



17.-18. APRILL 1970. A.
**TRÜ ARSTITEADUSKONNA
ÜTÜ 25. KONVERENTS**

TARTU RIIKLIK ÜLIKOOL

TARTU RIIKLIKU ÜLIKOOLI ARSTITEADUSKONNA
" " XXV KÖNVERENTSI
MATERJALID

17. - 18. aprill 1970

Konverents on pühendatud
V.I. Lenini 100. sünni-
aastapäevale

Tartu 1970

K I R U R G I A

X И Р У Р Г И Я

2

Tartu Riikliku Ülikooli

Raamatukogu

76701

HEMODÜNAAMIKA HÄIRETEST SÜDAME VAHESEINA
DEFEKTIDE KORRAL

Vaida Tiigimägi V k.

Juhendaja: med.kand.E.Köö

1. Käesolevas töös püüti selgitada südamesiseste rõhkude ja arterio-venoosse šundi suurust südame vaheseina defektiga haigetel.
2. 30 haigel kahtlusega kaasasündinud defektile südame vaheseinas teostati parempoolne südame sondeerimine ja mingograaf 42 B abil registreeriti südamesiseste rõhkude kõverad ning oksühemomeetriliselt määrati vere O_2 sisaldus südame õöntes.
3. Saadud tulemusi võrreldi omavahel ja normaalsete väärtustega ning hemodünaamika häirete alusel püüti seletada kliinilist leidu.
4. Sondeerimisel saadud diagnoosi õigsust kontrolliti operatsioonil ajal lahtisel südamel kehavälise vereringega. (Tartu Vab. Kl. Haigla torakaalkirurgide poolt).
5. Südame vaheseina kaasasündinud defekti diagnoosimisel omab olulist tähtsust südame sondeerimine ja oksühemomeetria, mis võimaldab selgitada hemodünaamika häirete suurust.

RESORPTIIVSETEST PROTSESSIDEST LUUKOES
PEALE PERIFEEERSE SEGANÄRVI KAHJUSTAMIST

Anne Vahimets VI k.

Juhendajad: nooremad teaduslikud töötajad bioloogiakandidaat J.Kärner ja P.Roosaar, assistent K.Tammera.

Neurogeense düstroofia alusel kujuneva osteoporoosi korral sõltub luud lammutavate osteoklastide moodustumine degeneratiivsetest protsessidest luumurrujärgses regeneratsioonikalluses. Degeneratiivsete protsesside otseseks põhjuseks on peale perifeerse närvi kahjustamist tekkiv venoosne hüperemia.

Degenererivas kalluses hiidrakke esineb nii vastu resorbeeritavat luud kui ka sellest eemal kiudsidekoes. Kiudsidekoes esinevad noored, suhteliselt homogeenne tsüto - plasmaga rakuvormid, vastu resorbeeritavat luud esineb aktiivselt funktsioneerivaid osteoklaste. Viimastel tsüto - plasmas esineb kõrge PAS-positiivsete ainete ja RNH kont - sentratsioon ning kaltsiumi sisaldavaid moodustisi. Resor - beeritud luu läheduses sedastatakse vananevaid hiidrakke: tsütoplasma vakuoliseerunud ja sisaldab rohkesti rasva, tsü - tomembraan paigutati katkenud.

Osteoklastid võivad areneda sidekoes selle rakkele - tide baasil ja funktsioneerida analoogiliselt vöörkehätüüpi hiidrakkudele, lammutades ainevahetuse patoloogiast haara - tud luukudet.

Elektronmikroskoopiliste lisauuringutel leiti, et vor - reldes katsegrupi loomadega on luumuru korral kontrollgru - pis luukoe süntees aktiivsem, mida tõestavad osteoblastili - se funktsiooniga rakkudes laienenud endoplasmaatilise re - tiikulumi kanalid ja tsisternid. Sünteesitav luu orgaanili - ne põhiaine ei erine eri gruppides, kuid pikemaegsetes kat - setes perifeerse seganärvi kahjustuse korral on sedastatav luurekkude hävimine põhialines.

MUUTUSED EKG-s EKSPERIMENTAALSE MÜOKARDI INFARKTI TINGIMUSTES

A.Planken IV, M.Järve V k.

Juhendajad: prof.E.Tünder, med.kand.T.Sulling, aspi - rant R.Teesalu.

1. Katsed teostati 12 koeral. 2. Katse koosnes kahest etapist: I - torakotoomia, siidi või jöhvi viimine ümber vasaku koronaararteri alumise haru. II - infarkti tekitamine ligatuuri kinnitõmbamisega. 3. EKG registreerimine enne operatsiooni, vahetult enne infarkti tekitamist ja in - farkti tekitamise järgselt kuni 20 päeva jooksul.
4. 12-st koerast 4-l tekkis fibrillatsioon peale ligeeri -

mist kuni 1 tunni jooksul, 2-1 juhul koer suri infarkti tagajärjel tekkinud südamepuudulikkuse tõttu, 6 koera paranesid. 5. Isheemia tunnused (negatiivne T-sakk, kergekujuline primaarne ST nihe, terav T-sakk) esinesid juba enne infarkti tekitamist ja on tõenäoliselt tingitud premedikatsioonist, narkoosist ja perikardiidist. 6. Koronaararteri liigermimise järgselt esines ilmne isheemia tunnuste süvenemine.

OPERATSIOONI MÖJUST VERE MAHULE JA MÖNINGATELE AINEVAHETUSE NÄITAJATELE

L.Lemming IV k.

Juhendaja: med.kand.R.Talvik

Iga operatsioon kutsub organismis esile rea muutusi, mis on seda ulatuslikumad, mida raskem operatsioon on. Et postoperatiivne periood kulgeks kergemini, tuleks neid muutusi õigeaegselt diagnoosida ja korrigeerida.

Antud töös on uuritud vere mahu, hematokriti, naatriumi, kaaliumi ja üldvalgu muutusi veresoonte ja kõhuõõne organite haigustega haigetel enne ning pärast operatsiooni.

Vere hulga muutuste uurimiseks on kasutatud evansi sinise (T-1824) 0,3 - 0,4 % lahust, naatriumi ja kaaliumi kontsentratsioon plasmas on määratud leekfotomeetriga, üldvalk - refraktomeetrialiselt. Tulemused: Tsirkuleeriva vere hulk väheneb iga operatsiooni järgi vaatamata vereülekandele, kusjuures väheneb nii plasma kui globulaarne maht. Kaaliumi hulk plasmas tõuseb peale operatsiooni, seejuures tsirkuleeriva kaaliumi hulk võib ka väheneda. Naatriumi hulk plasmas, samuti ka tsirkuleeriv hulk tavaliselt väheneb võrreldes operatsioonieelse tasemega. Üldvalgu tsirkuleeriv hulk ja kontsentratsioon plasmas peale operatsiooni langeb alati. Verekaotus on seda suurem, mida ulatuslikum on operatsioon, ulatudes 300 - 1000 ml ja üle selle. Hematokriti väärtus tavaliselt väheneb, aga võib ka suurened.

КОРОНАРНАЯ АНГИОГРАФИЯ ПО ПАУЛИНУ

М.Я.Тийвель, Р.Э.Рандам - У к.

Р.А.Рахуметс - IУ к., Т.Х.Ребане - II к.

Руководители: проф. Э.О.Тюндер

мл.научн.сотрудник В.Ю.Мельдер

ст.научн.сотрудник Т.А.Суллинг

1. Проведено 25 опытов на собаках. Изучен в эксперименте метод коронарной ангиографии по Паулину. 2. При проведении коронарографии необходима тщательная подготовка зонда Паулина. При проведении коронарографии по Паулину необходимо всегда проверять расположение зонда и проводить пробную инъекцию. Инъекция контрастного вещества желательно проводить со скоростью 25-30 мл. в секунду. 3. Метод коронарной ангиографии по Паулину позволяет изучать венечные сосуды и их ветви второго-третьего порядка. 4. По методу Паулина можно получить коронарные ангиограммы более высокого качества, если применять повышенное внутрибронхальное давление для редуцирования кровообращения. 5. Метод коронарной ангиографии по Паулину дает удовлетворительные результаты в клинических условиях.

О ДИНАМИКЕ ЭКГ И КРОВЯНОГО ДАВЛЕНИЯ ПРИ ДОЗИРОВАННОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ У БОЛЬНЫХ СО СТЕНОКАРДИЕЙ

С.А.Паппу, Л.А.Сосницки - III к.

Руководители: аспирант Я.А.Маарос

канд.мед.наук Т.А.Суллинг

Исследовано 40 человек, из них 20 входило в контрольную группу. У всех исследованных подробно проанализированы факторы риска коронарной недостаточности. Изменения электрокардиограммы (V_1, V_2, V_4, V_5, V_7) и кровяного давления регистрировались при стандартных физических нагрузках на велоэргометре. В контрольной группе все лица выдержали ступен-

чатообразно повышающуюся нагрузку с 200 кгм/мин. до 1200 кгм/мин. Из больных стенокардией 18 прекратили физическую нагрузку на уровне 200 кгм/мин - 800 кгм/мин. Причиной прекращения нагрузки являлись возникновение болей, общая усталость, частота пульса свыше 150 ударов в минуту или признаки ухудшения кровоснабжения миокарда в ЭКГ. Дозированная физическая нагрузка с регистрацией ЭКГ и кровяного давления, кроме диагностической ценности, имеет значение при оценке функционального состояния сердечно-сосудистой системы.

О КАТЕТЕРИЗАЦИИ КОРОНАРНОГО СИНУСА У СОБАК ПРИ ЗАКРЫТОЙ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ

А.Планкен - IУ к., М.Ярве - III к.

Руководители: проф. Э.Тюндер, асп. Р.Тээсалу,
ст. научн. сотрудник Т.Суллинг

1. Коронарный синус катетеризирован у 33 собак.
2. Катетеризация коронарного синуса может вызывать проходящие нарушения сердечной деятельности.
3. Тромботические осложнения предотвратимы при правильном выборе дозы гепарина.
4. Катетеризация коронарного синуса может причинять точечные кровоизлияния в эндокарде правого предсердия и в эндотелии коронарного синуса.
5. В результате зондирования коронарного синуса получают ценные данные о кровоснабжении и обмене веществ в миокарде.

К ВОПРОСУ О ПОВРЕЖДАЮЩЕМ ДЕЙСТВИИ НА МИОКАРД МНОГОКРАТНЫХ РАЗРЯДОВ ДЕФИБРИЛЛИРУЮЩЕГО ТОКА В СВЕТЕ ДИНАМИЧЕСКИХ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЧЕСКИХ НАБЛЮДЕНИИ

Т. Кудинова Воронежский Медицинский Институт

Научный руководитель: проф. В.П.Радужкевич

Для выявления вопроса о повреждающем воздействии дефибриллирующего разряда на миокард были проведены динамические электрокардиографические наблюдения у больных, много-

кратно подтверждающихся электроимпульсным процедурам. Электрокардиограммы изучались на фоне синусового ритма, после первой электроимпульсной процедуры после 5-7 и после последней дефибрилляции.

Были изучены в динамике электрокардиограммы у 24 больных, подвергшихся многократным дефибрилляциям. Так у 6 больных было свыше II дефибрилляций, у 6 - свыше 9 и у 12 - свыше 7 дефибрилляций. Все больные были с комбинированными митральными пороками: из них у 15 была произведена митральная комиссуротомия.

Проведенные наблюдения указывают, что многократные разряды дефибриллятора постоянного тока не вызывают скольконибудь заметных нарушений сердечной деятельности при электрокардиографическом наблюдении. Имеющиеся же небольшие изменения показателей ЭКГ в отрицательную сторону у ряда больных могут быть объяснены течением ревматического процесса, т.к. наблюдения проводились в течение ряда лет.

ПРИМЕНЕНИЕ ГЕМОДИАЛИЗА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОТРАВЛЕНИЯМИ

Л.Р.Пярн, Ложк И.И.

Руководитель: канд. мед. наук Х.Тихане

Для ускорения элиминации экзогенных ядов и лечения острой недостаточности почек, вызванной интоксикацией, все шире пользуются гемодиализом.

С 1966 по 1969 год в отделении искусственной почки Тартуской городской клинической больницы лечился 21 больной с острой недостаточностью почек, вызванной экзогенной интоксикацией. Из них 3 поступили в состоянии тяжелого коллапса, из которого их вывести оказалось невозможным. 18 больным проведено I...3 гемодиализа, всего 26 гемодиализов.

Интоксикация была вызвана следующими веществами: из группы CCl_4 (дихлоратан и др.) - 8 случаев, из группы

барбитуратов (барбамил, люминал и др.) - 5 случаев, из группы алкаголей - 4 случая, угарным газом - I случай, бикарбонатом натрия - I случай, билигностом - I случай, веществом неизвестного происхождения - I случай.

Из больных, леченных гемодиализом выздоровели 15, умерли 3 больных (II, 2%).

По полученному опыту можно сказать, что лечение гемодиализом дает особенно хорошие результаты в ранней стадии отравления, когда яд еще не фиксирован в тканях. Поздний диализ показан только при наличии явно выраженной недостаточности почек и имеет гораздо меньший эффект.

ОБ ЭТИОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРАХ В РАЗВИТИИ ХРОНИЧЕСКОЙ УРЕМИИ

Ю.Селенинова - У к.

Руководитель: канд.мед.наук Х.Тихане

Целью нашей работы было выяснить причину хронической почечной недостаточности и структуру заболеваний, которые вызывают уремию.

По данным Тартуской прозектуры за 1965-1969 гг. произведено 2707 вскрытий. Из них скончавшихся от уремии было 125 человек, что составляет 4,6%. Проведенный анализ показал, что одной из самых частых причин хронической почечной недостаточности является хронический пиелонефрит, составляющий 36% от общего числа умерших от уремии. На втором месте стоит хронический гломерулонефрит - 30,4%. На секции было обнаружено, что интерстициальный нефрит составляет 7,2%, гипернефроидный рак - 6,4%. Ос тальное число /20%/ приходится на заболевания, которые реже являются причинами хронической почечной недостаточности: туберкулез почек, амилоидоз, нефроцирроз, нефрокальциноз, почечно-каменная болезнь.

Имелись одиночные случаи аномалии развития почек - гипоплазия и поликистозная почка.

Таким образом, исследования показали, что довольно часто причиной смерти больных является хроническая уремия,

которая в большинстве случаев развивается в результате воспалительных изменений в почках.

РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГИПОСПАДИИ У ДЕТЕЙ

Э.Юхани, У.Вельтсон - УІ к.

Руководитель: канд.мед.наук У.А.Рейно

Гипоспадия - порок развития мочеиспускательного канала у мальчиков, при котором отверстие мочеиспускательного канала располагается не на головке, а на нижней поверхности полового члена, на мошонке или на промежности.

Это - одно из самых частых аномалий развития мужской уретры и встречается у I из 500 новорожденных.

В отделении детской хирургии Тартуской городской клинической больницы с 1967 г. и по настоящее время лечились 36 мальчиков с разными формами гипоспадии.

При тяжелых формах гипоспадии (стволовая, члено-мошоночная, мошоночная, промежностная) наблюдается искривление полового члена книзу. Ввиду этого оперативное лечение проводится в два этапа: I - выпрямление полового члена, II - уретропластика. I этап обычно проводится в возрасте от 1,5 года до 3 лет. Эти сроки считаются наилучшими многими авторами (L. Ombredanne, 1937; D. Browne, 1949; H. J. Sufling, 1956; I. A. Korolkova, 1965).

II этап проводится в возрасте от 6 до 14 лет. Оптимальным сроком для проведения II этапа является возраст 6-7 лет, т.е. до поступления ребенка в школу.

В отделении детской хирургии пластику уретры проводили по модифицированному методу.

Анализ литературных данных показал, что после уретропластики наблюдается множество неудовлетворительных последствий (L. T. Byars, 1951; O. S. Culp, 1957; I. A. Korolkova, 1963; Г. А. Гаджимиржаев, 1964; В. П. Колеватых, 1967).

Целью нашей работы было изучение деталей техники проводимой операции, дающие возможность избежать осложнения;

изучение отдаленных результатов уретропластики.

Анализ клинического материала показал, что лучшие результаты были достигнуты при выполнении следующих технических деталей:

- 1) все швы на уретру накладывались атравматическими иглами;
- 2) для удерживания швов рекомендуется модифицированный метод И.А.Корольковой;
- 3) в ранний послеоперационный период (3-4 дня) требуется тщательное наблюдение за состоянием операционной раны;
- 4) отведение мочи рекомендуется проводить через эпицистомию, а не через уретростомию. Уретростомия способствует возникновению отека на половых органах и тем самым расхождению швов; а также увеличивается возможность инфицирования операционной раны.

При оценке отдаленных результатов у оперированных нами больных мы учитывали развитие полового члена, данные уретрографии, характер струи мочи, проходимость вновь созданной уретры, вторичное искривление полового члена, образование свищей и косметические результаты операции.

Отдаленные результаты изучались в сроки от I до 3 лет.

Из оперированных нами детей по применяемой методике у 18 наблюдались хорошие результаты, у 3 - удовлетворительные, а у 15 детей - лечение еще не закончено (проведен только I этап).

