, Ц.П.Короленко, А.Раховски).

Данная работа была выполнена с целью изучить возможность применения методики "исследования уровня притязаний" для определения личностных нарушений у хронических алкоголиков. В частности, с помощью этой методики выявляются изменения внимания, памяти, оценки своего поведения и своих способностей.

Была обследована группа из 45 хронических алкоголиков, Все они находились на лечении в наркологическом стационаре. Получены следующие результаты. "Уровень притяза-

ний" намечался у исследуемых только в единичных случаях. Для основной группы исследуемых характерным было отсутствие критического подхода к своим действиям. Проявлялось это чаще в равнодушном отношении к выполнению задания, реже - в переоценке своих способностей. В большинстве случаев отмечалось снижение внимания, памяти, неумение выделить главное, нарушение абстрактного мышления, сужение круга интересов. Выполнение заданий редко сопровождалось заметными эмоциональными реакциями.

Таким образом, использованная нами методика является простым и достаточно объективным психологическим тестом и может с успехом применяться для оценки состояния личности.

"СПОСОБНОСТЬ УСВОЕНИЯ У ХРОНИЧЕСКИХ АЛКОГОЛИКОВ"

А.А.Мурд, М.Коортс
(Тарту)

I. У 37 хронических алкоголиков произведены исследования способности усвоения по стандартному методу Лурия и по оперативному тесту обучения. Опыты производились до лечения больных хроническим алкоголизмом и через 2 и 4 недели после начала лечения.

2. В опытах, произведенных до лечения выявляется, что у исследуемых хронических алкоголиков образования новых связей во второй сигнальной системе затруднено, менее точные связи прерываются быстрее чем у здоровых лиц.

3. Под влиянием противоалкогольного лечения и воздержания от алкоголя на вторую неделю выявляются значительные признаки улучшения функции памяти у исследуемых. Способность усвоения улучшается как в качественном, так и в количественном отношениях, но, в то же время не выявляются заметные изменения в скорости образования новых связей.

4. Под влиянием четырехнедельного лечения функции памяти исследуемых еще более улучшаются и практически

приближаются к уровню здоровых лиц.

"ДЕЙСТВИЕ ТИЗЕРЦИНА НА ВЫСШУЮ НЕРВНУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ И ВЕГЕТАТИВНУЮ РЕГУЛЯЦИЮ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ"

Э.Пыллу, М.Эхамаа
(Тарту)

1.Действие тизерцина (25 мг и 50 мг) прослежено у 21 больного в остром и подостром периодах шизофрении клинически и с помощью комплекса методов исследования высшей нервной деятельности, под плацебо-контролем.

2. Под действием тизерцина в замыкательной деятельности второй сигнальной системы наблюдается улучшение интенсивности раздражительного процесса, при чем действие (25 мг и 50 мг) практически одинаково.

3. В первой сигнальной системе тизерцин углубляет явления пассивного торможения, действие 25 мг выражено сильнее чем 50 мг.

4. В вегетативных функциях под действием тизерцина происходит сдвиг в сторону повышения симпатического тонуса, при чем максимум действия проявляется на второй час, действие 50 мг интенсивнее чем 25 мг.

5. В действии тизерцина на больных шизофренией на первом плане преобладает компонент усиливающий возбуждение и симпатикотонию, что нужно учитывать в его терапевтическом применении.

"НЕКОТОРЫЕ ЗАКОНОМЕРНОСТИ АССОЦИАТИВНЫХ ПРОЦЕССОВ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ И ДЕПРЕССИВНЫХ СОСТОЯНИЯХ"

А.О.Михельсон
(Тарту)

Исследование ассоциативного процесса проводится с группой депрессивных больных и больных хронической шизофренией.

Отличием применяемой методики исследования от "классических" является то, что сигнальные слова разделены на шесть категорий. При оценке качественной стороны ассоциативного эксперимента слова разделены на шесть таких же категорий, как и сигнальные слова.

Полученные результаты позволяют сделать вывод, что течение ассоциативного процесса замедленно в наибольшей степени у депрессивных больных.

Предварительные данные указывают на некоторую идентичность качественной стороны ассоциативного процесса у депрессивных больных и больных хронической шизофренией.

При сравнении латентных периодов ответов максимальные цифры в группе депрессивных больных превышают те же цифры в группе больных хронической шизофренией в три раза (при сравнении ответов на первую и пятую категории).

В контрольной группе максимальные величины среднего латентного периода равны 2,6, минимальные 2,0, у больных хронической шизофренией максим. ср. величина латентного периода равна 5,0, минимальная - 3,6.

Наибольшую разность в величинах ср. латентного периода мы наблюдаем в группе депрессивных больных, где максимальная величина равна 16,4 (первая категория), минимальная равна 6,9 (третья категория).

Таким образом зависимость течения ассоциативного процесса от категории сигнального слова в контрольной группе носит умеренный характер, наиболее контрастно проявляется данная связь у депрессивных больных и не менее резко она выявляется у больных хронической шизофренией.

"АНАЛИЗ ДИНАМИКИ ГОСПИТАЛИЗИРОВАНИЯ БОЛЬНЫХ С ДЕПРЕССИВНЫМ СИНДРОМОМ В ТАРТУСКОЙ РЕСПУБЛИКАНСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕ В ТЕЧЕНИИ 1958 - 1967 ГОДОВ"

В.Х.Янес и А.М.Аадамсоо
(Тарту)

1. Были анализированы данные Тартуской Республиканской Клинической Психоневрологической Больницы по госпитализации больных с депрессивным синдромом в общей сумме 1219 случаев, что составляет 12% из общего числа принятых в этот период на стационарное лечение.

2. Больных с депрессивной фазой маниакально-депрессивного психоза было госпитализировано в наблюдаемом периоде всего 57 случаев (5%), больных с инволютивной депрессией 442 случая (36%) и других (в основном реактивных) депрессий 720 случаев (59%).

3. Число госпитализаций больных с депрессивным синдромом было в 1966 и 1967 годах почти в два раза больше, чем в 1958 и 1959 годах.

4. Процент больных с депрессивным синдромом в сравнении с общим числом больных в данном периоде увеличился с 8 до 15 процентов.

5. Названные данные и произведенный в докладе подробный анализ подчеркивают необходимость ранней диагностики и эффективного лечения депрессивных состояний.

ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ ЖИЗНЕОПАСНЫХ СОСТОЯНИЯХ В НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ

Р.Нурме
(Тарту)

Исследовалось 45 историй болезни больных с летальным исходом в нейрохирургическом отделении и респираторно-реанимационном центре Тартуской респ. клин. больницы, у которых основная болезнь осложнилась желудочным кровотечением. В числе анализируемых больных было II женщин и 34 мужчины в возрасте от 7,5 месяцев до 80 лет. Чаще всего имелись желудочные кровотечения у больных в возрасте 60-70 лет (I3 случаев).