Изучение отдаленных результатов показало, что лучшие показатели были достигнуты у тех больных, у которых I этап был проведен в возрасте 2-3 года, а II этап - в возрасте 6-7 лет.

О НЕКОТОРЫХ ВОПРОСАХ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ
ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВОГО РЕФЛЮКСА

Э.Юхани, У.Вельтсон, В.Прокошин - УІ к.,
В.Зильберберг. - У к., Н.Вторыгина,
С.Вихляева, В.Тюрина - ІУ к., А.Рууд,
П.Дмитриев, О.Пуллисаар - ІІ к.

Руководитель: канд.мед.наук У.А.Рейно

За последние годы все большее внимание урологов, педиатров и нефрологов привлекает проблема пузырно-мочеточникового рефлюкса и его связь с пиелонефритом (J.A.Hutch 1952; С.М.Stewart 1955; V.Marshall 1961; А.Я.Пытель и С.Д.Голигорский 1966). Несмотря на это, до сих пор не выявлены этиологические факторы, патогенез, клинические проявления, диагностические методы обследования, а также лечебные мероприятия, необходимые для ликвидации пузырно-мочеточникового рефлюкса.

Существующие разногласия по вопросам этиопатогенеза мочеточникового рефлюкса естественно отразились и на тактике лечения, применяемой разными авторами.

Ряд авторов (M.Stewart, F.D.Stephens и др.) до сих пор предпочитают консервативное лечение.

Однако, большинство клиницистов (Л.С.Смоляк, К.А.Великанов, U.A.Politaeno, W.Mathisen, W.Gregoir и др.) придерживаются противоположного мнения и считают, что хирургические методы лечения более эффективны.

Разноречивость литературных данных в лечении пузырно-мочеточникового рефлюкса побудила нас экспериментально изучить эффективность некоторых антирефлюксных операций.

Особенно неблагоприятные результаты по литературным данным имеют место при пересадке патологически измененного мочеточника в мочевой пузырь. Поэтому в первой серии своих опытов (25 собак) мы изучали один из методов уретроцистостомии.

На первом этапе полностью лигировался мочеточник дли-

тельностью от 2 недель до I месяца. Вследствие этого наблюдалось расширение мочеточника и лоханки, и атрофия почечной паренхимы.

На втором этапе проводилась уретронеоцистостомия. Для оценки эффективности данной операции (в разные сроки от I до I2 месяцев) исследовались проходимость и гистологические изменения анастомоза, а также возможность возникновения повторного рефлюкса.

Полученные результаты дают возможность рекомендовать указанный метод операции для применения в клинической практике, как технически легко выполнимый и дающий хорошие анатомические и функциональные результаты.

Во второй серии опытов (I5 собак) на первом этапе был вызван пузырно-мочеточниковый рефлюкс. Для этого рассекали мускулатуру мочевого пузыря на месте впадения уретры в мочевой пузырь.

В разные сроки после первой операции (2 недели-I месяц) была проведена антирефлюксная операция по методике, предложенной канд.мед.наук У.А.Рейно. Результаты исследовались в разные сроки после операции (от 7 дней до 6 месяцев). Для оценки эффективности данной операции исследовано наличие рефлюкса, гистологические изменения паренхимы почек, мочеточника и мускулатуры мочевого пузыря вокруг мочеточника.

Результаты применяемой нами операции перспективные. При правильном проведении, и соблюдении всех технических деталей операции рефлюкс отсутствует, также отсутствуют изменения в мускулатуре мочеточника и в паренхиме почки.

Приведенные данные являются предварительными. Опыты и наблюдения над оперированными животными продолжаются.

ЦИТОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА РАКА ЛЕГКОГО

П.В. Горелик

Гродненский Медицинский Институт

Научный руководитель: доц. Н.С.Ефимишин

Одним из важнейших диагностических методов при раке легкого являются цитологические исследования, и в особенности цитологический анализ мокроты.

По данным многих отечественных и зарубежных авторов /А.И.Савицкий, Ф.Г.Углов, Бойд, Виктор, Тут и др./ положительные результаты при цитологическом изучении мокроты у больных с диагнозом рак легкого были получены от 50% до 80% случаев. Нами были изучены результаты цитологических исследований у 83 больных раком легкого, лечившихся в радио-хирургическом отделении клиники госпитальной хирургии Гродненского Государственного медицинского института в течение 1969 года. Исследования проводились в лаборатории Гродненской областной клинической больницы /врач - лаборант Меркулова Н.М./. Из общего числа больных раком легкого мужчин было 74 человека и 9 женщин, преимущественно от 50 по 70-летнего возраста. Правое легкое поражалось у 54% случаев, а левое у 46%. Центральный рак был у 61,2% и периферический у 38,8% больных. Рак легкого II-III стадии был у 70% больных и у 30% рак легкого IY стадии.

При цитологическом исследовании мокроты раковые клетки были обнаружены у 64,7% исследований и 35,3% дали отрицательный результат. Из них при центральном раке положительный результат был у 68,2% исследований, при периферическом у 62,8%. Последнее объясняется запущенностью периферического рака легкого, прорастанием его в бронхиальное дерево. Положительные результаты были получены с

первого и по шестое исследования мокроты. При этом оказалось, что в первых трёх исследованиях положительные результаты были более частыми - у 70%, а в последующих трех - у 30%. Вероятно, у последних раковые клетки в таком количестве попадали в мокроту и в более поздние сроки.

В виду отрицательных результатов при исследовании мокроты у четырёх больных проводилась бронхоскопия. При цитологическом исследовании промывных вод после бронхоскопии во всех случаях обнаружены раковые клетки. У 7 больных с подозрением на раковый плеврит проводились цитологические исследования выпота плевральной полости. У двух больных с четвёртой стадией, у которых не удалось обнаружить раковые клетки в мокроте, были произведены цитологические исследования пунктата, пораженного метастазом надключичного лимфатического узла. В обоих последних случаях был положительный.

Если после шестикратного исследования мокроты раковые клетки не обнаруживались, то таким больным вводился циклофосфан по 0,2 внутривенно. При этом из 20-ти подобных больных положительный результат получили после трехшестикратного введения у 17 больных, у 3-х больных отрицательный. Вероятно, циклофосфан способствует отделению раковых клеток из опухоли в мокроту.

В ы в о д ы:

1. Цитологические исследования мокроты в большинстве случаев помогают правильно поставить диагноз рака легкого. В сомнительных случаях исследования мокроты необходимо проводить до 6-ти раз.

2. При отрицательных результатах введение циклофосфана в дозе от 0,6 до 1,2 /разовая доза 0,2/ больным, у которых подозревается рак легкого способствует поступлению раковых клеток в мокроту и постановке диагноза.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА

С.Л. Рачкевич

Львовский Медицинский Институт

Научные руководители: проф. Г.Г. Караванов
проф. Д.Х. Фомин

Окончательно нерешенные вопросы этиологии, патогенеза и лечения воспалительных заболеваний желчных путей диктуют необходимость дальнейших экспериментальных исследований. Для этих целей необходимо создание моделей холецистита.

По литературным данным воспроизведение такой модели встречает трудности /Д.С.Саркизов, П.И.Ремезов, 1960; Розенау, 1916; Озаки, 1936; Ян Ошацкий, 1968/.

В наших исследованиях по воспроизведению модели острого холецистита мы использовали кроликов. Семи кроликам создана стационарная фистула желчного пузыря с помощью резиновой трубки, утолщенный конец которой был введен в желчный пузырь и затянут кистным швом, свободный конец трубки был выведен наружу через отдельный разрез, закрыт наглухо и подшит к коже.

После заживления раны и контрольного посева желчи кроликам вводилась 0,5 мл. взвеси культуры кишечной палочки в физиологическом растворе. Для заражения использовались культуры 6 и 73 а/Г, выделенные от больных флегмонозно-гангренозным холециститом. Культуры вводились в желчный пузырь посредством пункции дренажной трубки, Всего было заражено 5 кроликов.

У двух кроликов, которым была введена культура двукратно, на третьи сутки развились все признаки острого заболевания. У трех кроликов, зараженных культурой однократно, явления нарастали постепенно и полностью развились на седьмые сутки. Четыре кролика подверглись лечению коли-фагом, полученным нами пассажем сточной воды реки Полтвы на смесях культур кишечной палочки. Фаги вводились через дренаж-

ную трубку, внутривенно, внутримышечно. Учитывая полученные нами данные о синергизме действия бактериофагов с морфоциклином на культуры кишечных бактерий *in vitro*, применялся разведенный фагом антибиотик, к которому культура, использованная для заражения была не чувствительна/при действии антибиотика без бактериофага/. Каждые 12 часов регистрировалось состояние кроликов, производился посев содержимого желчного пузыря. У всех леченных кроликов отмечалось клиническое выздоровление. Контрольный кролик погиб на 15 сутки. На секции выявлено: эмпиема желчного пузыря, холангит, множественные абсцессы печени.

В ы в о д ы:

1. Созданная модель может быть использована для воспроизведения воспалительных заболеваний желчных путей и экспериментальных исследований эффективности действия различных лечебных препаратов.
2. Наличие стационарной фистулы желчного пузыря дает возможность проведения исследований содержимого желчного пузыря.
3. Применение бактериофага эффективно при лечении экспериментального холецистита.

СВОБОДНОРАДИКАЛЬНЫЕ МЕХАНИЗМЫ МЕСТНОЙ ЭЛЕКТРОАНЕСТЕЗИИ

Вагин Ю.Е. — У к.

1-ый Московский Медицинский Институт
им. И.М.Сеченова

Научные руководители: проф. Н.М.Ливенцев
проф. Б.Н.Тарусов

Блокирующее действие электрического тока на проведение возбуждения по нервным образованиям нашло применение в практике местной и общей электроанестезии. Однако до сих

пор не объяснен механизм электроанестезии и особенно её основные преимущества перед другими видами обезболивания: отсутствие токсичности и быстрое восстановление чувствительности при выключении тока.

В последние годы было показано, что возбуждение, проведение и торможение в нервах сопровождаются химическими реакциями, в которых участвуют свободные радикалы.

С целью изучения молекулярных механизмов действия на нервную ткань электрического тока при местной электроанестезии исследовали радикалообразование при создании в нерве электрического блока.

Электрическую непроводимость в седалищном нерве лягушки вызывали постоянным током и переменными токами 700 и 4000 гц. Свободные радикалы определяли методом привитой радикальной сополимеризации. При этом меченый по углероду C^{14} синтетический мономер акриламид, введенный в живую ткань при наличии свободных радикалов сополимеризовывается с биополимерами протоплазмы. Сополимеризованный акриламид определяли количественно методом гистоавтордиографии. Всего исследовано 141 участок нервов. Результаты опытов обработки статистически.

В результате было установлено, что при блоке проведения, созданном указанными выше видами токов, количество свободных радикалов увеличивается по сравнению с интактными нервами и нервами, на которые наносилось раздражение 100 имп./сек. Радикалообразование при электрическом блоке возрастает на 60-90% по сравнению с контролем, а в возбужденном нерве число свободных радикалов увеличивается на 30-40% .

Из литературы известно, что непроводимость, вызванная химическими агентами, приводит к уменьшению радикалообразования в нерве. Предполагается, что радикалообразование при проведении возбуждения связано с химическими реакциями, обеспечивающими готовность нерва к функциональной деятельности. Различают две группы подобных реакций. Первая группа - это быстрые реакции, протекающие в рефрак-

терный период и восстанавливающие способность нерва к возбуждению и проведению. Вторая — это медленные реакции, идущие постоянно в нерве и обеспечивающие энергией реакции первого типа.

По нашему предположению, непроводимость в нерве при действии на него электрического тока связана с блокированием быстрых реакций, идущих в рефрактерный период, на стадии образования промежуточных продуктов обмена свободнорадикального характера. В связи с этим и происходит обнаруженное в наших опытах накопление в ткани свободных радикалов. Чтобы установился подобный блок реакций, необходимо минимальное количество времени. При выключении тока блок реакций мгновенно исчезает, с чем связано столь же быстрое восстановление нерва.

Из литературы известно, что наркотические вещества, в отличие от токов, тормозят вторую группу реакций, обеспечивающих энергией нерв. Причем наркотики постепенно накапливаются в нервной ткани и химически связываются с молекулами. При этом имеет место постепенное установление непроводимости и еще более медленное возвращение исходного состояния при удалении наркотического вещества.

Подобные механизмы действия электрического тока или наркотиков на нерв объясняет эффекты нетоксичности и практически мгновенное обезболивание при местной электроанестезии, а также токсичность и медленное достижение анестезии при использовании наркотиков. Этим же объясняется быстрое восстановление нормальной чувствительности после местной электроанестезии и медленное восстановление после применения наркотиков.

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ЛЕЧЕБНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА У БОЛЬНЫХ С ВРОЖДЕННЫМИ РАСЩЕЛИНАМИ ГУБЫ И НЕБА

Ю.Р.Хярманд, Т.А.Протин — У к.

Руководитель: канд. мед. наук М.О.Лыви

Врожденные расщелины губы и неба являются одним из

тяжелых уродств человека, требующих комплексного лечения.

Основным методом лечения врожденных расщелин губы и неба является хирургический, но в то же время не мало-важное значение имеют дополнительные лечебные вмешательства как ортопедические, логопедические и др.

Целью настоящей работы является выяснение частоты и методов применения ортопедического лечения у больных с врожденными расщелинами губы и неба.

Основой нашего исследования послужил архивный материал стоматологического стационара Таллинской республиканской клинической больницы за 1952 - 1969 гг. За указанный период находились и находятся на лечении 173 больных с врожденными расщелинами губы и неба в возрасте от 10 дней до 18 лет и старше, среди них мужского пола больных было 103 (60%) а женского пола 70 (40%) человек.

Из этих больных 38 человек (22%) за последние 3 года (1967 - 1969) обратились на лечение в ортопедическое отделение Таллинской стоматологической поликлиники. Изолированная расщелина неба была у 20 больных (частичная у 11, полная у 9); расщелина губы, альвеолярного отростка и неба - у 18, из них односторонние расщелины были у 13, двухсторонние у 5.

16 из 38 больных в качестве ортопедического лечения были изготовлены до уранопластики плавающие obturatory; причем 7 детям из них были изготовлены плавающие obturatory после хейлопластики. Возраст больных к моменту получения плавающего obturatory был следующий: до 1 года - 2 детей, 1-2 лет - 6, 2,5 - 5 лет - 3 и 5,5 - 8 лет - 5 детей.

2 больным в возрасте 10-11 лет были изготовлены базисobturatory для закрытия остаточных дефектов после уранопластики.

18 детям в возрасте 5-11 лет было проведено ортодонтическое лечение с целью исправления аномалий прикуса. В основном применялись винтовой пластмассовый аппарат для расширения зубной дуги верхней челюсти и накусочная пла-

стинка Бынина с наклонной плоскостью.

О РЕЗУЛЬТАТАХ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ
КОНТРАКТУРЫ ДЮПИТРЕНА ПО ДАННЫМ ХИРУРГИЧЕСКОГО
ОТДЕЛЕНИЯ ТАРТУСКОЙ ГОРОДСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ
ЗА 1960 - 1969. гг.

М.Хэнно - 3 к.

Руководители: доц. В.Ю. Пынк и асс. А.Я. Пилле.

Для выяснения результатов оперативного лечения контрактур ладонного апоневроза мы произвели анализ послеоперационного состояния больных, оперированных за последние 10 лет в хирургическом отделении Тартуской Городской Клинической больницы.

За этот период было оперировано всего 67 больных, с диагнозом контрактура Дюпитрена, из них 63 мужчины и 4 женщины в возрасте 27-79 лет. Большинство больных были старше 50 лет. Контрактуры по тяжести разделялись на 3 стадии, соответственно классификации А.Беула /1938/, Л.Наливкина /1936/, А.Гилл /1938/ и др. Наиболее часто отмечалась выраженная контрактура 4. пальца, затем 5. и 3. пальца. Преимущественно наблюдались больные во 2. -3. стадии заболевания /2. стадия - 29 больных, 3. стадии - 32 больных/. Контрактуры одного пальца отмечались только у 16 больных, а у остальных больных наблюдались контрактуры 2-3 пальцев. У 45 больных контрактура была на одной руке, а у 22 больных на двух.

Оперативное лечение состояло в радикальной экстирпации всего измененного ладонного апоневроза. В большинстве случаев на ладони производили дугообразный или продольный разрез в пределах сморщенного тяжа. Такой разрез оказался достаточным при контрактуре I. -2. стадии. При 3. стадии большей частью производили комбинированный разрез, позволяющий после экстирпации ладонного апоневроза экономно использовать кожу. После операции помещали руку на шину на одну

неделю, затем применяли лечебную гимнастику, массаж и физиотерапию.

Оперативное лечение при I. стадии контрактуры дало хорошие результаты в 100% случаев, во 2. стадии - 89%. При контрактурах 3. стадии из 32 больных хорошие результаты получили только у 9 больных, удовлетворительные - у 14, и у остальных больных были неудовлетворительные результаты/рецидивы в виде вторичных контрактур/.