Исследуемый контингент больных можно по основной патологии разделить на следующие группы:

Травмы головного мозга	- I2	случаев
Опухоли головного мозга	- 5	"
Васкулярная патология мозга	- I0	"
Эпилептические состояния	- 5	"
Поражения спинного мозга или полирадикулоневрит	- 5	"
Другая патология	- 8	"

В анализируемых случаях желудочные кровотечения возникали чаще всего в первые I0 дней болезни постоперативного периода с максимумом в первый день болезни или в первый день после операции.

В периоде перед желудочным кровоизлиянием в клинической картине были разные тяжелые нарушения, вызывающие гипоксии тканей: дыхательная и острая сердечно-сосудистая недостаточность, нарушения сознания, потение, икота, последняя особенно при травмах головного мозга. В половине случаев желудочному кровотечению предшествовало падение кровяного давления, часто даже за день до манифестации желу-

дочного кровотечения.

В 55% случаях основной болезней сопутствовали бронхопневмония, острая эмфизема легких, отек легких, ателектаз, гипостатическая пневмония и абсцесс легких. В 29% случаях оказалось возможным локализовать поражения мозга в стволе мозга.

Из анализируемых 45 случаев желудочные кровотечения можно было уточнить в 80% случаев на основе клинически манифестных признаков, а в 20% случаев только на основе пат-анатомических изменениях.

Пат-анатомически нашли незначительные морфологические изменения желудка и при клинически выраженных случаях желудочного кровотечения - петехии, эрозии, кровоизлияния в слизистое желудка. Только в одном случае нашли язву и в другом некроз стенки желудка с перфорацией в поджелудочную железу.

"О ВЛИЯНИИ ИНСУЛИННОГО ЛЕЧЕНИЯ НА ВЫСШУЮ НЕРВНУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ"

Р.Иннос, Ю.Аасо, В.Сергеев
(Тарту)

I. Анализировали с помощью клинического исследования и комплекса исследования высшей нервной деятельности влияние инсулинного лечения у 35 больных шизофрении.

Бывших первично на стационарном лечении было 13, повторных 22.

2. Курс лечения инсулином дал у 18 больных (51%) хорошую (А,В) ремиссию, у 16 больных умеренную (С,Д) ремиссию и у 1 больной осталось без эффекта.

3. Впоследствии лечения инсулином выявились в высшей нервной деятельности наблюдаемых больных следующие основные изменения: второй сигнальной системы и подручность преж-

них связей улучшились, как квантитативно, так и квалитативно.

4. В элементарных механизмах второй сигнальной системы существенных изменений не произошло.

5. Инсулинное лечение не вызвало существенных колебаний в области вегетативного тонуса и реактивности в группе наблюдаемых целиком, но выявились изменения в связи с клиническими особенностями и ремиссиями больных.

Содержание

Стр.

ПЛЕНАРНОЕ ЗАСЕДАНИЕ

Е.И.Минчев. ИНТУИЦИЯ В НАУКЕ 5

Д.Бальчюнайте, Ю.Маслаускас, А.Гришкевичюс, А.Юкневичюс. ПЕРЕСАДКА ПОЧЕК В ТАЗ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ 7

В.Адомайтис. ИЗМЕНЕНИЕ ФОРМЫ И ПОЛОЖЕНИЯ ЖЕЛУДКА ЧЕЛОВЕКА В ПРОЦЕССЕ РАЗВИТИЯ 8

И.А.Скобелюс, Г.Д.Золотенко. О ВЛИЯНИИ ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ИННЕРВАЦИИ И ВАСКУЛЯРИЗАЦИИ НА СОСТОЯНИЕ АУТОТРАНСПЛАНТИРОВАННОЙ ПОЧКИ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ 10

Л.Энтсик "СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА О ЗНАНИЯХ СТУДЕНТОВ МЕД.ФАКУЛЬТЕТА В ОБЛАСТИ СЕКСУОЛОГИИ" 11

Г.П.Адаменко, А.Ю.Барышников, В.И.Ларина, Э.И.Гукова. ВЛИЯНИЕ АНТИЛЕЙКОЦИТАРНОЙ СЫВОРОТКИ НА РОСТ НЕСОВМЕСТИМЫХ ОПУХОЛЕЙ 12

О.Е.Хоруженко. ЛАТЫШСКИЙ РЕВОЛЮЦИОНЕР - МЕДИК Н.В.ШМЕМАН 13

Н.Э.Хензеле. О ЧАСТОТЕ СЕНСИБИЛИЗАЦИИ К СТРЕПТОМИЦИНУ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЭТИМ ПРЕПАРАТОМ 14

Я.Ярвекюльг. О НЕКОТОРЫХ ВОЗМОЖНОСТЯХ УЛУЧШЕНИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СЕЛЬСКИХ ЗДРАВУЧРЕЖДЕНИЙ ЗА СЧЕТ РАЦИОНАЛИЗАЦИИ РАБОТЫ (По материалам сети здравоохранения Тартуского района)..... 16

ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

Д.М.Лапик. ПОЛЯРОГРАФИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ СЫВОРОТКИ КРОВИ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫХ ПОСТДИФТЕРИЙНЫХ ПОЛИНЕВРИТАХ У СОБАК 18

М.Пыльд. О ВЛИЯНИИ СЕРОТОНИНА НА ЖЕЛУДОЧНУЮ СЕКРЕЦИЮ 19

М.М.Мкртумян. МЕДИЦИНА В СРЕДНЕВЕКОВОЙ АРМЕНИИ И ВСЕМИРНОЕ ЗНАЧЕНИЕ ТРУДА "УТЕШЕНЬЕ ПРИ ЛИХОРАДКАХ" Мхитара Гераци 20

Г.С.Санадирадзе и М.Ш.Михелашвили. ВЛИЯНИЕ ГИПЕРФУНКЦИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НА РОСТ ОПУХОЛЕЙ 21

Стр.