Так как в 3. стадии заболевания, несмотря на радикальность операции и активное послеоперационное лечение, операция не дала полного восстановления функции пальцев, то необходимо возможно раньше направлять больных на оперативное лечение и проводить операции на I. - 2. стадиях заболевания.

ИЗМЕНЕНИЕ ГОРМОНООБРАЗУЮЩЕЙ ФУНКЦИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ИНГАЛЯЦИОННОМ НАРКОЗЕ

А.Т.Федоренко, Н.И.Шелевер, М.С.Керестень

Ужгородский государственный университет

Научные руководители: ст. преп. З.И.Фабри

в/в Н.А.Бзонюк

Наркоз оказывает выраженное влияние на обменные процессы и функциональное состояние надпочечников./И.С.Жоров, 1959; Ю.Е.Бабская, А.В.Погосова, 1969./

Щитовидной железе принадлежит важная роль в реализации стрессорных реакций/Б.В.Алехин, 1965; H. Selye, 1956, 1962/.

Спектрофотометрический метод определения йода, связанного с белками крови /ИСБ/ позволяет с большой достоверностью судить о перестройке функциональной активности щитовидной железы /Т.Ф.Комарова и др., 1964; Г.С.Степанов, 1965; S.V.Barker 1951./

Нами на 20 собаках изучалось влияние эфирного и фторотанового наркоза на функциональную перестройку щитовидной железы путем определения содержания ИСБ в крови методом Баркера. Кровь забиралась из бедренной вены до начала наркоза

на высоте наркоза, через час и через 24 часа после окончания наркоза.

У собак до начала наркоза содержание ЙСБ в крови колебалось от 1,00 до 5,50 мкг% и в среднем $M+m = 2,45 \pm 0,20$ мкг%.

На высоте эфирного наркоза существенной перестройки гормонообразующей функции не наблюдалось /СБ крови $2,50 \pm 0,27$ мкг%/.

По выходе животных из наркоза наблюдалось увеличение уровня ЙСБ в крови $/2,64 \pm 0,21$ мкг%/ . В дальнейшем, через 24 часа после наркоза уровень ЙСБ в крови остался высокой $/3,01 \pm 0,28$ мкг%/ .

Фторотановый наркоз оказывает подобное действие на функцию щитовидной железы, хотя при этом наблюдались некоторые особенности.

Очевидно, эфирный и другие виды наркоза, как стрессоры вызывают повышенные требования к нейро-эндокринной регуляторной системе и организм отвечает на них возбуждением щитовидной железы.

Можно думать, что необходимо позаботиться о достаточном обеспечении организма йодом перед оперативным вмешательством под общим наркозом.

ТЕРАПІА

ТЕРАПИЯ

KILPNÄÄRMEHAIGETE PERIFEEERSE VERE LÜMFOTSÜÜTIDE
BLASTTRANSFORMATSIOONIST

Ahe Mere VI k.

Juhendaja: dots. V. Saarma

Viimastel aastatel seostatakse mõningate kilpnäärme-
haiguste patogeneesi immunopatoloogiliste muutustega organis-
mis. Esmalt interpreteeriti autoimmuunhaigusena ainult Has-
himato türeoidiiti, nüüd on selgitatud ka nn. idiopaatilise
hüpotüreoosi immunopatoloogiline olemus. Leidub veel kirjan-
dusandmeid kilpnäärmevastaste tsirkuleerivate antikehade esi-
nemise kohta operatsiooni- ja radiojoodresektiooni järgsel-
tel hüpotüreoosihaigetel. Kõrgeid antikeha tiitreid on lei-
tud ka türeotoksikoosihaigete veres. Vähe on uuritud kilp-
näärmehaigete hilistüüpi allergilisi reaktsioone, ehkki
just nende mehhanismidega seletatakse autoimmuunhaiguste
patogeneesi.

Käesoleva töö eesmärk oligi hilistüüpi immunoloogiliste
reaktsioonide uurimine kilpnäärmehaigetel. Uuringuid teos-
tati 21 hüpotüreoosi- ja 37 nodoosse struumaga haige vere
lümfotsüütide kultuurides K. Hirschhorni meetodil. Kontroll-
rühma moodustasid 24 kliiniliselt tervet isikut. Lümfotsüü-
tide blasttransformatsiooni ja mitootilist aktiivsust jäl-
giti leukotsüütide kultuurides 72 tundi pärast antigeeni li-
samist. Antigeenideks olid fütohemaglutiniin ja koeekstrakt
operatsioonil eemaldatud kilpnäärmest. Kontroll-lahusena ka-
sutati füsioloogilist lahust. Uuringute tulemused näitasid,
et füsioloogilise lahuse lisamine ei stimuleerinud lümfot-
süütide transformatsiooni ega mitootilist aktiivsust ei hai-
gete ega ka tervete isikute leukotsüütide kultuurides. Füto-
hemaglutiniin kutsus esile kõikides kultuurides blast -
reaktsiooni, mis tõestab, et kultuuris leiduvad rakud on
reaktsioonivõimelised. Kilpnäärme koest antigeeni lisamine
tervete isikute leukotsüütide kultuurile ei põhjustanud olu-
lisi nihkeid kultuuri bakulises koostises. Seevastu sõlme-
lise struumaga haigetest oli lümfotsüütide tundlikkus kilp-

näärme koeekstraktile tõusnud: kultuurides ilmnes märgatav blasttransformatsioon ja mitootilise aktiivsuse tõus, ehk-ki see oli tagasihoidlikum kui hüpotüreooosihaigete valgevere kultuurides. Viimastes täheldati väga elavat lümfoblastreaktsiooni.

Siit järeldub, et elavaid hilistüüpi allergilisi reaktsioone esineb idiopaatilise hüpotüreooosi juhtude kõrval ka radikaalsest ravist põhjustatud hüpotüreooosihaigetel.

Küsimust, kas radikaalne ravi põhjustab autoantigeense substantsi vallandumise näärmekoest või aktiveerib radikaalne ravi immunopatoloogilist protsessi juba eelnevalt sensibiliseeritud organismis, ei ole võimalik antud töö raames selgitada.

Kuna ka solmelise struumaga haigetel täheldati küllalt sageli hilistüüpi immunoloogilisi reaktsioone kilpnäärme ekstrakti vastu - on põhjust arvata, et just need, kilpnäärme suhtes sensibiliseeritud organismid, võiksid olla radikaalse ravi rakendamisel disponeeritud hüpotüreooosi tekkele.

APNOE-TESTI KASUTAMISEST SUDAMEHAIGUSTE DIAGNOOSIMISEL

T.Roos, M.Niin V k., M.Tilga IV k.
Juhendaja: prof. K.Körge.

Käesoleva töö eesmärgiks oli uurida apnoe dünaamikat tervetel ja südame orgaanilise kahjustusega haigetel. Uuritavateks olid 20 tervet naisüliõpilast vanuses 22-29 a., ja 29 naishaiget vanuses 22-50 a., kellel diagnoositi reumaatilise päritoluga klapirikked ning I ja II^a astme kardiovaskulaarne puudulikkus. Reumaatiline protsess oli neil kõigil inaktiivses faasis (kaebuste puudumine, laboratoorsete näitajate ja EKG dünaamika puudumise põhjal).

Metoodika: Rahuolekus möödeti vererõhk ja pulsisagedus. Seejärel lasti haigel maksimaalselt sisse hingata ja nii kaua hinge kinni pidada kui ta seda suutis. Apnoe kestvus möödeti stopperiga. Apnoe ajal määrati üks kord vererõhk ja iga 10" järel pulsisagedus. Katset teostasime üldse kolm

korda 45 sekundiliste vaheaegadega. Pärast puhkust mõõtsime hingamismahu spiromeetriga. Võrreldes esimese katsega pikenes apnoe kolmandal katsel tervete rühmas kõikidel uuritavatel keskmiselt 12 - 54". Haigete rühmas apnoe lühenes 11 haigel 2 - 6", 2 haigel 20 - 21". Apnoe dünaamikat ei täheldatud 2 haigel ja apnoe kestvus pikenes 16 haigel, neist 13-nel 1-14" võrra, ülejäänutel 24", 34", 38" võrra. Seega esines ilmne vahe tervete ja haigete apnoe dünaamikas. Järgnevalt uuriti apnoe kestvuse sõltuvust hingamismahust. Tervetel oli hingamismaht normi piirides: 29-st haigest 8-1 oli hingamismaht 23-64% normist väiksem, ülejäänutel oli hingamismaht normis. Normist madalama hingamismahuga 8-st haigest 6-1 esines samal ajal ka apnoe kestvuse lühenemine, kahest ülejäänust uhel apnoe kestvus ei muutunud ja teistel tõusis kestvus 15% võrra. Et kolmel südame haigel apnoe test oli patoloogiline normaalse kopsumahu juures, ei saa viimase langust pidada apnoe lühenemise ainsaks põhjuseks. Kuna apnoe testi resultaatides ilmneb selge vahe südame orgaanilise kahjustusega haigete ja tervete vahel, siis tuleks nimetatud testi praktilist väärtust (eriti latentselt kulgevate südamekahjustuste diagnoosimisel) põhjalikumalt selgitada. Samuti väärib edasist uurimist apnoe testi rakendatavus südame funktsionaalsete häirete diferentsimisel.

ÄGEDA LEUKOOSI ESINEMISSAGEDUSEST JA SÜMPTOMATOLOGIAST LASTEL TARTU L.KL. LASTEHAIGLA ANDMETEL AASTATEL 1948 - 1968

S.Keer, S.Haljaste, E.Põllu VI k. ja
M.Kupatsev III k.
Juhendaja dots.kt.L.Sildver.

T e e s i d 1. Kirjanduses esitatud uurimustest selgub, et kogu maailmas on leukoosi haigestumine sagenenud ja samaaegselt "noorenenud". Seetõttu on leukoosi probleem tänapäeval muutunud pediaatrilises hematoloogias väga aktuaalseks. 2. Tartu L.Kl. Lastehaigla andmetel omab leukoosi

haigestumine viimase 20 aasta jooksul kindlat tõusutendentsi. 3. Leukoosi initsiaalsed kliinilised nähud avalduvad mittespetsiifiliste üldintoksikatsiooni sümptomidena. Hematoloogilises staatuses leitakse aga enamikul haigetest ägeda leukoosi võimalusele viitavad muutused. 4. Uurimistulemustest järeldub, et tänapäeval on pediatrilises praktikas vaja erilist tähelepanu pöörata leukoosi varajasele diagnoosikale.

TÄHELEPANEKUID SUBGLOTTILISE LARÜNGIIDI KOHTA TARTUS

H.Ratas ja M.Lillepa IV k.

Juhendajad: prof.E.Siirde ja V.Särgava.

Jälgisime subglottilise larüngiidi esinevust Tartu Vabariikliku Kliinilise Haigla kõrva-nina-kurguosakonnas 1968. ja 1969.a. Haigete arv oli 60, neist 1968.a. - 21 ja 1969.a. - 39. Haigus esines rohkem talve- ja kevadkuudel, eriti seoses griepideemiaga 1969.a. jaanuaris-veebruaries. Vanuse järgi oli haigeid alla 1.a. - 9, 1-2 aastani - 23, 2-7 aastani - 23 ja üle 7 aasta - 5. Torkab silma poisslaste suur ülekaal (48). Haigestumisele eelnes anamnestilistel andmetel 33 juhul kokkupuutumine gripihaigetega. Kollektiividesse kuuluvaid lapsi oli 23, koduseid - 37. Enamikel juhtudel oli tegemist linnalastega (42 juhtu). Enne haigestumist esines tavaliselt nohu või köha 1-2 päeva vältel. Hingamistakistus tekkis enamikul (43 juhul) järsku, tavaliselt öösel. Haiglasse saabumisel esines kõigil rohkem või vähem väljakujunenud hingamisraskus.

Raviks rakendati kõikidel juhtudel neerupealise hormoonpreparaate (prednisoloon või hüdrokortisoon) süstituna intravenoosselt (7 juhul) või intramuskulaarselt (45 juhul), kergematel juhtudel - suu kaudu. Samaaegselt manustati antibiootikume (penitsilliin, streptomütsiin, tetratsükliin jt.), antihistamiinseid (dimedrool, pipolfeen), ekspektoreerivaid vahendeid, hapnikelektroaerosoolravi, samuti hapniku inhalatsiooni. Nimetatud ravi tulemusena hingamistakistus vähe-

nes kiiresti ja ohtlik olukord likvideerus tavaliselt juba esimese ravipäeva vältel (31 juhul).

Lämbumisohtu tõttu oli vaja teostada trahheotoomia 6 lapsel, mille järgselt hingamine muutus vabaks. Pärst trahheotoomiat 3 last surid üldiste raskete intoksikatsiooninähtude tõttu. Ülejäänud kolmel õnnestus trahheaalkanüül eemaldada 20-39 päeva pärast trahheotoomia teostamist. Statsionaarsel ravil viibimise kestel esines palavikuline seisund 39 haigel, tavaliselt alla 38⁰ ja kadus enamikul juhtudel (31) 4 päeva jooksul. 21 lapsel temperatuuri ei esinenud. Kõrgenenud vere settereaktsioon üle 20 mm l t. jooksul esines 15 haigel. Leukotsütoos oli valdaval enamikul normaalne (6-8000). Valgeverre pildis oli 33 juhul kindlaks tehtav lümfotsütoos, mis ulatus 40-60%-ni. Haiglaravi kestvus 15 juhul ulatus kuni 4 päevani, 37 juhul 5-7 ööpäevani ja 5 juhul üle 10 ööpäeva. Surmaga lõppenud juhtudel leiti kõikidel lahangul tunnuseid, mis on iseloomulikud viirusinfektsioonile, samuti tugev fibrinoosne larungotrahheiid ja pneumoonia. Kliinilise pildi järgi võis kõigil haigetel oletada viirusnakkust, viroloogiiliselt oli seda võimalik kindlaks teha ainult surmaga lõppenud lastel, kel avastati gripiviirus. Kuna pikaajaline hapniku vaegus ja süsihappegaasi kuhjumine veres võivad põhjustada ajukahjustust ja vere happelisele tasakaalu häiret, siis juhtudel, kus hormoonpreparaatide ja antibiootikumide rakendamine ei põhjusta määrgatavat hingamise kergenumist, osutub vajalikuks õigeaegselt läbi viia trahheotoomia, ega selle teostamisega mitte liigselt viivitada. Trahheotoomia tegemisel kasutada võimalikult anesthesioloogi abi, et vältida lapse lämbumisohtu operatsioonilaul.

ИММУНОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАКЦИЯ ЛИМФОЦИТОВ КРОВИ У БОЛЬНЫХ ГИПОТИРЕОЗОМ И УЗЛОВЫМ ЗОБОМ

А.Мере - УІ к.

Руководитель: доц. В.Саарма

В последние годы аутоагрессии отводятся все большая роль в патогенезе некоторых болезней щитовидной железы. Одним из существенных механизмов аутоиммунных процессов является гиперчувствительность замедленного типа, которая связана с клеточными антителами содержащимися в лимфоцитах.

В данной работе изучали у 21 больных гипотиреозом и у 37 больных узловым зобом состояние сенсибилизации мононуклеарных клеток периферической крови к различным антигенам.

Культуры лимфоцитов изготовлялись по методу К. Hirschhorn и соавт.. В качестве антигенов служили фитогемагглютинин (общеизвестный стимулятор трансформации) и гомологический экстракт ткани щитовидной железы, полученный из удаленной железы. Контролем служила культура тех же лимфоцитов, но с добавлением физиологического раствора вместо антигена.

Во всех культурах лимфоцитов, куда добавляли только физиологический раствор, бластреакция была незначительная. В среднем бластреакция была $4,3 \pm 0,73$.

Фитогемагглютинин вызывал во всех культурах значительные трансформации лимфоцитов в "бластклетки". Бластреакция колебалась от 6 до 83%. Но в основном осталось около 50%.

У больных узловым зобом реакция с экстрактом тиреойдной ткани была повышена ($11,0 \pm 1,84$). Но у больных гипотиреозом добавление экстракта тиреойдной ткани в культуру лимфоцитов вызывала оживленную бластреакцию ($19,7 \pm 2,78$).

Уверенно можно сказать, что после радикального лечения щитовидной железы реакция гиперчувствительности замедленного типа оживляется.

Так как повышенная бластреакция встречается и в культурах лимфоцитов больных узловым зобом, можно предполагать, что организм этих больных уже до радикального вмешательства был сенсibilизированным. После радикального лечения у них может очень быстро формироваться иммунологический гипотиреоз.

Результаты наших исследований свидетельствуют о том, что необходимо иммунологические обследования больных заболеваниями щитовидной железы в период до радикального лечения.

АНТИТЕЛА К ДЕЗОКСИРИБОНУКЛЕИНОВОЙ КИСЛОТЕ У БОЛЬНЫХ КОЛЛАГЕНОВЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

И.Троицкий - 6 к.

Руководитель: асс. О.Майметс

Антитела к ДНК обнаружены у больных различными коллагеновыми и неколлагеновыми заболеваниями (Зелигманн 1958 г Поверенный и Леви 1965 г., Монье с сотр. 1968 г., Уварова с сотр.. 1969 г.).