В.И.Утехин. К АНАЛИЗУ ИЗМЕНЕНИЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НОВОРОЖДЕННЫХ КРЫСЯТ ПРИ ЧАСТИЧНОЙ РЕЗЕКЦИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ БЕРЕМЕННОЙ САМКИ БЕЛОЙ КРЫСЫ 22

А.С.Соломатин. ОБ ИЗМЕНЕНИЯХ СЕРДЕЧНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ЭКГ У СОБАК ПРИ ВНУТРИВЕННОМ ВВЕДЕНИИ АДРЕНАЛИНА И АТРОПИНА 23

Н.В.Маклаков и В.Я.Родионов. ЯЧЕЙКА ДЛЯ ПОЛЯРОГРАФИЧЕСКОГО ОПРЕДЕЛЕНИЯ ТКАНЕВОГО ДЫХАНИЯ 25

С.И.Табатари. "ВЛИЯНИЕ ВИТАМИНА B_{15} НА БЕЛКОВЫЙ СПЕКТР КРОВИ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ПИЩЕВЫХ РАЦИОНАХ" 26

Д.Н.Балдин, А.Н.Севостьянов, А.Л.Сулла К ИЗУЧЕНИЮ ЗАВИСИМОСТИ РАБОТЫ АОРТЫ КРОЛИКА, КОШКИ И ГОЛУБЯ ОТ ДАВЛЕНИЯ И НАГРУЗКИ 27

В.Н.Ростовцев. МОЛЕКУЛЯРНАЯ МОДЕЛЬ СОКРАЩЕНИЯ МЫШЦЫ 28

С.И.Березка. К МЕХАНИЗМУ ДЕЙСТВИЯ АНТИБИОТИКОВ КРУЦИНА И НЕОЦИДА НА ЦИТОПЛАЗМАТИЧЕСКИЕ ВКЛЮЧЕНИЯ АСЦИТНОЙ КАРЦИНОМЫ ЭРЛИХА 30

Э.Л.Левина. ИЗУЧЕНИЕ ФИЗИКО-ХИМИЧЕСКОЙ ГЕТЕРОГЕННОСТИ АНТИТЕЛ В СЫВОРОТКАХ БОЛЬНЫХ СКЛЕРОМОЙ 31

Б.Палаймайте и Л.Патракеева. ИЗЫСКАНИЕ -АДРЕНОБЛОКАТОРОВ СРЕДИ НОВОСИНТЕЗИРОВАННЫХ ПРОИЗВОДНЫХ БЕНЗОДИОКСАНА-I,4 И БЕНЗОЛА 32

В.М.Козин. ВЛИЯНИЕ УЛЬТРАЗВУКОВЫХ КОЛЕБАНИЙ НА АКТИВНОСТЬ НЕКОТОРЫХ ФЕРМЕНТОВ ГЛИКОЛИЗА И ПЕРЕАМИНИРОВАНИЯ В ПЕЧЕНИ БЕЛЫХ КРЫС 33

О.Н.Детинкин. ДИНАМИКА СОДЕРЖАНИЯ НУКЛЕИНОВЫХ КИСЛОТ, БЕЛКОВ, ГЛИКОГЕНА И ЛИПОИДОВ В ПЕЧЕНИ КРЫС ПОД ВЛИЯНИЕМ УЛЬТРАЗВУКА 34

А.И.Хоменко и Т.А.Квятович. К ВОПРОСУ ИЗУЧЕНИЯ ОБМЕНА БИОГЕННЫХ АМИНОВ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ КРОВИ 35

Е.В.Барковский . ПОПЫТКА ИНФОРМАЦИОННОГО АНАЛИЗА СПЕКТРА ТИОЛОВЫХ ГРУПП СЫВОРОТКИ КРОВИ ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ 36

Н.Н.Оборин. ВЫДАЮЩИЙСЯ УКРАИНСКИЙ БИОХИМИК И.Я.ГОРБАЧЕВСКИЙ 37

Стр

В.Ю.Домбровский. К ОЦЕНКЕ ВОЗРАСТНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ АКТИВНОЙ КЛЕТОЧНОЙ МАССЫ 38

Т.М.Наливайко. ВЛИЯНИЕ АЦЕТИЛХОЛИНА И ГИСТАМИНА НА НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ СВЕРТЫВАЮЩЕЙ И ПРОТИВОСВЕРТЫВАЮЩЕЙ СИСТЕМЫ КРОВИ 39

С.Ю.Рябенков, В.И.Майоров, А.И.Верес. К ВОПРОСУ О КОНФОРМАЦИОННЫХ ИЗМЕНЕНИЯХ ТРИПСИНА И МИОЗИНА ПРИ ДЕНАТУРАЦИИ 40

Т.Э.Куллисаар. О ДЕЙСТВИИ АММИАКА IN VITRO НА АКТИВНОСТЬ Mg^{2+} - АКТИВИРУЕМОЙ И ($Na^{+} + K^{+}$) - АКТИВИРУЕМОЙ АТФазы ПРЕПАРАТОВ МОЗГА, ПРЕДВАРИТЕЛЬНО ОБРАБОТАННЫХ ДЕЗОКСИХОЛАТОМ 41

Г.Н.Бикметов. О СОДЕРЖАНИИ СВОБОДНЫХ АМИНОКИСЛОТ В КРОВИ ПРИ ОСТРОЙ КРОВОПОТЕРЕ И РЕЗЕКЦИИ ПЕЧЕНИ.. 42

Э.И.Паэсалу. ВЛИЯНИЕ ФЕНАМИНА НА Mg^{2+} И ($Na^{+} + K^{+}$) - АКТИВИРУЕМЫЕ АТФазы В МОЗГУ 43

У.Н.Микелсаар. ОЧИСТКА ТРАНСГЛУТАМИНАЗЫ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЕЕ МОЛЕКУЛЯРНОГО ВЕСА С ПОМОЩЬЮ СЕФАДЕКСА 44

В.М.Фоминов. ОЧИСТКА И ИЗУЧЕНИЕ КООПЕРАТИВНЫХ СВОЙСТВ ($Na^{+} K^{+}$) - АКТИВИРУЕМОЙ АТФазы МОЗГА 45

М.Б.Сёэт. РАЗДЕЛЕНИЕ ПРОДУКТОВ ГИДРОЛИЗА ВЫСОКОМОЛЕКУЛЯРНОЙ РИБОСОМАЛЬНОЙ РНК 46

В.Э.Котелянский. О ВЛИЯНИИ ПРОЦЕССА ПИТАНИЯ НА СОДЕРЖАНИЕ СВОБОДНЫХ АМИНОКИСЛОТ И ПРОТЕОЛИТИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ СМЕШАННОЙ СЛЮНЫ ЧЕЛОВЕКА 47

Р.К.Пленте. ИЗМЕНЕНИЕ НЕРВНОГО АППАРАТА В СТЕНКЕ КОРОНАРНЫХ СОСУДОВ СЕРДЦА ПРИ САРКОМЕ 48

Л.А.Кузьмина. МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ОРГАНАХ БЕЛЫХ КРЫС, ПОДВЕРГНУТЫХ ВОЗДЕЙСТВИЮ УЛЬТРАЗВУКА СВЕРХТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ИНТЕНСИВНОСТИ 50