Работами Поверенного и Леви (1964 г., 1965 г.) изучены два типа антител к ДНК: 1-й тип к односпиральной ДНК, 2-й тип - антитела, реагирующие с двухспиральной (нативной) ДНК.

Исследования вышеприведенных авторов показали, что антитела 1-го типа могут быть выявлены у различных больных и в незначительных титрах обнаруживаются у большинства здоровых людей.

Антитела 2-го типа выявлены только при заболеваниях, сопровождающихся аутоиммунными процессами (наиболее часто и в высоких титрах при системной красной волчанке (СКВ)).

В связи с имеющимися литературными данными, позволяющими предполагать связь между развитием при коллагенозах аутоиммунных процессов и взаимодействием антител к ДНК 2-го типа с ядерной ДНК клетки (Поверенный и Прозоров 1966 г., Тустановский 1968 г., Нестеров и Сачков 1961 г.) проведено исследование группы больных с различными колла-

геновыми заболеваниями с целью выяснения частоты обнаружения антител к ДНК 2-го типа среди больных коллагенозами и сравнения с частотой их обнаружения в группе больных неколлагеновыми заболеваниями и среди здоровых лиц, а также выявления возможной связи между обнаружением у больных коллагенозами антител к ДНК и некоторыми клинико-лабораторными показателями.

В качестве методики определения антител применена реакция пассивной гемагглютинации (РПА) в модификации Поверенного и Леви (1964 г.) с изменениями.

Всего исследовано 173 сыворотки, из них 50 сывороток больных коллагенозами, 47 - другими заболеваниями и 76 сывороток здоровых лиц (добровольные доноры). Антитела к ДНК 2-го типа обнаружены у 10 из них: у 7 больных коллагенозами, у 2-х здоровых доноров и у одной больной болезнью Филатова.

Отмечается статистически достоверная большая частота выявления антител к ДНК в группе больных коллагенозами. Имеется коллагенозов наиболее часто (статистически достоверно) и в наиболее высоких титрах, антитела к ДНК 2-го типа выявляются у больных СКВ. Антитела у здоровых выявлены в низких титрах.

Вопрос о диагностической и прогностической ценности определения антител к ДНК 2-го типа у больных коллагеновыми заболеваниями нуждается в дальнейшей разработке.

К ВОПРОСУ О САХАРНОМ ДИАБЕТЕ У ДЕТЕЙ

О.А. Омельченко

Харьковский Медицинский Институт

Научный руководитель: проф. А.Ф. Доброгаева

Сахарный диабет наблюдается в различных возрастных группах, чаще заболевание начинается в возрасте 31-60 лет. Среди детей заболеваемость сахарным диабетом колеблется от 3,8 до 8%. Описаны отдельные случаи диабета у детей в

возрасте до года.

По данным детского соматического отделения ОКВ в 1969 г. из 1560 лечившихся детей - 35 были больных сахарным диабетом. По возрасту в основном преобладали дети старше 10 лет /17/.

Большинство детей не могут указать с чем связано развитие заболевания, в отдельных наблюдениях заболевание развилось после тонзилэктомии, аппендэктомии, испуга. Однако анализ истории болезни детей показал, что у всех высокий инфекционный индекс, 2/3 детей до выявления сахарного диабета перенесли 5-7 инфекций. Наиболее часто дети болели корью %19/, ветряной оспой /17/, коклюшем /13/ и эпидемическим паратифом /12/.

У 4 детей имеется указание о том, что ближайшие родственники /мать, сестра, тетя/ страдают сахарным диабетом.

Ранними симптомами сахарного диабета чаще являлось общее недомогание, головная боль, повышение жажды, увеличение диуреза, рвота. Реже отмечалась сухость во рту, зуд кожи и век, боли в животе, исхудание. У 4 детей диабет диагностирован в связи с развившейся комой.

Течение болезни у 23 из 35 детей тяжелое, с высокой глюкозурией и гликемией, частыми явлениями гипогликемии на фоне инсулинотерапии. Что затрудняло подбор дозы инсулина. Доза инсулина подбиралась очень медленно, постепенно с учетом тяжести течения болезни, сахарной ценности продуктов питания, динамики выделения сахара с мочой, и содержания сахара в крови. В комплексе лечебных мероприятий применяли липокаин, метионин, витамины группы В, ферменты и др. препараты направленные на нормализацию обмена веществ в организме, в частности жирового, особое внимание обращалось на питание ребенка.

В первые 10-15 дней дети получали кристаллический инсулин. В последующем постепенно, под контролем исследования сахара мочи и крови в течение суток, вводился инсулин пролонгированного действия. В среднем дети получали 36-64 ед. инсулина, 2/3 из которых был протаминцинкинсулин.

Введение инсулина пролонгированного действия хорошо переносилось больными и позволяло введение инсулина проводить 1-3 раза в течение суток.

Наблюдение проводилось нами в течение 28-46 дней. Все дети, первично поступившие в стационар обучены методу введения инсулина, выписаны в удовлетворительном состоянии и находятся на диспансерном учете.

О РОЛИ ГИСТАМИНА В РАЗВИТИИ ПОСТСТРЕССОРНОЙ ЭОЗИНОПЕНИИ

И.А. Макаров

Горьковский Медицинский Институт

Научный руководитель: проф. Г.М.Покалев

Была проделана попытка выяснения роли гистамина в развитии постстрессорной эозинопении. Исследования носили клинико-экспериментальный характер. В 3 сериях на белых крысах изучалось влияние на число эозинофилов периферической крови тотальной экзогенной /15 животных/, эндогенной /15 животных/ гистаминемии и локальной экзогенной /14 животных/ гистаминемии. В качестве контроля служили крысы, которым вводилось 5 мг гидрокортизона /14 животных/ и 1 мл физиораствора /10 животных/. В качестве либератора эндогенного гистамина использовался солянокислый морфин. Была исследована также группа больных /17 человек/ с дисфункцией коркового слоя надпочечников. У каждого больного проводилось 2 пробы Торна: исходная и проба на фоне премедикации димедролом.

Установлено, что один и тот же процесс — увеличение количества гистамина — сопровождается двумя противоположными реакциями со стороны эозинофилов периферической крови. Если гистаминемия носит локальный характер, то ей сопутствует циркуляторная эозинопения. При тотальной же гистаминемии в периферической крови возникает эозинофилия. Причем локальная эозинопения вызывала у животных такую же эозинопению, как и гидрокортизон.

На фоне премедикации димедролом у всех больных наблюдалось либо полное отсутствие эозинопенического эффекта АКГГ /6 человек/, либо парадоксальные реакции /11 человек/, когда вместо ожидаемого падения числа эозинофилов наступало увеличение количества ацидофильных клеток.

Полученные данные позволили сделать вывод, что постстрессорная эозинопения состоит из 2-х процессов: а/выхода в повышенном количестве эозинофильных клеток в ткани, в которых при отрессе образуется повышенное количество гистамина. Причем в норме второй процесс превалирует над первым.

ИЗМЕНЕНИЕ РЕОЭНЦЕФАЛОГРАФИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ
У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ
ПОД ВЛИЯНИЕМ ИЗОБАРИНА

В.П.Кузьменок, Ш.Бобоходжаев,
С.С.Брынцова, В.Т.Молочков

Научный руководитель: проф. Ю.Д.Шульга

Харьковский Медицинский Институт

Реографический метод дает прямую информацию о величине кровотока в изучаемом участке сосудистого русла и позволяет косвенно судить о состоянии сосудистой стенки, о её тонических изменениях, предоставляя клиницисту основные сведения о процессах, происходящих в артериальной системе.

Изучено изменение реоэнцефалографических показателей у больных гипертонической болезнью II стадии фазы Б под влиянием симпатолитического препарата - изобарина /исмелин/ у 10 больных, в возрасте от 40 до 55 лет/ мужчин - 6, женщин - 4/. Реоэнцефалографические исследования производились при помощи одноканального реографа РГ-I-OI, подключенного к шестиканальному электрокардиографу "AlveH", фронто-мастоидальным методом наложения электродов, отдельно от каждого полушария головного мозга. Изобарин назначали в дозах от 12,5 мг до 25 мг 3-4 раза в сутки.

При оценке реоэнцефалограмм пользовались общепринятыми визуальными и количественными характеристиками.

Реоэнцефалограммы, у всех наблюдаемых больных, характеризовались низкой амплитудой, пологим медленным подъемом анакрот закругленной или изломанной вершиной, сглаженностью дополнительных волн и их смещением к верхушке.

Наблюдаются изменения реографических показателей тонуса сосудов. Так, отношение продолжительности восходящей части к нисходящей $\alpha : \beta$ составляло в контрольной группе - 0,128, у больных гипертонией - 0,248. Сфигмическая скорость у здоровых - 11,2%, у больных - 19,59%. Эти данные свидетельствуют о повышении тонуса мозговых сосудов.

Реографический индекс у больных гипертонией по сравнению с контрольной группой несколько снизился: у здоровых - 1,5, у больных - 0,945.

Время распространения пульсовой волны особых изменений не претерпевает: у здоровых - 0,15, у больных - 0,149.

Анализ реоэнцефалограмм показал, что прием изобарина наряду с улучшением визуальных показателей вызывает у всех больных отчетливое снижение показателей тонуса сосудов. Так, соотношение между восходящей и нисходящей частью рео-волн снизилось от 0,248 до 0,197, а также отношение восходящей части ко всей длине рео-волны снизилось от 19,59% до 16,57%.

Дополнительным доказательством снижения сосудистого тонуса является увеличение времени распространения пульсовой волны под влиянием гипотензивной терапии: до лечения составляло 0,149, после лечения - 0,168.

Реографический индекс, указывающий на кровонаполнения сосудов, под влиянием изобарина изменяется не одинаково: увеличение его отмечено у 6, снижение у 4 больных.

Артериальное давление под влиянием изобарина снизилось от 200/120 до 150/90 мм.рт.ст. Среднее снижение максимального артериального давления - 55, минимального - 25 мм.рт.ст.

ОБ ИЗУЧЕНИИ АЛЛЕРГИИ ЗАМЕДЛЕННОГО ТИПА
ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПЕЧЕНИ

И.Сарв, Х.Рахуметс - У к.

Руководитель: доц. В.Саарма

В литературе имеются данные, что в патогенезе хронических заболеваний печени определенную роль играет аутоиммунный механизм и, в частности, гиперчувствительность замедленного типа.

Для изучения гиперчувствительности замедленного типа при хронических заболеваниях печени нами были применена внутрикожная проба экстрактом цельной ткани печени. Одновременно проводилось исследование сенсибилизации лимфоцитов периферической крови, используя в качестве антигенов кроме фитогемаглютинаина и экстракты ткани печени и желчного пузыря. В таблице представлены результаты внутрикожных проб и материалы исследований культур лимфоцитов крови больных и здоровых лиц.

В результате статистической обработки полученных данных выяснилось:

1. Экстракт цельной ткани печени не может быть применен в качестве специфического антигена. 2. При ангиохолецистите лимфоциты крови сенсибилизированы к антигенам ткани желчного пузыря, которые вызывают специфические иммунопатологические реакции в культуре лимфоцитов этих больных.

Д и а г н о з	Внутрикожная проба		Феномен бласт- трансформации			
	общее число лиц	средняя площадь аллерги- ческих реакции в см ²	общее число лиц	среднее коли- чество трансфор- маторных форм в % к общему кол. клеток	ФГА экстр. ткани печени	экстр. ткани желчно- го пу- зыря
1. Хр. холе- цистит	16	8,48± 1,71	-			
2. Хр. ангио- холецистит	22	9,35± 1,48	7	48,70± 2,56	18,32± 1,32	23,36± 2,70
3. Хр. гепато- фиброхоле- цистит	12	5,85± 1,50	3	41,85± 3,75	24,66± 1,02	15,90± 10,90
4. Хр. анио- холецистит и панкреа- тит	7	12,10± 2,30	7	51,40± 4,22	20,40± 4,07	26,52± 9,25
5. Цирроз печени	16	5,09± 1,34	19	61,13± 10,40	16,61± 1,95	19,69± 2,37
Здоровые лица	12	2,06± 1,30	19	51,04± 4,02	18,86± 3,87	9,70± 1,23

ИЗМЕНЕНИЕ СОДЕРЖАНИЯ ГИСТАМИНА В КРОВИ ПРИ ОСТРОМ
ИНФАРКТЕ МИОКАРДА, ОСЛОЖНЕННОМ КАРДИОГЕННЫМ ШОКОМ
В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Е.А. Воробьев

Харьковский Медицинский Институт

Научный руководитель: проф. Л.Т.Малая

Гемодинамические нарушения, появляющиеся в результате развития кардиогенного шока, являются следствием внезапно развившегося снижения сократительной способности миокарда и неспособности компенсаторных механизмов удержать артериальное давление на надлежащем уровне, при котором кровоснабжение жизненно важных органов соответствовало бы их метаболическим потребностям.

Одним из факторов, участвующим в регуляции артериального давления, является гистамин/Н.Н.Кипшидзе, Н.К.Баригян, Э.Шеклин, Л.И.Рогова/.

Нами исследовалось содержание гистамина в крови собак при экспериментальном инфаркте миокарда, осложненном кардиогенным шоком. Инфаркт вызывался эмболизацией коронарных сосудов ртутью /методика Пиша и Хамер/.

Определение гистамина проводилось биологическим методом Барсума и Геддум в модификации О.М.Кулябко. Исследования показали, что в норме содержание гистамина в цельной крови собак равно 0,08 - 0,1 мкг/мл, в среднем 0,09 мкг/мл.

При развитии острого инфаркта миокарда, о чем свидетельствовали электрокардиографические изменения характерные для инфаркта, содержание гистамина в крови увеличилось до 0,6 - 0,9 мкг/мл, в среднем 0,75 мкг/мл.

Во время развития кардиогенного шока уровень гистамина в крови повышался до 0,8 - 1,1 мкг/мл, в среднем 0,95 мкг/мл.

Следует отметить, что при развитии кардиогенного шока, чем ниже падало артериальное давление, тем выше были цифры содержания гистамина в крови.

NEUROLOGIA JA PSÜHNIATRIA

НЕВРОЛОГИЯ И ПСИХИАТРИЯ

VERESEERUMI KLORIIDIDE KONTSENTRATSIOONI
MUUTUSED JA KLOORI ERITUSE DÜNAAMIKA AJU-
VERERINGE AKUUTSETE HÄIRETEGA
HAIGETEL

H.Kaselo IV k., I.Pärn V k.

Juhendaja: med.kand.A.E.Kaasik

Viimaste aastate uurimistulemused on näidanud, et pea-aju akuutsete kahjustustega haigete prognoosi ei määra mitte ainult ajukahjustuse iseloom ja ulatus, vaid ka kesknärvisüsteemi patoloogiaga kaasnevad ja sellest tingitud häired kogu organismis. (A.Tikk 1964; U.Noormaa 1964.; L.Luts 1967.) Käesoleva töö eesmärgiks oli vere kloriidide kontsentratsiooni ja nimetatud iooni ööpäevase erituse dünaamika jälgimine aju insuldi mitmesuguste vormidega haigetel. Peamine tähelepanu pöörati nimetatud muutuste sõltuvusele ajukahjustuse iseloomust, raskusest ja haiguse prognoosist. Uurimised teostati 68 haigel, kes olid akuutse aju insuldi tõttu hospitaliseeritud Tartu Vab.Kl.Haigla neuroloogiaosakonda. 43 haigel diagnoositi aju infarkti, 25 haigel esines aju hemorraagia. Uuritud haiged olid mitmesuguse raskusastmega, uuringu perioodi vältel suri 7 haiget. Kõigil haigetel määrati vere kloriidide kontsentratsioon (mekvl) võimalikult esimesel haiguspäeval ja seejärel iga haigusnädala keskel ja lõpul viie nädala vältel. Seega teostati igal üksikul haigel maksimaalselt 10 venoosse vere kloriidide kontsentratsiooni määramist. Vastavatel päevadel koguti haigete ööpäevane uriin ning määrati selles eritunud kloriidide hulk mekv-des ööpäevas ning arvutati ka nende kontsentratsioon (mekv/l). Uurimustulemuste analüüs näitas, et kõikides haigusgruppides püsis kogu raviperioodi vältel suhteliselt stabiilne, normilähedane vere kloriidide kontsentratsioon. Vaatamata sellele esinesid aju insuldi mõlema vormi korral märkimisväärsed muutused kloriidide ööpäevase eritumise dünaamikas. Aju infarktiga haigetel täheldati haiguse esimese nädala vältel kloriidide erituse tunduvalt lan-

gust. Suhteliselt kergemas seisundis viibivatel haigetel algas teisel nädalal kloriidide erituse märgatav tõus, mille tendents jätkus kogu haigusperioodi lõpuni. Raskes seisundis viibinud haigetel püsis kloriidide erituse reduktsioon teise haigusnädala lõpuni ning ebasoodsa kuluga haigusjuhtudel järgnes uuringuperioodi lõpul sageli kloriidide erituse uus langus. Hemorraagilise insuldiga haigetel esinenud kloriidide erituse retensioon oli enam väljendunud kui isheemilise insuldiga haigetel, seejuures oli kloriidide eritus märksa enam vähenenud letaalse lõppega haigusjuhtudel. Kõikides haigusrühmades torкас silma erinevus suhteliselt normaalse uriini kloriidide kontsentratsiooni ja langenud erituse vahel, mis oli tihedas seoses haigusealgfaasis esinenud oliguuriaga. Saadud tulemused näitavad, et ka aktiivse ravi korral avaldab oma mõju üldine ainevahetuslik stress-reaktsioon, põhjustades vee ja mineraalide ainevahetuse häireid, mida tuleb silmas pidada ajuvereringe häiretega haigete ravis.