С.В.Жиховский и В.Н.Басков. НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ СТЕНКИ ГРУДНОГО ЛИМФАТИЧЕСКОГО ПРОТОКА У ЧЕЛОВЕКА 50

Е.П.Лущиков. КАРИОМЕТРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЛИМФОИДНОЙ ТКАНИ ПАХОВЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ У КРЫС В НОРМЕ И ПОСЛЕ ИНКОРПОРАЦИИ ЦЕЗИЯ-137 ... 52

О.В.Королева. ОБ АРГЕНТАФИННЫХ КЛЕТКАХ ЖЕЛУДКА И 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ 53

Б.А.Слука. РАЗВИТИЕ ГОРТАНИ И ЕЕ НЕРВОВ В ЭМБРИОГЕНЕЗЕ КОШКИ 54

Т.Исайчикова, Н.Танвель, И.Утсал. МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В НАДПОЧЕЧНИКАХ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ В ПЕЧЕНИ И ПОЧКЕ 55

Т.Тейкес и Э.Ляяне. О ВЛИЯНИИ ТИМЭКТОМИИ НА СУТОЧНЫЙ РИТМ КОЛИЧЕСТВА ЛИМФОЦИТОВ В СЕЛЕЗЕНКЕ У КРЫС 57

И.И.Ляхович. К ВОПРОСУ ОБМЕНА ВИТАМИНА B_6 У БЕЛЫХ КРЫС ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ВОЗДЕЙСТВИИ ОКИСЛОВ АЗОТА 58

Р.Пермяков. О КАРИОМЕТРИИ КЛЕТОК ЛИМФОИДНОЙ ТКАНИ У КРЫС 59

Э.-Р.И.Кырда и А.Э.Пыллусте. ОБ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ ШТАММАХ КИШЕЧНОЙ ПАЛОЧКИ В МИКРОФЛОРЕ КАЛА ГРУДНОГО РЕБЕНКА 60

В.А.Мищенко, Л.В.Попова. О ДЕЙСТВИИ АТТЕНУИРОВАННОЙ КОРЕВОЙ ВАКЦИНЫ НА КАРИОТИПЫ ЛИМФОЦИТОВ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ В КУЛЬТУРЕ И НА КЛЕТКИ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ЭКСУДАТА ЗДОРОВЫХ, ИММУННЫХ К КОРИ ЛЮДЕЙ 6I

З.С.Кикория, П.С.Бурый. ВЛИЯНИЕ НЕРОБОЛА НА НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ИММУНОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАКТИВНОСТИ ОРГАНИЗМА ПРИ ВАКЦИНАЦИИ БЦЖ (экспериментальное исследование) 63

С.И.Степаненко. ВЛИЯНИЕ ЭЛЕКТРОМАГНИТНЫХ ВОЛН УВЧ И СВЧ НА БИОЛОГИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА ДИФТЕРИЙНЫХ БАКТЕРИЙ 64

Л.В.Монастырских. ИЗУЧЕНИЕ СВОЙСТВ СТАФИЛОКОККОВ, ВЫДЕЛЕННЫХ ОТ БОЛЬНЫХ 65

С Т О М А Т О Л О Г И Я

М.Г.Адер, М.-Л.Э.Нунап. НЕКОТОРЫЕ ДАННЫЕ О ВРОЖДЕННЫХ НЕСРАЩЕНИЯХ ЛИЦА 68

Д.А.Минейкайте, В.К.Шерите. ПРИМЕНЕНИЕ КРУГЛОГО ФИЛАТОВСКОГО СТЕБЛЯ В ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ 69

В.И.Баринова. ПЕРЕЛОМЫ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПО МАТЕРИАЛАМ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ КЛИНИКИ КАФЕДРЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ ЗА 20 ЛЕТ 7I

Ф А Р М А Ц И Я

Е.Лукошевичуте и Я.Янулевичуте. НЕКОТОРЫЕ АНАТОМИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ АСТРАГАЛА СЛАДКОЛИСТНОГО 75

Стр.

Э.П.Юус и К.Г.Сааре. РАЗДЕЛЕНИЕ НИКОТИНАМИДА НА АНИОНИТЕ АМБЕРЛИТ ИРА-410 И ЕГО КОЛИЧЕСТВЕННОЕ ФОТОМЕТРИЧЕСКОЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ В ПОЛИВИТАМИННЫХ ПРЕПАРАТАХ 76

Д.Р.Чаксте, М.А.Микиянская, Л.С.Обаруне. ОЦЕНКА КОСМЕТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ ЗАВОДА "ДЗИНТАРС" 77

Л.Э.Леотоотс, Т.Э.Леллеп и М.Х.Ормиссон. О ВОЗМОЖНОСТЯХ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЭСТОНСКИХ ГЛИН В ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ 78

Э.А.Уйбо и Р.А.Кобин. ОБ ЭСТОНСКИХ НАРОДНЫХ ЛЕКАРСТВАХ И СПОСОБАХ ИХ ПРИГОТОВЛЕНИЯ 79

С.К.Шадурская. НЕКОТОРЫЕ ГИСТОХИМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ГИПОТЕНЗИВНОГО ДЕЙСТВИЯ МЕКАРБИНА 80

Р.Кобин и В.Рейман. О ДЕЙСТВИИ НАЯКСИНА НА ЭФФЕКТ МЕСТНЫХ АНЕСТЕТИКОВ 81

В.Д.Микажанс, И.В.Пурвиньш, А.П.Скутелис, Ст.К.Янковскис. НЕКОТОРЫЕ ДАННЫЕ К ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОМУ ИЗУЧЕНИЮ НОВЫХ МОНОМЕРНЫХ И ПОЛИМЕРНЫХ ПРОИЗВОДНЫХ НОВОКАИНА 83

М.А.Лелле и А.Ю.Юрьев. К ФАРМАКОЛОГИИ НОВОГО ВНУТРИВЕННОГО НАРКОТИКА ЭПОНТОЛА 85

Г.Ф.Силицкий. ВЛИЯНИЕ АПРЕССИНА НА УСТОЙЧИВОСТЬ МИОКАРДА К ИШЕМИИ И ОБРАЗОВАНИЕ ИНФАРКТА У КРЫС 86

А.Оя и П.Рейно. О ДЕЙСТВИИ ТРАНКВИЛИЗИРУЮЩИХ ПРЕПАРАТОВ-МЕПРОБАМАТА, ТРИОКСАЗИНА И ЭЛЕНИУМА НА НЕКОТОРЫЕ ФУНКЦИИ ОРГАНИЗМА 87

А.Айдник, Х.Хейлман, Э.Пулдре. О ПЕРЕКРЕСТНОМ ПРИВЫКАНИИ К ЭСТОЦИНУ 90

Т Е Р А П И Я

Э.Мянник, А.Лыокене. БРОМСУЛЬФОФТАЛЕИНОВАЯ ПРОБА В ДИАГНОСТИКЕ ФУНКЦИИ ПЕЧЕНИ 92

И.Сарв, Х.Рахуметс. ОБ ИЗУЧЕНИИ АЛЛЕРГИИ ЗАМЕДЛЕННОГО ТИПА ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПЕЧЕНИ 93

В.В.Кузминскис, Л.Д.Капланайте. ПО ВОПРОСУ АСПИРАЦИОННЫХ БИОПСИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА 94

У.Вальдя, И.Сепп. ВОЗДЕЙСТВИЕ ИНСУЛИНА И ГЛЮКОЗЫ НА СЛИЗИСТУЮ ОБОЛОЧКУ ЖЕЛУДКА ЧЕЛОВЕКА 95

Стр.

А.Будрис, Л.Румшявичус, А.Драненко. РАСПРОСТРАНЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННОЙ АЛЛЕРГИИ СРЕДИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ФАКУЛЬТЕТА 97

И.Э.Хензеле. О ЧАСТОТЕ СЕНСИБИЛИЗАЦИИ К СТРЕПТОМИЦИНУ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЭТИМ ПРЕПАРАТОМ 97

З.М.Топурия. К ВОПРОСУ ИЗУЧЕНИЯ СЫВОРОТОЧНЫХ БЕЛКОВ КРОВИ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ 99

А.Мере. ИММУНОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАКЦИЯ ЛИМФОЦИТОВ КРОВИ У БОЛЬНЫХ ГИПОТИРЕОЗОМ И УЗЛОВЫМ ЗОБОМ I00

А.Липец. ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ У БОЛЬНЫХ ДИФФУЗНЫМ ТОКСИЧЕСКИМ ЗОБОМ ДО И ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ РАДИОАКТИВНЫМ ИОДОМ I0I

К.В.Таммару. МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА I02

Э.Ярве и О.Пиусвере. АНТИТЕЛА К ОБКЛАДОЧНЫМ КЛЕТКАМ У БОЛЬНЫХ С РЕЗЕЦИРОВАННЫМ ЖЕЛУДКОМ... I03

Т.Каск и Т.Кыртс. О ВЕКТОРКАРДИОГРАФИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЯХ У БОЛЬНЫХ С НАЧАЛЬНОЙ ГИПЕРТРОФИЕЙ ЖЕЛУДКОВ СЕРДЦА I04

А.Месикепп, И.Лаас. О ФАЗОВОЙ СТРУКТУРЕ СЕРДЕЧНОЙ СИСТОЛЫ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПРИ ИЗМЕНЕНИИ ПОЛОЖЕНИЯ ТЕЛА I05

Д.Слапшите, В.Гедвилайте, Ю.Блинкевичюте. ПРИМЕНЕНИЕ БЛОКАТОРА -АДРЕНОРЕЦЕПТОРОВ-ИДЕРАЛА - ДЛЯ РЕГУЛИРОВАНИЯ ЧАСТОТЫ СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ ВО ВРЕМЯ СЕАНСА ЭЛЕКТРОИМПУЛЬСНОЙ ТЕРАПИИ I06

В.Г.Ерасимов. ИЗМЕНЕНИЕ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ ОСТРОЙ ЛУЧЕВОЙ БОЛЕЗНИ I08

А.Лаанеманн и Р.Рандам. СОДЕРЖАНИЕ КАЛИЯ И НАТРИЯ В СЕРДЦЕ КРЫС ПРИ ИЗОПРЕНАЛИНОВОЙ КАРДИОПАТИИ I09

Л.Стреле и В.Пранцанова. ДЕЙСТВИЕ ГЛИКОКОРТИКОИДОВ НА КОАГУЛЯЦИОННУЮ СПОСОБНОСТЬ КРОВИ.. II0

В.Дюба. "ИЗУЧЕНИЕ АКТУАЛЬНОЙ КИСЛОТНОСТИ ПОВЕРХНОСТИ КОЖИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ И ПОВЕРХНОСТНОЙ ТРИХОФИТИЕЙ" III

Н.А.Манак. К МЕТОДУ ИССЛЕДОВАНИЯ ЭКСКРЕТОРНОЙ ФУНКЦИИ КОЖИ II2

Стр.

Лийм, Инна. О НОСОВЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ И ИХ ПРИЧИНАХ ПО ДАННЫМ ОТДЕЛЕНИЯ УХА, ГОРЛА И НОСА ТАРТУСКОЙ РЕСПУБЛИКАНСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ ЗА ПЕРИОД С 1959-1968 гг. 113

И.Тусти и Э.Пост. О СОСТОЯНИИ СЛУХА У ШКОЛЬНИКОВ С РАССТРОЙСТВАМИ ЧТЕНИЯ И ПИСЬМА (ДИСЛЕКСИЯ И ДИСГРАФИЯ) 115

А.Ш.Мицо и М.С.Керестень. К ВОПРОСУ О ФУНКЦИОНАЛЬНОМ СОСТОЯНИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ РЕВМАТИЗМЕ 116

К.Ю.-Р.Гетреу и Л.Г.Юхани. ВЛИЯНИЕ ПИТАНИЯ И -ТИРОЗИНА НА ВЫДЕЛЕНИЕ ЛЕТУЧИХ ФЕНОЛОВ И АРОМАТИЧЕСКИХ ОКСИКИСЛОТ МОЧИ 117

С.П.Григонис и И.И.Жибуркус. ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДИКИ МАТЕМАТИЧЕСКОГО ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ДЛЯ ОБОСНОВАНИЯ БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА (и.м.) АНТИКОАГУЛЯНТАМИ 119

А.М.Гогу, Л.М.Ващенко-Дунай. АКТИВНОСТЬ ЦЕРУЛОПЛАЗМИНА У ДЕТЕЙ С РЕВМАТИЗМОМ 120

Н.П.Прокопишина. ПОКАЗАТЕЛИ НАСЫЩЕННОСТИ ЖЕЛЕЗОМ ТРАНСФЕРРИНА СЫВОРОТКИ КРОВИ У ДЕТЕЙ БОЛЬНЫХ РЕВМАТИЗМОМ 122

А.В.Важнов, Т.С.Кадыкова, И.К.Прокофьева. МЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ ОТРАВЛЕНИЯ У ДЕТЕЙ 123

О.Осташите, О.Стирбите. ЛЕЧЕНИЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ НЕОБЕНЗИНОЛЕМ 125