INVOLUTSIOONIPSÜHHOOSIDEGA HAIGETE HOSPITALI-
SEERIMISE DÜNAAMIKAST VABARIIKLIKUS TARTU.

KLIINILISES PSÜHHONEUROLOGIAHAIGLAS AASTATEL

1945 - 1969

H.Rootsi V k.

Juhendaja: prof. J. Saarma

1. Ajavahemikus 1945-1969 (incl.), s.t. 25 aasta jooksul, on Vabariiklikus Tartu Kliinilise Psühhoneuroloogiahaiglasse involutsioonipsühhosidega haigeid statsionaarsele ravile hospitaliseeritud kokku 1196 juhul, neist 87,4% naisi. Vaadeldavas ajavahemikus moodustavad involutsioonipsühhosidega haiged 6% hospitaliseeritute üldarvust (19908). Ilmneb tendents involutsioonipsühhosidega haigete hospitaliseerimiste arvu ja erikaalu tõusule: viiekümnendate aastate algul hospitaliseeriti 5-10 sellist haiget aastas (1-4% hospitaliseerimiste üldarvust), kuuekümnendail aastail aga oli 70-80 hospitaliseerimist aastas, mis moodustab 7-8%

üldisest vastuvõtust. Involutsioonipsühhoosidega haigete hospitaliseerimiste üldarvu tõus on tingitud peamiselt korduvate vastuvõttude sagenemisest. Viiekümnendate aastate algul oli involutsioonipsühhoosidega haigete aastasest vastuvõtust korduvalt hospitaliseeritud alla 25%-di, kuue - kümnendail aastail aga tõusis nende erikaal mõnel aastal isegi 60%-ni.

GLÜKOOSI JA PÜRUUVHAPPE SISALDUSE MUUTUSTEST AJUINSULDI HAIGETE VENOOSSES VERES

K. Parts V k.

Juhendajad: prof.E.Raudam, van.lab.

A.Lendre ja E.Rivis

Ajuinsuldi patogeneesis ja kliinilises kulus on põhiliseks faktoriks hüpoksia, mille puhul häiruvad oksüdatsiooniprotsessid nii ajukoos kui kogu organismis. Glükoosi aeroobse oksüdatsiooni kõrval omandab nüüd olulise tähtsuse anaeroobne, glükolüütiline lagunemine, mille tagajärjeks on orgaaniliste hapete, sealhulgas ka puruuvhappe kuhjumine organismis.

Antud toos on püütud selgitada mõningaid süsivesikute ainevahetuse külgi ajusuldi haigete organismis glükoosi ja puruuvhappe sisalduse järgi venoosses veres. Glükolüüsi osatähtsuse paremaks hindamiseks on kasutatud modifitseeritud glükolüütilist koefitsenti, s.o. puruuvhappe ja glükoosi kontsentratsioonide suhet.

Et elimineerida vere puruuvhappe sisalduse muutusi, mis on tingitud vitamiini-B₁ eksogeensest vaegusest, on materjali analüüsil eraldatud haigete grupid vitamiin-B₁ manustamise alusel.

Veri kubitaalveenist võeti hommikul enne sööki, uurinuid tehti 3 nädala jooksul. Glükoos määrati orto-toluidiinmeetodil, osalt ka Hagedorn-Jenseni järgi; puruuvhappe Friedemann-Haugeni meetodil.

Uuriti 79 ajusuldiga haiget. Neist 60 diagnoositi ajuinfarkti 19-hemorraagiast. Haiguse kliinilise pildi, sümpto-

maatika ja kulu alusel eraldati infarktides kergete, raskete ning üliiraskete (enamasti letaalse lõppega) juhtude grupid ja hemorraagiatest kergemate ja raskete grupid. Kontrollgrupp koosnes 10 haigest. Igast grupist eraldati B₁-vitamiini saanud haiged eraldi rühmana.

Tulemused: 1. Kontrollgrupi veresuhkur ja püruuvhappe sisaldused vastavad kirjanduse andmetele. 2. Vitamiini B₁ toimel kontrollgrupi veresuhkru sisaldus langeb 1,5 ja püruuvhappe sisaldus 1,9 korda. 3. Veresuhkur on kõrgenenud võrreldes kontrollgrupiga keskmistel ja rasketel infarktidel ning kõigil hemorraagia juhtudel, samas proportsioonis nii B₁ saanutel kui mittesaanutel. Viimastel on absoluutväärtused kõrgemad. 4. Raskete insultide puhul esimesel nädalal kõrgenenud veresuhkur soodsa lõppe puhul edaspidi langeb, letaalse lõppega juhtudel aga jääb kõrgeks. 5. Püruuvhappe on kõrgenenud võrreldes kontrollgrupiga kõigil infarktidel ja hemorraagiatel, samas proportsioonis nii B₁ saanutel kui mittesaanutel. Viimastel on absoluutväärtused kõrgemad. 6. Kergetel ja soodsa lõppega rasketel insultidel esimesel nädalal kõrgenenud püruuvhappe edaspidi langeb, rasketel ja üliirasketel juhtudel jäädes samale tasemele või tõustes. 7. Glükolüütiline koefitsent tõuseb võrdeliselt insuldi raskusega soodsa kulu puhul, kuid letaalsel juhtudel langeb.

Järeldused: 1. Veresuhkru kõrgenemine insuldi akuutses perioodis on organismi mittespetsiifilise stress-reaktsiooni väljenduseks ja on võrdeline insuldi raskusega. 2. Oksüdatsiooniprotsesside häiretest tingitult ajuinsuldi haigetel kõrgeneb venooses veres püruuvhappe, mille tõus sõltub haiguse raskusest ja kliinilisest kulust, kuid mitte insuldi vormist. 3. B₁-vitamiin mõjutab nii kontrollgrupi kui ka insuldihaigete venoosse vere veresuhkru ja püruuvhappe sisaldust. 4. Glükolüütilise koefitsendi madalamad väärtused kõigil üliirasketel haigusjuhtudel on tingitud nende veresuhkru suhteliselt suuremast tõusust.

NEUROLOOGILINE SÜMPATOMATOLOGIA SELJAAJU
TRAUMADEGA HAIGETEL

T.Pikk V k.

Juhendaja: dotsent A.Tikk

Tartu Vab. Kl. Haigla närviosakonnas oli 1958.-1968.a. ravil 101 seljaaju traumaga haiget vanuses 17-74 aastat, nendest kaelaosa vigastusega 51, rinnaosa vigastusega 29 ja nimmiosa vigastusega 21 haiget. Operatiivset ravi kasutati 47 juhul. Üldine letaalsus üksikutes haigusgruppides oli järgmine: kaelaosa vigastusega haigetel 27 %, rinnaosa vigastusega 7 % ja nimmiosa vigastusega 9 %.

Vaatlusalustel haigetel uuriti neuroloogilist sümptomatoloogiat ja selle taandarenemise ajalist dünaamikat. Valdaval enamusel haigetest esines spinaalne šokk, mille nähud hakkasid taandarenema 6 - 8 nädala möödudes.

Täpsem uurimine näitas, et peaaegu kõigil kaelaosa vigastusega haigetel väis täheldada vähem või rohkem väljendunud hingamise puudulikkuse nähte, mis maksimaalselt arenesid välja 2.-3. haiguspäevaks. Seljaaju kaelaosa kahjustusega haigetel on vajalik süstemaatiline eluliste funktsioonide, eriti hingamisnäitajate jälgimine. See võimaldab õigeaegselt rakendada adekvaatset respiratoorset abi: trahheotoomiat, intubatsiooni, O₂ inhalatsioone ja abistavat kunstlikku hingamist. Hilisemas haiguse kulus kompenseerunud hingamisfunktsiooniga juhtudel oli respiraatorite kasutamise kestvus 1 - 2 päevast kuni mõne nädalani.

LUMBOSAKRAALSE RADIKULIIDI SÜMPTOMATOLOGIA
SEOSEST LÜLIDEVAHELISE DISKI PROLAPSI
STAADIUMI JA HAIGUSE KESTUSEGA

T.Univer V k.

Juhendaja: med.kand.R.Paimre

Uuriti 150 diskogeense lumbosakraalse radikuliidi haige neuroloogilist sümptomatoloogiat ja motoorset kronaksiat enne ning 2-3 nädalat pärast diskiprolapsi interlaminaar-

sel meetodil eemaldamist sõltuvuses a) prolapsi staadiumist, b) ajavahemikest esmakordse ristluuvalude ilmumise ning radikulaarse sündroomi tekkimise ja uurimise momandi vahel. c) radikulaarse sündroomi kestusest enne kirurgilist ravi. Töö tehti Tartu Vabariikliku Kliinilise Haigla neurokirurgia osakonna haiguslugude põhjal. Andmed töödeldi statsitiliselt.

Selgus: 1. Väheintensiivsete ja kitsa lokalisatsiooniga valu-de säilimine kas ristluudes (8%) või kahjustatud närvijuure innervatsiooniala piiratud osas (23%) ei olnud arvestatavas seoses ülal toodud 3 momendiga. 2. Skolioosi, tundlikkusehäirete, pareeside ja reflekside muutuste raskus olenes peamiselt diskiprolapsi staadiumist, hoopis vähem nii haiguse üldisest kestusest kui radikulaarse sündroomi kestusest.

3. Pareeside taandarenemine pärast operatsiooni oli tunduvalt tagasihoidlikum diskiprolapsi II B staadiumis opereerituil, eriti, kui haiguse esmasest atakist oli möödunud üle 10 aasta. 4. Motoorse kronaksia muutuste raskus ei olenenud nimm-ristluuvalude ega radikulaarse sündroomi kestusest.

L₄-L₅ lülid vahelise diski patoloogiliste muutuse puhul, eriti II B staadiumis, esines motoorse kronaksia pikenemist peale m. extensor hallucis longus'e veel ka m. peroneus brevis'el (53%) ja m. tibialis anterior'il (21%).

L₅ - S₁ lülid vahelise diski prolapsi korral oli pikenenud enamasti vaid m. peroneus brevis'e motoorne kronaksia, kusjuures nihked olid väiksemad. Kronaksimeetriliste muutuste taandareng pärast kirurgilist ravi oli märgatavam II A staadiumis opereerituil.

MÕNINGAID SEKSUAALALASEID ASPEKTE NOORTEL

L. Entsik III k.

Juhendaja: assistent H. Kadastik

Selleks, et saada ülevaadet seksuaalalasest olukorrast ja teadmistest noorsoo hulgas, korraldas 1968.a. detsembris TRÜ psühhiaatria ja kohtumeditsiini kateeder anonüümse ankeetküsitluse üliõpilaste seas. Suunatud valiku põhimõttel

küsitleti Ajalookeele-, Kehakultuuri- ja Arstiteaduskonna üliõpilastest moodustatud grupe. 2163-st neis teaduskondades õppijaist küsitleti 15,1 %, püüdes haarata läbilõikes teaduskondi selliselt, et nende sisemine struktuur jääks muutumatuks. Ankeedi läbiviimisel oli pearõhk asetatud kõigi üliõpilaste võimalikult üheaegsele küsitlusele ja individuaalseks vastamiseks vajalike tingimuste loomisele. Saadud materjalid on matemaatiliselt töödeldud TRÜ Arvutuskeskuses elektronarvutil "URAL-4".

Ettekandes käsitletakse küsitlusel saadud andmeid seksuaalalase informatsiooni saamise aja ja allikate, seksuaalelu alustamise ja abiellumise vanuse kohta. Kogutud andmete põhjal võib teha järgmisi järeldusi:

1. Eelkoolieas ja I - IV klassini õppides on saanud ettekujutuse seksuaalelust 29% poistest ja 15% tütarlastest, V - VIII klassini õppides on saanud ettekujutuse seksuaalelust 30% poistest ja 31% tütarlastest - 44% poistele ja 14% tütarlastele osutus esimene informatsioon aga täiesti ebaõigeks.
2. Lubamatult vähe, 3% poistest ja 13% tütarlastest, saavad esimest seksuaalalast informatsiooni vanematelt ja koolist. Enamuse informatsiooniallikad on ebapedagoogilised ja kahtlase väärtusega: 18% noormeestest ja 34% tütarlastest on saanud esimese informatsiooni seksuaalvahekorra kirjanusest, 79% noormeestest ja 53% tütarlastest mängukaaslastelt, koolikaaslastelt, vanematelt tuttavatelt ja õdedelt-vendadelt.
3. Suguline küpsemine poeglastel toimub 13 - 16 ja tütarlastel 12 - 13 a. vahemikus - sellele vastavalt peaksid noored olema varustatud ka kvaliteetse informatsiooniga.
4. Seksuaalalase selgitustöö teostamisel tuleks ka silmas pida noormeeste ja tütarlaste psühholoogilist erinevust - seejuures esimene informatsioon osutus enamusele noormeestest (73%-le) ahvatlevaks, tütarlastele aga eemaletõukavaks (62%).
5. Tihti esinev väide, et tänapäeva noored alustavad seksuaalelu liiga vara, ei pea meie üliõpilastelt saadud andmete

põhjal paika. Enne 16. eluaastat on olnud seksuaalvahekordi meesüliõpilastest 7%–1, naisüliõpilastest mitte kellelgi, 17–18 aastasel astusid esimesse seksuaalvahekorda 33% noormeestest ja 4% tütarlastest. 20 a. vanuselt on vahekord olnud 56% meesüliõpilastest ja 16% naisüliõpilastest.

6. I kursuse üliõpilastest on abielus 9%, III kursusel 20% ja viimasel kursusel 31% üliõpilastest. On ilmne, et kõrgema hariduse omandamine takistab abiellumist ja perekonna loomist bioloogiliselt kõige optimaalsemal ajal. Viimase kursuse üliõpilastest on 27 a. ja vanemaid 40%, neist omakorda vallalisi 36%.

DIFERENTSEERINGU MÕJUST MOTOORSE REFLEKSI LATENTSAEGADELE

V. Sergejev III k.

Juhendaja: prof. J. Saarma

1. Töö eesmärgiks oli uurida motoorse refleksi latentsaegade sõltuvust diferentseeringu ja põhisignaali vahelisest pausist (1, 2, 3, 4, 5 sek.).

2. Uuringud viidi läbi 15 naissoost ja 15 meessoost psüühiliselt tervel inimesel vanuses 19 – 24 a. Iga uuritava sooritati 5 katset. Signaalina kasutati kahe erineva värvusega valgusärritust, mille tähendus katsest-katsesse vaheldus.

3. Latentsaegade keskmine foon oli 0,2985 sek.; naistel 0,2992 ja meestel 0,2977 sek..

4. Diferentseeringu sissetoomisega pikeneb latentsaeg tunduvalt. Suurima väärtuse saavutab see puhul 1 sekund (0,3869 sek.). Pausi puhul 2 sek. oli latentsaegade keskmine 0,3819 sek. ja 5 sek. pausi puhul 0,3844 sek..

5. Märgatav erinevus naiste ja meeste latentsaegades oli 1 sek. pausi puhul diferentseeringu ja põhisignaali vahel, (naistel 0,3794 sek. ja meestel 0,3934 sek.), 2-sek. pausi puhul vastavalt 0,3657 sek. ja 0,3980 sek.. 4 sek. pausi puhul pikeneb – vastupidiselt – naiste latentsaegade

DEPRESSIIVSETE HAIGETE HOSPITALISEERIMISEST
JA NENDE RAVI EFEKTIIVSUSEST

A.Aadamsoo ja V.Jänes V k.
Juhendaja: prof.J.Saarma

1. Töös kasutati andmeid depressiivse sündroomiga haigete hospitaliseerimise kohta Tartu Vabariiklikus Kliinilises Psühhoneuroloogia Haiglas ajavahemikul 1.jaan.1958.a. kuni 1.jaan.1968.a. Vaadeldaval perioodil hospitaliseeriti depressiivse sündroomiga haigeid 1256 juhul (12 % psühhoneuroloogialaiglasse hospitaliseerimiste üldarvust).
2. Hospitaliseerimisel oli keskmiseks vanuseks 50-55 aastat. Kõige sagedamini hospitaliseeriti haigeid vanusegruppides 50-55 aastat (17% juhtudest) ja 55-60 aastat (14% juhtudest). See on tingitud kõige sagedamini diagnoosi - involutsioonimelanhoolia - suuremast esinemisest just nendes vanusegruppides (vastavalt 28% ja 24% juhtudest).
3. Mida vanemad olid haiged, seda kauem viibisid nad haiglas ja seda tagasihoidlikumad olid ravi tulemused. Kuni 40-aastaste haigete ravimisel saadi häid tulemusi rohkem kui pooltel juhtudest, üle 40-aastastel haigetel vähem kui pooltel juhtudest.
4. Esmakordseid hospitaliseerimisi oli 53 % juhtudest. Igal järgmisel korral vähenes hospitaliseerimiste protsent enamvähem geomeetrilises progressioonis - 22%, 11 %, 6 % jne. Esmakordseid hospitaliseerimisi esines alla 50 % juhtudest järgmiste diagnooside puhul: psühhopaatia 26 %, manikaaldepressiivne psühhos 29%, skisofreenia 33 %, hüpokondriline areng 44 %, asteenilis-depressiivne seisund 46 % ja involutsiooni melanhoolia 46 %. Kõige vähem andis korduvaid hospitaliseerimisi neurootiline depressioon (ühikordseid hospitaliseerimisi 79 %).

5. Ravikuuri pikkus kõikus 1-30 nädalani, kusjuures kõige sagedamini (22 % juhtudest) oli ravikuuri pikkuseks 4-6 nädalat. Kõige kestvamaid haiglasviibimisi andis involutsioonimelanhoolia. Korduvatel hospitaliseerimistel ravikuur pikenes ja ravi efektiivsus langes.
6. 46 % juhtudest oli haigus alanud kuni 1 kuu enne hospitaliseerimist; 22 % 2 kuud enne hospitaliseerimist. Kõige raskem oli haiguse algust määrata psühhopaatia, skisofreenia, maniakaal-depressiivse psühhoosi ja asteenilis-depressiivse seisundi puhul. Kõige kauem oli haigus enne hospitaliseerimist kestnud hüpokondriliste ja neurootiliste haigestumiste puhul.
7. Mida pikem oli olnud haiguse kestus enne hospitaliseerimist, seda pikem oli üldiselt haiglasviibimise aeg ja tagasihoidlikum ravi efektiivsus.

DEPRESSIIVSETE HAIGETE HOSPITALISEERIMISE
NOSOLOOGILISEST JA SÜNDROMOLOOGILISEST
STRUKTUURIST.

V.Jänes ja A.Aadamsoo V k.

Juhendaja: prof. J.Saarma

1. Töös kasutati andmeid depressiivse sündroomiga haigete hospitaliseerimise kohta Tartu Vabariiklikus Kliinilises Psühhoneuroloogia Haiglas ajavahemikul 1.jaan.1958.a.kuni 1.jaan.1968.a.. Vaadeldaval perioodil hospitaliseeriti depressiivse sündroomiga haigeid 1256 juhul (12 % psühhoneuroloogiahaiglasse hospitaliseerimiste üldarvust).
2. Depressiivses seisundis haigete hospitaliseerimine jaotus vastavalt nosoloogilistele gruppidele järgmiselt: 1) endogeensed depressioonid moodustasid 46 %; 2) psühogeensed - 21 %; 3) somatogeensed - 25 %; 4) hüpokondrilised - 8%.
3. Endogeense depressiooniga haigete hospitaliseerimisest moodustas valdava osa - 78 % - involutsioonimelanhoolia (36 % depressiivse seisundi tõttu toimusid hospitaliseeri-

miste üldarvust); MDP depressiivne faas 9 % (4 %); depressiivse sündroomiga skisofreenia ja psühhopaatia kumbki 6,5 % (3 %).

4. Psühhogeensetest depressioonidest oli kõige enam - 57 % juhtudest - pandud diagnoosiks reaktiivne depressioon (12 % üldarvust), järgnevad asteenilis-depressiivne seisund 24 % (5 %), depressiivne areng ja neurootiline depressioon - kumbki 9,5 % (2 %) juhtudest.

5. Hospitaliseerimised somatogeensete depressioonidega jagunesid järgmiselt: sümptomaatiline depressioon hõlmas 44 % (11 %), depressioon ajuarterite ateroskleroosi baasil 48 % (12 %) ja traumaatilise ajukahjustuse baasil 8 % (2 %).

6. Hüpokondriliste seisundiste hospitaliseerimise osas (enamasti kuuluvad siia segaetioloogiaga haigusjuhud) jaotusid erinevad diagnoosid enam-vähem ühtlaselt.

7. Kõige kirevam sündromoloogilise sisuga oli involutsiooni-psühhooos (depressiivne sündroom esines 41 %, hüpokondriline sündroom 14 %, depressiiv-hüpokondriline 13 %, depressiiv-paranoiline 12 % jne., kokku võis tähelada 12 erinevat sündroomi), järgnesid sümptomaatiline, aterosklerootiline, skisofreenne ja reaktiivne depressioon.

8. Naisi hospitaliseeriti 80 % juhtudest (neist oli 55 % abielus ja 45 % vallalisi, meestest oli 69 % abielus ja 31 % vallalisi. Olgu märgitud, et elanikkonna hulgas üldiselt on abielulisus kõrgem).

9. Linnaelanike hospitaliseerimisi oli maaelanikega võrreldes veidi rohkem nii absoluutarvudes (vastavalt 674 ja 582) kui ka suhtarvudes (teeninduspiirkonnas oli linna-maaelanike suhe 1,06 : 1; hospitaliseerimises 1,16 : 1. Maaelanike hospitaliseerimisel oli keskmiseks vanuseks 50 - 55 a., linnaelanike hospitaliseerimisel 45 - 50 a. (Vanusevahe üheks oluliseks põhjuseks on 20 - 25 aastaste linnaelanike hospitaliseerimiste tunduvalt suurem arv psühhogeensete depressioonide osas.).

О НАРУШЕНИЯХ ЦВЕТООЩУЩЕНИЯ И ПОЛЯ ЗРЕНИЯ ПРИ
ХРОНИЧЕСКОМ АЛКОГОЛИЗМЕ И ИХ ПРАКТИЧЕСКОМ
ЗНАЧЕНИИ

М.Кандюк и М.Шваб

Ужгородский Государственный Университет

Научные руководители: доц. М.А.Травинская, проф.

Э.О. Котелянский

В последнее время в нашей стране вопросом борьбы с алкоголизмом уделяется особое внимание. Вопросы борьбы с алкоголизмом широко освещаются на специальных съездах психиатров и в многочисленных газетных и журнальных статьях.

Вред, наносимый систематическим употреблением алкоголя, сводится не только к влиянию на здоровье алкоголиков, но имеет огромное народно-хозяйственное значение. Особо большой вред алкоголь приносит в случаях, когда алкоголиками оказываются лица, занятые в таких профессиях, как водители автотранспорта, работники аптечного дела и др. Известно, например, что высокий процент аварий и др. несчастных случаев на автотранспорте обусловлен вождением машин шоферами в состоянии алкогольного опьянения. Нами собран ряд данных о частоте автомобильных аварий по Закарпатской области за 1964-1969 гг.

Таблица I

Частота автомобильных аварий в
Закарпатье (в 1964-1969 гг)

Годы	Всего аварий	Аварии, связанные с алкогольными опьянением	
		абсолютное число	%
1964	212	45	21,2
1965	248	57	27,0
1966	246	58	24,3
1967	263	74	28,1
1968	275	71	25,8
1969	350	70	20,0

Как видно из таблицы I, в разные годы процент аварий колеблется от 212 до 350, причем, количество аварий из года в год нарастает, при этом в последней году нарастает и количество аварий, возникших за счет алкогольного опьянения шоферов, которые составляют около 0,25 всех автотранспортных аварий.

В действительности, как видно из излагаемых ниже данных, число аварий, возникших за счет хронического алкоголизма у шоферов, по-видимому, было значительно выше. В приведенной таблице учитывались лишь аварии, возникшие в результате алкогольного опьянения шоферов. Между тем, как показали наши наблюдения, среди шоферов имеется значительный процент хронических алкоголиков, у которых отмечены такие нарушения зрительных восприятий, которые несомненно могли играть роль и в тех случаях, когда у шоферов признаки опьянения в момент аварии не были обнаружены. В связи с этим представляют интерес исследования, проводимые кафедрой психиатрии УжГУ по изучению нарушения цветоощущения и периметрии у больных хроническом алкоголизмом /М.А.Травинская, Е.А.Штильман/. В журнале "Техника молодежи" /1969, № 8/ приводятся данные о том, что сотрудники Чилийского университета обнаружили значительное нарушение цветоощущения на красный и зеленый цвет у больных хроническим алкоголизмом. В отечественной литературе по этому вопросу нам не удалось обнаружить каких-либо сообщений.

Нами проведены исследования цветоощущения и периметрии у 22 больных хроническим алкоголизмом - мужчин, находившихся на стационарном лечении в Ужгородской психиатрической клинике. Цветоощущение определялось по полихроматическим таблицам Рабкина /изд. 8, 1965/, поля зрения на белый, красный, зеленый цвета - с помощью периметра Ферстера. Объектом служили белые и цветные метки размером 0,3 x 0,3 мм. Периметрия производилась в одно и то же время при естественном освещении дуги периметра. В результате было обнаружено концентрическое сужение поля зрения на белый цвет у всех больных, причем

оно было выражено тем резче, чем выраженнее были проявления хронического алкоголизма. Сужение поля зрения на белый цвет отмечено, в среднем, на 15° - 20° концентрично. Скотомы и гемиянопии не были выявлены. У 1/3 обследованных обнаружено такое же концентрическое сужение поля зрения на красный и зеленый цвета /в среднем, на $10-15^{\circ}$ /. Изучение сопутствующих заболеваний позволило отвергнуть их возможное значение в указанных нарушениях зрительных восприятий.

Отмеченные нарушения зрения имели место у ряда обследованных шоферов. Это позволяет предположить, что принятая в настоящее время система оценки зрительных восприятий для выдачи прав шоферам, возможно, недостаточна. Возможно, следует помимо определения остроты зрения и цветоощущения определять и поле зрения на белый, красный и зеленый цвета, а также изменить /уменьшить/ сроки повторных проверок зрительных восприятий шоферов при условии злоупотребления алкогольными напитками.

ОБ ИЗМЕНЕНИЯХ НАПРЯЖЕНИЯ КИСЛОРОДА
В МОЗГОВОЙ ТКАНИ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ
ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ

В.Брин и Х.Куклане - УІ к.

Научный руководитель: доц. А.Тикк, канд.мед.наук
А.Вельди

Нормально мозг получает энергию почти исключительно в результате окислительных процессов. Kety и Schmidt обнаружили, что мозг молодого здорового человека потребляет $3,3$ мл O_2 на 100 г мозговой ткани в минуту. Объем затраченного мозгом O_2 остается постоянным и при значительных нарушениях мозговой гемодинамики. Когда мозговой кровоток ослабляется, отнятие O_2 из артериальной крови возрастает, а вместе с тем возрастает и артериовенозная разница.

Особый интерес представляет гемодинамика, и от нее зависящее насыщение мозговой ткани O_2 в условиях черепно-мозговой травмы. Особенно мало изучен в этом отношении острый период /первые минуты-часы/ травмы. Этой проблеме посвящены работы В.А.Козырева, И.Д.Лейбзона и др. J.S.Meuer изучал напряжение O_2 /а также ряд других показателей/ в травматическом очаге. Данный автор нашел, что в очаге имеет место локальная гипоксия.

Мы поставили целью исследовать изменения напряжения O_2 в ткани мозга в условиях закрытой черепно-мозговой травмы. Исследование проводили непосредственно после нанесения травмы /5-15¹/.

Опыты проводились на кошках. Для определения напряжения O_2 пользовались полярографическим методом. 3 платиновых электрода вводили в разные участки мозга, серебряный электрод — под кожу головы. Травма наносилась остальным молотком, диаметром поверхности 1,5 см. Животное приводилось в кратковременное коматозное состояние. Сравнивали изменения O_2 .

Давая нетравмированному животному O_2 , наблюдали, что напряжение O_2 быстро поднималось до нового уровня насыщения, на котором и оставалось, несмотря на дальнейшую подачу O_2 . Под влиянием кислородной игнляции непосредственно после травмы напряжение O_2 возрастает медленнее; дойдя до своего максимального уровня напряжение O_2 в мозговой ткани резко падало, несмотря на постоянную подачу чистого кислорода.

Таким образом, в условиях черепно-мозговой травмы имеет место грубое нарушение снабжения мозга кислородом. Возможно, что описанные изменения напряжения O_2 связаны с чрезмерным суживанием мозговых сосудов у животных после черепно-мозговой травмы под действием кислорода.

GINEKOLOGIA

ГИНЕКОЛОГИЯ

ВЛИЯНИЕ ИСКУССТВЕННОГО РОДОВОЗБУЖДЕНИЯ НА ПЛОД И НОВОРОЖДЕННОГО

А. Даунорите, и. Куодите
А. Юдицкайте - УІ к.

Вильнюсский государственный университет

Научный руководитель: канд. мед. наук А. Венцкаускас

1. В последнее время в акушерстве всё чаще принимается метод искусственного родовозбуждения. Показаниями для провоцированных родов являются: перенашивание, поздние токсикозы беременности, серологический конфликт, диабет и др.. Однако влияние провоцированных родов на плод и новорожденного ещё мало изучено. 2. В работе приводятся данные IBI родов проведенных в акушерской клинике Вильнюсского Госуниверситета за 1967-1968-69 г. . Для диагностики срока родов и оценки состояния внутриутробного плода применялось гормональная кольпоцитология, амниоскопия, фоноэлектрокардиография плода. Состояние новорожденного после родов оценивалось по схемам Апгар и Клиффорд. 3. Эффективность родовозбуждения зависит от готовности организма к родам. Наилучшие результаты родовозбуждения получены при цитологической картине "близко к родам" и "срок родов". Продолжительность провоцированных родов короче по сравнению со спонтанными родами. Провоцированные роды часто заканчивались Кесаревым сечением. 4. Асфиксия новорожденного встречалась 4 раза чаще в случаях родовозбуждения. В этой группе детей наблюдалось несколько большее физиологическое падение веса, а также медленнее восстанавливался начальный вес.

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЭКСКРЕЦИИ КАТЕХОЛАМИНОВ С МОЧОЙ У БОЛЬНЫХ ДИСФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ МАТОЧНЫМИ КРОВО- ТЕЧЕНИЯМИ

А.В. Евтушенко

Львовский государственный медицинский институт

Научный руководитель: проф. Л.В.Тимошенко

Вопросы патогенеза дисфункциональных маточных кровотечений и в настоящее время являются далеко не решенными. Актуальность этой проблемы обуславливается тем, что значительную часть больных гинекологических стационаров составляют женщины, страдающие дисфункциональными маточными кровотечениями. Состояние симпатико-адреналовой системы как системы, обеспечивающей поддержание гомеостаза в условиях хронического стресса, каким является длительное кровотечение, не изучено. В связи с этим мы изучали состояние симпатико-адреналовой системы по ее нейрогуморальным факторам — адреналину и норадреналину, которые определялись флюорометрическим методом по Эйлеру и Лишайко в модификации В.В.Меньшикова.

У группы больных дисфункциональными маточными кровотечениями детородного возраста /30 человек/ экскреция катехоламинов с мочой оказалась значительно сниженной/адреналин — $5,5 \pm 0,4$ в сутки, норадреналин — $21,9 \pm 0,29$ в сутки/ по сравнению с группой здоровых женщин /соответственно $18,4 \pm 1,9$ и $49,4 \pm 0,34$ в сутки/.

После остановки кровотечения у части больных выделение адреналина и норадреналина стало соответствовать норме или было близко к ней. У части же больных оставалась на таком же низком уровне.

Полученные нами данные свидетельствуют о роли симпатикоадреналовой системы в патогенезе дисфункциональных маточных кровотечений и при дальнейшем изучении вопроса позволят наметить принципы дифференциального лечения этого страдания.

ВЛИЯНИЕ АБДОМИНАЛЬНОЙ ДЕКОМПРЕССИИ НА
БЕРЕМЕННОСТЬ И ПОСТНАТАЛЬНОЕ РАЗВИТИЕ
ПОТОМСТВА.

Л.Б.Маркин

Львовский Государственный Медицинский
Институт

Научный руководитель: проф. Л.В. Тимошенко

Для изучения влияния абдоминальной декомпрессии на течение беременности и развитие новорожденных мы определяли продолжительность беременности, средний интервал между рождением двух плодов, число эмбрионов в помете, их средний вес, динамику веса плодов в течение первого месяца жизни, время появления шерсти, нижних и верхних резцов, полное раскрытие глаз и, наконец, особенности проявления материнских инстинктов у крыс-самок, подвергавшихся разряжению в 10-15 мм. рт. ст. с II по 22 дни внутриутробного развития.

Средняя продолжительность беременности у животных подопытной группы составила $22,65 \pm 0,316$ дня/при $22,76 \pm 0,27$ в контроле/. Показателем продолжительности родов являлся интервал между рождением двух плодов, который у животных, подвергавшихся декомпрессии, был равен $9,77 \pm 0,472$ минут, а у животных интактных - $11,09 \pm 0,63$. По всей вероятности, некоторое уменьшение продолжительности беременности у подопытных животных следует связать с ускорением течения у них родового акта.