И.В.Богодельников, А.М.Ганжа, В.А.Лелеко. СОСТОЯНИЕ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ГРАНУЛЯЦИИ В НЕЙТРОФИЛАХ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА, БОЛЬНЫХ ПНЕВМОНИЕЙ 126

Х.Лийвамяги, Х.Тамме. СОДЕРЖАНИЕ ХЛОРИДОВ В КРОВИ У ДЕТЕЙ, БОЛЕВШИХ ПНЕВМОНИЕЙ И КАТАРАМИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ 127

Пээти Эльви. ОБ ИЗМЕНЕНИЯХ ВНУТРИКОЖНОЙ ГИСТАМИННОЙ ПРОБЫ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ 128

Л.Е.Кулевич, Г.В.Жуковская, Н.И.Копанько, И.И.Козловский и Т.Г.Шаланкевич. ВЛИЯНИЕ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ И ВИТАМИНОВ ГРУППЫ В НА ОБЕСПЕЧЕННОСТЬ ОРГАНИЗМА РИБОФЛАВИНОМ И АСКОРБИНОВОЙ КИСЛОТОЙ И АКТИВНОСТЬ ЩЕЛОЧНОЙ ФОСФАТАЗЫ ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ 129

В. В.Н.Кмець, В.А.Ровбуть. ВЛИЯНИЕ СОЧЕТАННОГО ПРИЕМА БИОТИНА, ПАНТОТЕНОВОЙ И ПАНГАМОВОЙ КИСЛОТ НА ОБЕСПЕЧЕННОСТЬ ТИАМИНОМ У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ И АТЕРОСКЛЕРОЗОМ 131

ХИРУРГИЯ

В.Юркувенас, А.Гребелис, В.Буткус, Е.Янушаускас. К ВОПРОСУ ПРОТЕЗИРОВАНИЯ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА 134

И.А.Бардина, Е.Р.Новиков, А.М.Радаев, Л.А.Черемхина, С.В.Федотова. НЕКОТОРЫЕ МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ СОСУДОВ, КОЖИ И НАДКОСТНИЦЫ НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ ЧЕЛОВЕКА ПРИ ОБЛИТЕРИРУЮЩЕМ ЭНДАРТЕРИИТЕ 136

С.Л.Киприянец. ОПРЕДЕЛЕНИЕ МЕТОДОМ РЕОГРАФИИ ИНДЕКСА КРОВОТОКА НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ В НОРМЕ И ПРИ НАРУШЕНИИ ВЕНОЗНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ 137

Г.Христолюбова. СОСТОЯНИЕ КРОВЕНОСНЫХ СОСУДОВ КОНЕЧНОСТИ В ОТДАЛЕННЫЕ СРОКИ ПОСЛЕ СТИМУЛЯЦИИ КОЛЛАТЕРАЛЬНОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИМИ ДОЗАМИ УЛЬТРАЗВУКА 138

Г.А.Вихрев. ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ КЛЕЯ В СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ХИРУРГИИ 140

М.Н.Иванников. О МЕТОДИКЕ ИССЛЕДОВАНИЯ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ В КЛИНИКЕ 141

Г.Пашкявичюте, Р.Валентинас. МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ И ГИСТОХИМИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В МЫШЦАХ РЕПЛАНТИРОВАННОЙ КОНЕЧНОСТИ 143

Б.С.Мысловатый. ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ЛЕГКИХ ПОСЛЕ ПЕРЕВЯЗКИ БРОНХИАЛЬНЫХ СОСУДОВ 144

Л.В.Попадинец. СОДЕРЖАНИЕ СВОБОДНЫХ АМИНОКИСЛОТ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ БОЛЬНЫХ ОБЛИТЕРИРУЮЩИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ 145

Б.А.Гасанов. ОСОБЕННОСТИ АППЕНДИКУЛЯРНОГО ПЕРИТОНИТА У ДЕТЕЙ 147

Э.А.Гасанов. ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ И ДИАГНОСТИКИ ПЕРИТОНИТА У ДЕТЕЙ 148

П.Королев, В.Радилович и Н.Ролик. ГИСТОСТРУКТУРНАЯ И ГИСТОХИМИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЖЕЛЕЗИСТОГО АППАРАТА ЖЕЛУДКА СОБАКИ ПРИ НАРУШЕНИЯХ СОСУДИСТОЙ И НЕРВНОЙ ТРОФИКИ 149

Стр.

В.Нестерович и Н.Г.Луд. НЕКОТОРЫЕ ДАННЫЕ О МОРФОЛОГИИ ТОНКОЙ КИШКИ ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ РАЗЛИЧНЫХ ЕЕ ОТДЕЛОВ 150

И.Д.Карев. ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ЖЕЛУДКА 151

Р.Я.Лацис. СОХРАНЕНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ СПОСОБНОСТИ ИЗОЛИРОВАННОЙ ПЕЧЕНИ ПРИ ПОМОЩИ ГИПОТЕРМИЧЕСКОЙ ПЕРФУЗИИ 152

К.Л.Лепайте, Д.Гавените, Б.Ягайте, Р.Тоторайтите. ГИСТОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА ЗАЖИВЛЕНИЯ РАН ПЕЧЕНИ СОБАКИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СПОСОБА РЕЗЕКЦИИ 154

И.И.Радюкевич. ВЛИЯНИЕ НЕКОТОРЫХ ВИДОВ ХОЛЕДОХОЕЮНОАНАСТОМОЗОВ НА СОСТОЯНИЕ МИКРОФЛОРЫ ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ И ИЗМЕНЕНИЯ ПЕЧЕНИ 155

Е.А.Евдокимов, Н.А.Гущин. ПЛАСТИКА ОБЩЕГО ЖЕЛЧНОГО ПРОТОКА ПОЛУБИОЛОГИЧЕСКИМИ ПРОТЕЗАМИ 156

Н.В.Возняк, Т.К.Сидорович и Н.Д.Вакульчик. К ВОПРОСУ О ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПЕЧЕНИ 157

Л.Л.Бекере. ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ.... 159

Вирве Сийрак. О СДВИГАХ ОБМЕНА КАЛЬЦИЯ У БОЛЬНЫХ С ПОЧЕЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ 161

Л.Цыганова. ИЗМЕНЕНИЯ КОНЦЕНТРАЦИИ КАЛИЯ И НАТРИЯ В МОЧЕ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ СТРЕСС-СИТУАЦИЯХ И ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ 163

А.К.Лаанэла, М.Э.Мудди. ИЗМЕНЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО И ЦЕНТРАЛЬНОГО ВЕНОЗНОГО ДАВЛЕНИЯ ПРИ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ 164

Э.Юхани, М.Ялакас, У.Вельтсон. ИЗМЕНЕНИЕ НЕКОТОРЫХ ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВО ВРЕМЯ ПОЧЕЧНОЙ АНГИОГРАФИИ У ДЕТЕЙ 165

А.Гуссейнов, Э.Юхани, У.Вельтсон. ВНУТРИВЕННАЯ УРОГРАФИЯ У ДЕТЕЙ 166

А.Гуссейнов. О НЕКОТОРЫХ ВОПРОСАХ РЕЗЕКЦИИ ПОЧКИ 168

А.Гуссейнов, В.Прокошин, У.Вельтсон, Э.Юхани. О ЛЕЧЕНИИ ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВОГО РЕФЛЮКСА ... 169

П.Димитриев, О.Пуллисаар, П.Сийак, А.Рууд. ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВЫЙ РЕФЛЮКС У ДЕТЕЙ И ЕГО ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ 171

Стр.

И.Лохк, Л.Пярн. ОБ ИЗМЕНЕНИЯХ КИСЛОТНО-ЩЕЛОЧНОГО РАВНОВЕСИЯ ПРИ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПОЧЕК И ИХ КОРРЕКТУРЕ I72

И.Авениня, Р.Вулане, Л.Сауле. НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ СОСТАВА ЭКСПИРАТОРНОГО ВОЗДУХА РЕАНИМАТОРА ПРИ ОДНОВРЕМЕННОМ НЕПРЯМОМ МАССАЖЕ СЕРДЦА I73

А.Паварс, Я.Кейш. НЕКОТОРЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ КАТЕТЕРИЗАЦИИ ВЕРХНЕЙ ПОЛОЙ ВЕНЫ I75

А.А.Новиков, и В.П.Ефимов. ПОКАЗАТЕЛИ СВЕРТЫВАЮЩЕЙ И ПРОТИВОСВЕРТЫВАЮЩЕЙ СИСТЕМЫ КРОВИ ПРИ ОТКРЫТЫХ ПЕРЕЛОМАХ I77

Л.Стреле. ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ БОЛЬНЫХ ПЕРЕНЕСШИХ ТРАВМАТИЧЕСКИЙ ШОК I78

В.П.Васильчикова. БЕЛКОВЫЙ ОБМЕН ПРИ ПРОБОДНЫХ РАНАХ ГЛАЗА, ИНФИЦИРОВАННЫХ СТАФИЛОКОККОМ I80

Г.П.Адеменко, А.Ю.Барышников, Э.И.Гукова, В.И.Ларина. ДЕЙСТВИЕ ПРОТИВОЛЕЙКОЦИТАРНОЙ ИЗОАНТИСЫВОРОТКИ НА ИММУНИТЕТ ПРИ АЛЛОТРАНСПЛАНТАЦИИ КОЖИ I8I

Э.Тамбик. О ПОЗДНИХ РЕЗУЛЬТАТАХ ЛОДЫЖЕЧНЫХ ПЕРЕЛОМОВ I82

Ы.Мяги, М.Рейер. О ТЕХНИКЕ И РЕЗУЛЬТАТАХ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ КОНТРАКТУРЫ ДЮПЮИТРЕНА I83

М.Рейер. О МОРФОЛОГИИ ФОРМИРОВАНИЯ ЛОЖНОГО СУСТАВА ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ СИНДРОМЕ ЗУДЕКА I85

Ы.Мяги. О МОРФОЛОГИИ СИНДРОМА ЗУДЕКА В Ш СТАДИИ ... I86

А.Вахиметс. ОБ ОСТЕОПОРОЗЕ ПОСЛЕ ПОРАЖЕНИЯ ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО СМЕШАННОГО НЕРВА I87

АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ

Э.Высоцкая, С.Рагулина. ИСТОРИЯ ИЗОБРЕТЕНИЯ АКУШЕРСКИХ ЩИПЦОВ (обзор литературы) I89

Л.Рейнет. ИГНАЦ - ФИЛИПП ЗЕММЕЛЬВЕЙС I89

Э.Глушко. О ЦИТОГОРМОНАЛЬНЫХ СДВИГАХ У ДЕВОЧЕК В ПУБЕРТАТНОМ ВОЗРАСТЕ I90

А.Степоненайте. К ВОПРОСУ АКЦЕЛЕРАЦИИ ЖЕНЩИН г. ВИЛЬНЮС I90

В.Виллемсон, Э.Этс. ЦИТОМЕТРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ КЛЕТОК ВЛАГАЛИЩА В КОНЦЕ БЕРЕМЕННОСТИ И ПРИ ПЕРЕНОШЕННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ I9I

Р.Унгвере и К.Сяалик. О СОДЕРЖАНИИ ГЛИКОГЕНА В ЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ КЛЕТКАХ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ I92

Стр.

П.Аэр, К.Бирнбаум и Э.Раннат. О НЕКОТОРЫХ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПРОБАХ ПЕЧЕНИ ПРИ НАРУШЕНИЯХ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА В ПЕРИОД ПОЛОВОГО СОЗРЕВАНИЯ 192

С.Кузьмичева и Г.Морозова. РАЗРЫВ ШЕЙКИ МАТКИ ПО ДАННЫМ ТАРТУСКОГО КЛИНИЧЕСКОГО РОДИЛЬНОГО ДОМА 193

Е.Ю.Капитан, Я.П.Вассер. ДИНАМИКА НЕКОТОРЫХ БИОХИМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КРОВИ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ 194

Т.Юттус и В.Сави. КОЛИЧЕСТВЕННЫЙ ОСАДОК МОЧИ В ДИАГНОСТИКЕ ПОЗДНИХ ТОКСИКОЗОВ БЕРЕМЕННЫХ ... 196

Х.Линнусте и М.Саарела. СОДЕРЖАНИЕ АМИНОКИСЛОТ СЫВОРОТКИ КРОВИ И МОЧИ ПРИ ПОЗДНЕМ ТОКСИКОЗЕ БЕРЕМЕННЫХ 196

Л.Б.Маркин. НЕКОТОРЫЕ ГИСТОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МАТКИ И ЭМБРИОНОВ БЕЛЫХ КРЫС, ПОДВЕРГАВШИХСЯ ДЕКОМПРЕССИИ 197

М.Хаасма. О ДИНАМИКЕ ГЕМОГЛОБИНА, ЭРИТРОЦИТОВ И ГЕМАТОКРИТА У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ И ИХ МАТЕРЕЙ 198

Федеравичюте. "МЕСЯЧНЫЙ ЦИКЛ У ЖЕНЩИН, ПРИМЕНЯЮЩИХ ВНУТРИМАТОЧНУЮ АНТИКОНЦЕПЦИЮ"..... 198

Э.Тыэвере. О ПРИМЕНЕНИИ ЭПОНТОЛА ДЛЯ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ПРИ МАЛЫХ ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ 199