Количество плодов одного помета у животных обеих групп было одинаковым /в среднем $8,2 \pm 1,60$ /. Вес плодов составил: $5,79 \pm 0,292$ у животных, подвергавшихся декомпрессии, и $5,98 \pm 0,28$ у животных интактных. Шерсть у крысят подопытных животных появилась к концу 9 дня постнатального развития /у контрольных - первой половине

10 дня/, резцы — на II день как в опыте, так и в контроле, а глаза у 65% потомства крыс, подвергавшихся декомпрессии, раскрылись на 14 день, в то время, как у остальных крысят подопытных и контрольных животных к концу 15 дня.

Изучение динамики веса у подопытных крысят показало более ускоренное по сравнению с контролем прибавление ими веса в первые дни жизни, когда новорожденные питаются только молоком матери. В дальнейшем, при переходе к самостоятельному питанию, крысята опытной группы животных сравнялись в весе с контрольным и никакого различия в темпах их роста и развития не отмечалось. На 26–28 дни потомство обеих групп животных перешло к самостоятельному образу жизни. Животные, подвергавшиеся декомпрессии, исправно кормили и следили за своими детенышами.

Полученные данные позволяют заключить, что применение абдоминальной декомпрессии в течение второй половины беременности не оказывает отрицательного влияния на течение родового акта, нормальное постнатальное развитие потомства.

TEOREETILINE MEDITSIN

ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

МИТОТИЧЕСКИЙ ЦИКЛ В ЛИМФОИДНЫХ КЛЕТКАХ У КРЫС.

Е.П. Лущиков - IУ к.

Научный руководитель: канд. мед. наук

Ю.П. Хуссар

В настоящей работе сделана попытка определить продолжительность митотического цикла и митоза в лимфоидных клетках тимуса и медиастинального лимфатического узла у крыс.

Опыты были поставлены на взрослых белых крысах-самцах весом 200-220 гр. 24 крысам вводили подкожно тимидин-Н³ в дозе 0,5 мкюри/1 гр веса тела за 4 часа до забоя. Эти крысы забивались в течение одних суток в 16, 20, 24, 4, 8 и 12 часов по 3-5 животных в группе. 29 крысам тимидин-Н³ вводился в такой же дозе одновременно в II часов утра. Животные забивались в разные часы от 2-х до 72-х часов после введения изотопа. Материал фиксировали по Карнуа. Приготовили парафиновые срезы толщиной 7 мк. Подсчет митозов на площади в 12 800 мк² производился на срезах, окрашенных по Фельгену. Подсчет включений тимидина-Н³ на такую же площадь производился на автографах, приготовленных по стандартной методике. Все основные цифровые данные подвергались вариационно-статистической обработке по Фишеру-Стьюденту.

Полученные результаты показывают, что максимальное количество меченых митозов наблюдается в 4-6 /соответственно 61,1 и 63,6%/ и 28 часов /75,2%/. По этим данным продолжительность митотического цикла равна 22-24 часам. Среднесуточное количество меченых ядер равно 27,2±2,63 и количество митозов лимфоцитов - 4,2±0,45. Продолжительность митоза по этим данным 1 час 12 минут. Полученные результаты хорошо

согласуются с имеющимися немногочисленными литературными данными /О.И. Епифанова и соавт., 1963; А.И. Зосимовская, 1964/.

БИОГЕННЫЕ АМИНЫ ГИПОТАЛАМУСА И РЕАКЦИЯ "СТРЕСС"

Лоза С.А. - IУ к.

Научные руководители: проф. А.М. Утевский,
асп. М.С. Расин

1. Показателем развития "стрессорной" реакции является активация гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы. Доказана несомненная роль биогенных аминов гипоталамуса в регуляции данной системы. Остается спорным вопрос, какой из аминов гипоталамуса является определяющим в "запуске" системы гипоталамус-гипофиз-надпочечники. 2. В настоящей работе изучено влияние избирательного истощения одного из аминов при нормальном или повышенном уровне другого на развитие реакции "напряжения". Истощение запасов биогенных аминов достигалось введением резерпина в дозе 0,5-1,0 мг/кг веса самцов белых крыс. Для восстановления нормального или повышенного уровня норадреналина или серотонина вводились их предшественники - диоксифенилаланин или 5-окситриптофан. 3. На фоне избирательного истощения норадреналина у животных наблюдается нормальная реакция гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы на "стресс"; на фоне серотонина реакция системы на "стресс" понижена. 4. Полученные данные дают основание предположить, что в активизации гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы в условиях "стрессорной" реакции участвует серотонин.

О ВНУТРИСТВОЛЬНОМ СТРОЕНИИ БОЛЬШИХ ЧРЕВНЫХ НЕРВОВ У БЕЛОЙ КРЫСЫ.

Н.Н. Скородуля
Минский медицинский институт
Научный руководитель: проф. П.И. Лобко

Чревные нервы являются основными коллекторами афферентных и эфферентных нервных волокон большинства органов брюшной полости. Особенно подробно эти нервы изучены у человека. Чревные нервы животных исследовались, главным образом, анатомически и в значительно меньшей степени изучено их внутривольное строение. В связи с этим задача нашего исследования заключается в том, чтобы изучить микроскопическое строение чревных нервов у различных животных и дать сравнительно-морфологическую характеристику пучков и мякотных нервных волокон, составляющих эти нервы. В настоящем сообщении будут изложены данные о внутривольном строении больших чревных нервов у белой крысы.

Нами изучено методом Вейгерт-Паля внутривольное строение больших чревных нервов у 10 животных (20 нервов).

Правый и левый большие чревные нервы у места отхождения от симпатического ствола состоят в среднем из 2-3 пучков каждый. Суммарная площадь поперечного сечения пучков в среднем равна $0,052 \text{ мм}^2$ для правого чревного нерва и $0,057 \text{ мм}^2$ для левого. По мере приближения нерва к надпочечниковому узелку наблюдается увеличение числа пучков, уменьшение их размеров, но суммарная площадь поперечного сечения пучков увеличивается. Наибольшее число пучков нервных волокон наблюдается у места вступления больших чревных нервов в надпочечниковый узелок. Здесь отчетливо выявляется асимметрия в строении нерва. Так, количество пучков правого большого чревного нерва на описываемом уровне достигает 12-20, а левого - 14-17. Наряду с увеличением

числа пучков нарастает и суммарная площадь поперечного сечения их. Площадь поперечного сечения нерва на этом участке достигает $0,175 \text{ мм}^2$ для правого чревного нерва и $0,125 \text{ мм}^2$ для левого.

Строение больших чревных нервов на уровне надпочечникового узелка резко отличается от описанного выше. В этой части нерва хорошо выявляется узловая масса, в толще которой наряду с множеством нервных клеток содержится до II пучков. В ряде случаев контуры пучков неясно очерчены. Кроме пучков в узловой массе нерва среди клеток определяются диффузно расположенные одиночные нервные волокна или группы их. Ввиду наличия узловой массы площадь поперечного сечения нерва на этом уровне резко возрастает. Она равна в среднем справа $0,226 \text{ мм}^2$ и $0,137 \text{ мм}^2$ слева. Ниже надпочечникового узла суммарная площадь поперечного сечения пучков правого чревного нерва равна $0,164 \text{ мм}^2$, а левого $0,166 \text{ мм}^2$.

На уровне вступления нерва в чревный узел суммарная площадь поперечного сечения пучков для правого нерва равна $0,140 \text{ мм}^2$ и $0,168 \text{ мм}^2$ для левого. Такое различие суммарных площадей поперечного сечения пучков, по-видимому, можно объяснить неодинаковым распределением нервных клеток по длине каудальной части правого и левого чревных нервов. В правом чревном нерве основная масса нервных клеток сконцентрирована в надпочечниковом узелке. В левом чревном нерве нервные клетки более или менее равномерно распределены на участке нерва от надпочечникового узелка до чревного узла. Этим, по-видимому, можно объяснить тот факт, что суммарная площадь поперечного сечения пучков в левом нерве превышает эту величину правого чревного нерва на всем протяжении, за исключением уровня надпочечникового узелка.

О МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЯХ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ ПРИ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ.

Т. Исайчикова и Н. Танвель - У к.

Научный руководитель: канд. мед. наук

В. Силласту

Исследование проведено на 51 старых морских свинок 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. Их взвешивали, определяли относительный вес в мг на 100 г веса тела.

В микроскопических препаратах надпочечников измерили общую толщину и толщину отдельных зон коры, определили средний диаметр ядер в пучковой зоне, а также содержание липидов в зонах коры.

Во 2-ой, 3-ей, 4-ой группах изменения в надпочечниках 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.

Сильно выраженные изменения возникли в 5-ой группе, где была произведена повторная операция. Повзросился 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 пучковой зоне было значительное увеличение среднего диаметра ядер.

Найденные изменения в надпочечниках 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.

К ВОПРОСУ О НЕРВНОЙ ВЗАИМОСВЯЗИ ДВЕНАДЦАТИ- ПЕРСТНОЙ КИШКИ И ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ

Г.И.Криворученко - У1 к.

Киевский Медицинский Институт

Научный руководитель: проф. Кульчицкий, К.И.

Взаимосвязь нервных аппаратов двенадцатиперстной кишки и желчных путей изучена на 14 практически здоровых кошках экспериментально-морфологическим методом. В условиях эксперимента под нембуталовым наркозом производилась лапаротомия. Механическим путем разрушалось печеночное сплетение, дополнительно выполнялась периаартериальная симпатэктомия. Животные умерщвлялись в сроки от одних суток до трех недель с момента операции. Материал фиксирован в 12% нейтральном формалине. Срезы стенки желчного пузыря, двенадцатиперстной кишки, большого дуоденального сосочка, пузырного и общего желчного протоков импрегнированы по методике Бильшовского-Гросс.

На 2-4-е сутки эксперимента в нервных стволах, расположенных в стенке желчного пузыря, пузырного и общего желчного протоков выявляются волокна в состоянии валлеровской дегенерации. Преимущественно это

волокна среднего и крупного калибра. Нервные клетки входящие в состав микроганглиев стенки желчного пузыря характеризуются явлениями раздражения и начальными формами деструктивных изменений /дисхромия нервных клеток, эксцентричное расположение ядер, гипертрофия отростков/. Наряду с этим в сроки 2-4 суток в нервных стволах на фоне дегенерирующих волокон выявляются колбы роста, часть из которых имеет патологические формы, свидетельствующие о задержке роста. Основная масса нервных структур остается внешне неизменной. Такие же изменения наблюдаются и в более поздние сроки эксперимента /7-14-е сутки/.

В эти же сроки эксперимента большинство нервных элементов двенадцатиперстной кишки сохраняет нормальную структуру. Нервные клетки микроганглиев, мощным кольцом охватывающих большой дуоденальный и панкреатический сосочки, импрегнируются неравномерно, ядра расположены эксцентрично. Часть клеток, расположенных ближе к большому дуоденальному сосочку, деформирована, отростки гипертрофированы, отмечается дисхромия. Эти явления указывают на значительные реактивные изменения нервных элементов желчного пузыря и желчных путей, вызванных повреждением печеночного сплетения.

На основании проведенных нами исследований и полученных результатов можно утверждать, что отростки нейронов двенадцатиперстной кишки принимают участие в формировании интраорганный нервный аппарат желчного пузыря, а элементы печеночного нервного сплетения принимают участие в формировании нервный аппарат не только желчного пузыря, но и большого дуоденального сосочка.

НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ВИТАМИННОГО ОБМЕНА В
В ТКАНЯХ ЖИВОТНЫХ ПРИ ОДНОВРЕМЕННОМ ВВЕДЕНИИ
ДИАМИНА И ФОСФО-ПАНТОТЕНОВОЙ КИСЛОТЫ

Б.Ф.Дорофеев и Н.П. Боброва

Гродненский Медицинский Институт

Научный руководитель: асс. А.Г. Мойсеенко

Известно, что совместное введение животным тиамина ($T(-S^{35})$ и фосфорилированных производных пантотеновой кислоты значительно увеличивает накопление метки T в печени (Ю.М.Островский и др. 1968). При этом активируется пируватдегидрогеназа, включающая коферментные формы обоих витаминов - ТДФ и КОА (А.Г.Мойсеенко и др. 1969). Накапливающийся в тканях T активно фосфорилируется, обнаруживаясь в виде моно-, ди- и трифосфорных эфиров (А.А.Рыбина, 1959). Совершенно открытым остается вопрос относительно метаболизма других коферментов, входящих в состав мультиферментных комплексов дегидрогеназ альфа-кето-кислот (С.Е.Северин, 1969).

В настоящее исследование изучено содержание общего рибофлавина, ФАД, КОА и его предшественников в тканях животных при целенаправленной индукции дегидрогеназ альфа-кето-кислот сочетанным введением T и 4-фосфо-пантотеновой кислоты. Контрольной группе животных (крысы) подкожно вводилось 100 мкг T , опытным одновременно с T вводилась 4-фосфо-пантотеновая кислота, в количестве 1 мг. Через 3 часа в тканях животных исследовалось суммарное содержание свободного рибофлавина (СР) и фламинмононуклеотида (ФМН), уровень ФАД (К.Л.Поволоцкая, Е.П.Скоробогатова, 1953, И.Б.Эпштейн, 1955), активность КОА и его предшественников (О.Н.Сытинская, 1956, Л.Б.Шефер, 1963).

Содержание общего рибофлавина (мкг/г ткани) в печени контрольных животных составляло $25,5 \pm 0,6$, в среднем - $18,7 \pm 0,4$. Сумма СР и ФМН в печени - $6,3 \pm 0,4$, в среднем - $2,9 \pm 0,1$; уровень коферментной формы витамина (ФАД) - $19,2 \pm 0,6$ и $15,8 \pm 0,4$ соответственно.

Активность КОА и его предшественников (мкг ацетилированной ПАБК) г ткани/час) в печени равнялось $12,78 \pm 55$;

сердце - 672 ± 38 ; почках - 587 ± 41 ; В мозгу - 243 ± 15 .
Количество общего рибофлавина после дополнительной нагрузки 4-фосфо-пантотенатом имело тенденцию к уменьшению в печени и достоверно уменьшилось в сердце. Это связано, главным образом, со снижением концентрации ФАД в обоих органах (в печени до $17,8 \pm 0,7$, в сердце до $14,8 \pm 0,4$). Активность КОА и его предшественников в тканях опытных животных перетерпела малые изменения: печень - 1248 ± 58 (р 0,5); сердце - 700 ± 35 (р 0,5); почки - 517 ± 24 (р= 0,2); мозг - 261 ± 14 (р = 0,5).

Таким образом, при индуцировании пируватдегидрогеназной активности сочетанным введением Т и фосфо-пантотената содержание ФАД и КОА не претерпевает изменений, содружественных с активностью пируватдегидрогеназы. Некоторое снижение концентрации ФАД можно объяснить конкурентным вмешательством пантотеновой кислоты в реакции фосфорилирования рибофлавина.

СОСТОЯНИЕ ВОЗДУХООБМЕНА В ЗРИТЕЛЬНЫХ ЗАЛАХ КИНОТЕАТРОВ Г. ГРОДНО В ЗИМНЕЕ ВРЕМЯ

А.С.Бухирев, В.С.Черепович, Л.И.Эйсмонт,
И.И.Янущик

Гродненский Медицинский Институт
Научный руководитель: асс. Н.Г.Царь

Целью данной работы являлось изучение проветриваемости зрительных залов кинотеатров г. Гродно. Эффективность вентиляции оценивалась по содержанию углекислоты в воздухе, как санитарному показателю его чистоты и по кратности воздухообмена.

В зимний период 1969 года проведено многократное исследование воздуха в зрительных залах в разное время рабочего дня. Предварительный анализ полученных данных показал, что содержание углекислоты в воздухе новых кинотеатров перед началом сеанса равнялось 0,050 - 0,065%, а в двух старых - 0,07 - 0,08%, увеличивалась к концу до

0,085 - 0,095% и 0,12 - 0,14% /соответственно/. При исследовании воздуха на содержание углекислоты в динамике отмечена тенденция к ее к увеличению к концу рабочего дня. Так, если перед началом работы кинотеатров углекислота в воздухе зрительных залов содержалось в среднем 0,042 - 0,048%, то перед началом последнего сеанса - 0,12 - 0,18%.

Величина кратности воздухообмена в зрительных залах новых кинотеатров составляла 6-8 раз в час, а в старых - 2-3 раза.

На основании полученных предварительных данных можно сделать вывод о том, что в старых кинотеатрах г. Гродно воздух зрительных залов проветривается недостаточно в связи с отсутствием должной эффективности искусственной вентиляции. В новых кинотеатрах проветриваемость зрительных залов находится в пределах санитарно-гигиенических норм.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ НИЖНЕЙ ПОЛОИ ВЕНЫ В ПЛОДНОМ ПЕРИОДЕ У ЧЕЛОВЕКА

Д.Б.Джавад-заде, Г.К.Тихомирова, Ю.В.Цапенко
Астраханский Медицинский Институт
Научный руководитель: проф. М.Б.Новиков

Несмотря на значительное число работ по морфологическим особенностям нижней полой вены человека /Е.Г.Бурменко и П.Н.Мазаев, 1961; В.Ф.Вильковский, 1963; Н.Е.Кефали, 1961; С.Ю.Рубинштейн, 1961; М.Р.Сапин, 1961 и др./ вопрос о строении и изменении размеров ее в плодном периоде изучен недостаточно полно.