Р.Р.Кимаск и Э.Ю.Курвитс. СОДЕРЖАНИЕ ХОЛЕСТЕРИНА СЫВОРОТКИ КРОВИ У БОЛЬНЫХ МИОМОЙ МАТКИ .. 200

Э.Глушко. СПАЙКИ НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ У ДЕВОЧЕК 200

С.Смирнова и Г.Шкубель. О ПРИМЕНЕНИИ ТЕСТА VARGAS-RIVOIRE КАК ПОКАЗАТЕЛЯ ОВУЛЯЦИИ В ПОСЛЕАБОРТНОМ ПЕРИОДЕ 201

А.Куускла. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ ПОСЛЕ УГРОЖАЮЩЕГО ПРЕРЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ 202

НЕВРОЛОГИЯ

В.С.Глушанко, В.Д.Королев. КОРРЕЛЯЦИОННЫЙ АНАЛИЗ ВЫЗВАННЫХ ПОТЕНЦИАЛОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА ЧЕЛОВЕКА В ПРОЦЕССЕ ОТВЛЕЧЕНИЯ И АКТИВАЦИИ ВНИМАНИЯ 204

Э.Мустиметс. О НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКЕ ПРИ СТЕНОЗАХ И ТРОМБОЗАХ КАРОТИДНОЙ СИСТЕМЫ... 205

Стр.

Т.П.Универ. НЕВРОЛОГИЧЕСКАЯ СИМПТОМАТИКА БОЛЬНЫХ ДИСКОГЕННЫМ ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВЫМ РАДИКУЛИТОМ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ 207

С.Кочурко и Н.Микевич. К ВОПРОСУ О РОЛИ НАСЛЕДСТВЕННОГО ФАКТОРА В РАЗВИТИИ ИНСУЛЬТА .. 208

А.В.Баумгартль. ВЛИЯНИЕ ХАРАКТЕРА ПОВЕРХНОСТИ СОУДАРЕНИЯ НА РАСПРОСТРАНЕНИЕ ТРЕЩИН ПРИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ (ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ) 209

В.Б.Шалькевич. ВЛИЯНИЕ ВНУТРИВЕННОГО ВВЕДЕНИЯ ГЛИЦЕРИНА НА РАЗВИТИЕ ОТЕКА МОЗГА И НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СИСТЕМЫ СВЕРТЫВАНИЯ 211

Л.М.Коробко. ЭХОЭНЦЕФАЛОГРАФИЯ ПРИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЕ У ДЕТЕЙ 212

К.Партс. О СОДЕРЖАНИИ ПИРОВИНОГРАДНОЙ КИСЛОТЫ В ВЕНОЗНОЙ КРОВИ У БОЛЬНЫХ МОЗГОВЫМ ИНСУЛЬТОМ.. 213

П.Юмар. ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ШЕЙНЫХ ДИСКОГЕННЫХ МИЕЛОПАТИЙ 215

М.Бах и Р.Крузе. ВЛИЯНИЕ БЕМЕГРИДА И ЭУФИЛЛИНА НА ФУНКЦИЮ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ У НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ, НУЖДАЮЩИХСЯ В РЕАНИМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ 216

В.Каху, М.Пээрна, М.Липпап. ТРАХЕОТОМИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНОМОЗГОВОЙ ТРАВМЫ 217

Б.С.Рехелис, А.И.Игнатенок. НЕКОТОРЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ СОТРЯСЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА У ДЕТЕЙ 218

Ю.А.Лийвамяги. О ДИНАМИКЕ ВЫСШЕЙ НЕРВНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ У ДЕПРЕССИВНЫХ БОЛЬНЫХ ПОД ДЕЙСТВИЕМ ЛЕЧЕНИЯ 219

В.М.Матреничев. ИССЛЕДОВАНИЕ "УРОВНЯ ПРИТЯЗАНИЙ" У ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ ХРОНИЧЕСКИМ АЛКОГОЛЕМ 221

А.А.Мурд, М.Коорте. "СПОСОБНОСТЬ УСВОЕНИЯ У ХРОНИЧЕСКИХ АЛКОГОЛИКОВ" 222

Э.Пылду, М.Эхамаа. "ДЕЙСТВИЕ ТИЗЕРЦИНА НА ВЫСШУЮ НЕРВНУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ И ВЕГЕТАТИВНУЮ РЕГУЛЯЦИЮ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ" 223

А.О.МИХЕЛЬСОН. "НЕКОТОРЫЕ ЗАКОНОМЕРНОСТИ АССОЦИАТИВНЫХ ПРОЦЕССОВ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ И ДЕПРЕССИВНЫХ СОСТОЯНИЯХ"..... 224

В.Х.Янес, А.М.Аадамсоо. "АНАЛИЗ ДИНАМИКИ ГОСПИТАЛИЗИРОВАНИЯ БОЛЬНЫХ С ДЕПРЕССИВНЫМ СИНДРО-

Стр.

МОМ В ТАРТУСКОЙ РЕСПУБЛИКАНСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕ В ТЕЧЕНИИ 1958-1967 ГОДОВ" 225

Р.Нурме. ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ ЖИЗНЕОПАСНЫХ СОСТОЯНИЯХ В НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ 226

Р.Иннос, Ю.Аасо, В.Сергеев. "О ВЛИЯНИИ ИНСУЛИННОГО ЛЕЧЕНИЯ НА ВЫСШУЮ НЕРВНУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ" 227

XI СТУДЕНЧЕСКАЯ

НАУЧНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ ВЫСШИХ УЧЕБНЫХ МЕДИЦИНСКИХ ЗАВЕДЕНИЙ ПРИБАЛТИЙСКИХ СОВЕТСКИХ СОЦИАЛИСТИЧЕСКИХ РЕСПУБЛИК И БЕЛОРУССКОЙ ССР

17-19 апреля 1969 года

МАТЕРИАЛЫ ДОКЛАДОВ

На русском языке

Тартуский государственный университет,
ЭССР, г. Тарту, ул. Юликоли, 18
Ответственный редактор У. Рейно
Корректоры К. Калда и З. Кхани

Ротапринт ТГУ 1969. Сдано в печать 9/IУ 1969 г.
Печ. листов 15,75 (условных 14,55). Учетн.-издат. листов 9,7. Тираж 500 экз. Бумага 30х42 1/4.

МВ 03265. Заказ № 282.

Цена 65 коп.

65 коп.

V
1A-17478
227323

TÜ RAAMATUKOGU
1 0300 01068556 0