Задачей нашего исследования было выявить макро- и микроскопические особенности, а также изменения нижней полой вены в плодном периоде внутриутробной жизни у человека.

В качестве материала было использовано 15 плодов от 145 мм до 395 мм общей длины.

Применялись методы анатомической препаровки, послонных срезов по Н.И.Пирогову. Из 13 препаратов нижней

полой вены были изготовлены гистологические срезы, окрашенные гематоксилин-эозином и резорцин-фуксином.

Производились микро- и макроскопические измерения препаратов. Результаты обрабатывались методом вариационной статистики.

Нами получены следующие данные:

1. Уровень формирования нижней полой вены у плодов I45 мм длины расположен выше, чем в дефинитивном состоянии /3-4 поясничный позвонок/.

2. В среднем и верхнем отделах нижняя полая вена спереди на значительном промежутке прикрыта печенью, лишь в позднем плодном периоде эти соотношения изменяются и начинают приближаться к дефинитивному состоянию.

3. На протяжении всего плодного периода нижняя полая вена тесно связана с аортой и лежит по срединной линии.

4. Фасциальные пластинки, прикрывающие нижнюю полую вену, не выражены.

5. На послойных срезах поперечник нижней полой вены имеет форму эллипсоида. Размер длинной оси последнего равен у плода I45 мм 0,9 мм, а короткой - 0,5 мм, у плода 280 мм длины эти размеры соответственно равны 2,5 и 1,5 мм, а у плода 380 мм - 4 и 2,5 мм. У места слияния подвздошных вен поперечник нижней полой вены в 1,5 раза больше, чем в остальных участках.

6. Стенка нижней полой вены у всех изученных нами плодов хорошо выражена, построена из трех типичных слоев со всеми свойственными им гистологическими элементами.

7. Клетки, участвующие в построении стенки нижней полой вены, становятся более разнообразными.

В процессе развития плода волокнистые элементы стенки полой вены становятся толще. Размеры сосудистой стенки в целом и по отдельным слоям на протяжении плодного периода постоянно нарастают.

СТАБИЛЬНОСТЬ СТРЕПТОМИЦИНУСТОЙЧИВЫХ МУТАНТОВ
КЛЕБСИЕЛЛ ПРИ ПЕРЕСЕВАХ И ХРАНЕНИИ НА СРЕДАХ
БЕЗ АНТИБИОТИКА

Я.Ф.Шульц

Минский Медицинский Институт

Научный руководитель: канд.мед.наук А.А.Куку-
лянский

Длительность сохранения стрептомициноустойчивости у различных видов и штаммов бактерий превышает, как правило, сроки наблюдения, хотя иногда описываются случаи сравнительно быстрой потери устойчивости к стрептомицину некоторыми бактериальными штаммами /Шнитцер и Грунберг, 1960/. Результаты настоящей работы характеризуют некоторые закономерности изменения устойчивости к стрептомицину при поддержании устойчивых к нему мутантов капсульных бактерий /род *Klebsiella* / на питательных средах без антибиотика.

Мутанты с различной степенью устойчивости к стрептомицину были выделены из культур разных штаммов клебсиелл методом одноступенчатого отбора на плотной и в жидкой среде. Три устойчивых штамма были подвергнуты продолжительным и непрерывным пассажам на средах без антибиотика; при этом периодически производились определения их уровней устойчивости. Штамм, устойчивый при первичном испытании к 1,25 мкг/мл, сохранял этот уровень в течение 6 пассажей, однако через 15 последующих он снизил свою устойчивость до уровня исходного чувствительного штамма. Штамм, устойчивый к 10 мкг/мл, снизил свою устойчивость в течение первых 6 пересевов до 2,5 мкг/мл и точно так же полностью утратил ее в течение 15 последующих. Штамм, устойчивый к относительно высокой концентрации стрептомицина - 625 мкг/мл - сохранял этот уровень в течение всего срока наблюдения.

Приведенные результаты подтверждают установленную ранее другими исследователями зависимость между степенью устойчивости бактерий к антибиотику и длительностью ее сохранения.

Некоторые из полученных мутантов были отобраны для изучения их стабильности в условиях длительного хранения на средах без антибиотика. В отличие от результатов, полученных при исследовании устойчивых мутантов, пассивировавшихся на средах без стрептомицина, в данном случае не наблюдалось корреляции между стабильностью мутантов и уровнем их устойчивости при первичном выделении. Некоторые мутанты при хранении повысили свою устойчивость. Очевидно, изменение устойчивости может идти как в сторону понижения, так и повышения ее, что подтверждается также данными литературы.

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют об относительной нестабильности признака устойчивости к стрептомицину у мутантов капсульных бактерий при пассивировании их на средах без антибиотика, а также в процессе длительного хранения.

НАДХРЯЩИНА СКЕЛЕТА НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ И ЕЕ СОСУДЫ В ПЕРВОЙ ПОЛОВИНЕ ВНУТРИУТРОБНОГО ПЕРИОДА У ЧЕЛОВЕКА

Я.П.Залькалн

Рижский Медицинский Институт

Научный руководитель: доц. Г.Я.Еча

Изучена надхрящница и ее сосуды скелета нижних конечностей 20 зародышей и плодов от 5-й недели развития до 4 месяцев. Препараты фиксированы в 12% нейтральном формалине, парафиновые срезы окрашены гематоксилин-эозином, по Маллори и орсеином.

На 5-й неделе развития надхрящница нерезко отграничена от хрящевой ткани зачатков скелета нижних конечностей и от окружающей мезенхимы. Кровеносные сосуды в надхрящнице мало по сравнению с количеством сосудов в окружающей мезенхиме и зачатках мышц. Диаметр сосудов 5-6 мк.

На 6-й неделе развития в области диафизов хрящевых моделей бедра и колени надхрящница обособляется от хрящевой ткани и мезенхимы. Она содержит сосуды

диаметром 5-8 мк.

У зародышей 7-й и 8-й недель надхрящница неодинаковой толщины: наиболее толстая в участках прикрепления мышечных сухожилий и связок. В области диафизов в надхрящнице различимы два слоя: глубокий - разрыхлен, в нем сосудов больше, наружный - более плотный, с меньшим количеством сосудов. В последнем имеются тонкие соединительнотканые волокна. Диаметр кровеносных сосудов надхрящницы как диафизов, так и эпифизов от 5 до 15 мк. Сосудистая сеть надхрящницы эпифизов без резкой границы переходит в сосудистую сеть суставной сумки, связок и зачатков менисков.

У зародышей 10 недель, в связи с началом окостенения диафизов костных зачатков, надхрящница утолщается до 50-70 мк. Ее наружный слой становится более плотным, а внутренний - сильно разрыхляется, содержит густую сеть кровеносных сосудов диаметром 10-20 мк. Веточки сосудов проникают в образующуюся костную полость. Эпифизы покрыты надхрящницей толщиной 20-30 мк, за исключением более толстых участков прикрепления сухожилий и связок.

К концу 12-й недели происходит утолщение надхрящницы по всей длине зачатков костей, особенно интенсивно в области диафизов, где из надхрящницы постепенно развивается надкостница.

На 4-м месяце развития плодов в области диафизов имеется надкостница толщиной 90 - 140 мк, наружный слой которой содержит много рыхлой соединительнотканых волокон, а внутренний слой построен из рыхлой соединительной ткани с множеством кровеносных сосудов, расположенных в продольном и поперечном направлениях, связанных с внутрикостными сосудами. Граница между надкостницей и пластинками перихондральной кости неровная. Надкостница диафизов без резкой границы переходит в надхрящницу метафизов и эпифизов, толщиной 30-60 мк. Сеть кровеносных сосудов надхрящницы тесно связано с сосудами суставных капсул. Внутри хрящей эпифизов сосуды не выявлены.

Изученный материал позволяет сделать вывод, что развитие надкряшницы и ее сосудистой сети в первой половине внутриутробного периода тесно взаимосвязано с развитием скелета, суставов и мышц нижней конечности.

FARMAATSIA JA FARMAKOLOGIA

ФАРМАЦИЯ И ФАРМАКОЛОГИЯ

PÄRNU ESIMESED APTEEGID

(1623-1917)

L.Pärtma II k.

Juhendaja: assistent A.-L.Padar

Pärnu apteegiajalooos eksisteerib 4 vanemat apteeki.

Vanima apteegi asutamisaajaks on raeprotokollis märgitud aasta 1623. Asutajaks oli Cristopher Bassow. Apteek eksisteeris mõned aastad.

Teise apteegi avas 1649.a. Johannes Franc. Viimane siirdus 1656.a. Tallinna, kus ta kohe oma apteegi asutas. Võib arvata, et Franc oma ravimid ja inventari Pärnust Tallinna üle viis. Seega oli ta teise apteegi iga võrdlemisi lühike. Kolmas nn.Vana apteek asutati Bartholomäus Brüningi poolt 1665.a. Neljas apteek eksisteeris ajavahemikus 1784-1945. Asutajaks Johann Diedrich Burmeister. Apteek hävis tulekahjus.

Mainitud apteekidest eksisteerib praegu Vana apteek. Oma algaastail paiknes ta linnale kuulunud hoones. Igal aastal vaatasid apteegi üle raehärrad isiklikult.

Pärast asutaja surma valdas rae loal apteeki Brüningu lesk, edasi järjest uued omanikud: Samuel Christian Hono, Martin Johann Hono, Johann David Wissel, tema pärijad, Eberhard Georg Chelius, perekond Grimm, Rudolf Behling jt. apteekrid. Paljudel neist tuli võidelda majanduslike raskustega, vürtspoodnikest konkurentidega, vedada vägikaigast isehakanud "tohterdajatega". Et tunda end kindlamana, palus Brüning rael keelata vürtspoodides apteegikauba (maitseainete, vürtside) müümine.

Pärnu oma soodsa asukoha tõttu etendas olulist osa Venemaa ja Hansa linnade vahelises kaubanduses. See asjaolu ei jätnud mõju avaldamata Vana apteegi varustamisele. Vürtsid ja paljud droogid toodi Lääne-Euroopast.

Kui muutused ühiskondlikus elus on enamikel tegevusaladel esile kutsunud suuri nihkeid, siis teadaolevate andmete põhjal on nad kuni 1917.aastani Vana apteegi tegevust vaid pögusalt puudutanud. Selle üheks põhjuseks näib olevat

asjaolu, et apteekrid olid tollal enamasti sakslased.

**MIKROELEMENTIDE MÖJUST OGAÖUNA DATURA STRAMONIUM L.
SAAGILE JA ALKALOIIDIDESISALDUSELE SÖLTUVAALT
MANUSTAMISE AJAST**

I.Marran, I.Palm, A.Raudsepp IV k.
Juhendaja ass.I.Tammaru

Vegetatsioonikatsete tingimustes uuriti mikroelementide boori, koobalti ja mangaani mõju ogaöuna saagile ja alkaloididesisaldusele. Mikroelemente koguses 1 mg elementi 1 kg mulla kohta anti kolmel erineval ajal: 1) kevadel enne seemnete külvi, 2) sügisel 4 nädalat enne lehtede kogumist ja 3) 2 nädalat enne lehtede kogumist. Saadi järgmised tulemused.

Boor tõstis ogaöuna lehtedesaaki kõige rohkem manustatuna enne seemnete külvi. Mangaani mõjul tõusis lehtedesaak ühepalju nii kevadisel väetamisel kui ka väetamisel 4 nädalat enne lehtede kogumist. Koobalti mõjul ei tõusnud lehtedesaak ühegi manustamise aja puhul.

Esialgused alkaloididesisalduse määramise tulemused näitasid, et boor ei tõstnud ogaöuna lehtede alkaloididesisaldust ühegi väetamise aja puhul. Mangaani ja koobalti mõjul tõusis alkaloididesisaldus vaid nende manustamisel 2 nädalat enne lehtede kogumist.

**ERINEVATE KALTSIUMISOOLADE MÖJUST OGAÖUNA DATURA
STRAMONIUM L. KASVUDÜNAAMIKALE, SAAGILE JA
ALKALOIIDIDESISALDUSELE**

T.-M. Närska ja S.Pikner IV k.
Juhendaja:ass.I.Tammaru

Vegetatsioonikatsete tingimustes uuriti kaltsiumkarbonaadi, kaltsiumsulfaadi ja kaltsiumkloriidi mõju ogaöuna kasvule, saagile ja alkaloididesisaldusele. Saadi järgmised tu-

lemused. Ogaõuna kasvu soodustas ja tõstis kõikide organite saaki kõige rohkem kaltsiumkloriid. Ogaõuna lehtede alkaloidide kogusisaldus tõusis kõige enam kaltsiumkarbonaadi mõjul, tõus kaltsiumkloriidi mõjul oli katsevea piirides. Kaltsiumsulfaat alandas märgatavalt alkaloididesisaldust. Alkaloididesaak oli suurim kaltsiumkloriidi mõjul.

**KALTSIUMIPUUDUSE MÖJUST OGAÕUNA DATURA STRAMONIUM
L. KASVUDÜNAAMIKALE, SAAGILE JA ALKALOIDIDE-
SISALDUSELE**

H.Raud ja V.Sirelpuu IV k.

Juhendaja: ass. I.Tammaru

Vegetatsioonkatsete tingimustes uuriti kaltsiumipuuduse mõju ogaõuna kasvule, saagile ja alkaloididesisaldusele. Saadi järgmised tulemused.

Kaltsiumipuuduse tingimustes pidurdab ogaõuna kasv juba kõige varajasemal kasvuperioodil peale tärkamist. Ka hilisemates kasvufaasides on kasv palju väiksem kui rikkaliku kaltsiumisisaldusega mulla puhul. Ogaõuna kõikide organite saak on kaltsiumipuudusel palju madalam kui küllaldase kaltsiumisisalduse korral.

Esialgsetel andmetel on ogaõuna lehtede alkaloididesisaldus kõrgem kui rikkaliku kaltsiumisisaldusega mulla puhul.

**SULAMISTEMPERAATUURITEIMA VÄÄRTUSEST RAVIM-
PREPARAATIDE SAMASTAMISEL JA PUHTUSE
MÄÄRAMISEL**

Ü.Liias ja R.Pilt III k.

Sulamistemperatuuriteima väärtuse hindamiseks ravimpreparaatide puhtuse teimimisel valmistati mõnedest kõrge puhtusastmega preparaatidest (kontsentratsioon loeti 100 %-ks) rida segupreparaate lisandi segamisega põhipreparaatidele 0,2 % intervalliga 100 % kuni 99 % vahemikus ja

1 % intervalliga 99 % kuni 95 % vahemikus. Saadud lisandiga preparaatidel määrati sulamistemperatuur kapillaari- ja mikromeetodil. Graafiliselt toodi välja preparaatide puhtuseastme ja nende sulamistemperatuuri alanemise vaheline seos.

Arutletakse sulamistemperatuuri määramise standardpreparaatide (vanilliin st. 81 - 83⁰, antifebriin 114 - 116⁰, fenatsetiin 134 - 136⁰, valge streptotsiid 165 - 166,5⁰, sulfapüridiin 191 - 193⁰, kofeiin 235 - 237⁰) rakendamise otstarbekuse üle.

Tundmatute preparaatide samastamise hõlbustamiseks koostati NSVL X farmakopöasse kuuluvate ravimpreparaatide kohta sulamistemperatuuride tabel.

ДЕЙСТВИЕ МАЗЕЙ ЯДОВ ОБЫКНОВЕННОЙ ГАДЮКИ И СТЕПНОЙ ГАДЮКИ.

1. Действие на заживление экспериментальных резан- ных ран.

А. Т о м и н г . У1 к. ТГУ

Руководитель: канд. мед. наук О.Раявее

Препараты различных змеиных ядов применяются в виде растворов для инъекций и в виде мазей наружно при различных заболеваниях /Гесснер, 1938; С.В.Бигулевский, 1961; И.А.Вальцева, 1969 и др./. В настоящей работе изучено действие 2 новых препаратов змеиных ядов, изготовленных Таллинским химфармзаводом, мазей ядов обыкновенной гадюки и степной гадюки - на процессы заживления экспериментальных резанных ран.

Опыты проводились на морских свинках /16/ обоого по-

ла весом 500 - 920 г. После депиляции шерsti задней боковой поверхности при эфирном наркозе при помощи пробочного сверла диаметром 1 см., бурящими движениями рукой, наносилась рана через всю толщу кожи. Таким путем получали с обеих сторон одинаковые кожные дефекты. Величину отверстия раны вырисовали на целлофановую пленку и измеряли планиметрически /в мм²/. За заживлением раны следили через каждые 24 часа до окончательного заживления. Подопытных животных держали в отдельных клетках. Раны оставались открытыми. Процесс заживления был зарегистрирован и фотографически. Мази наносили на рану 1 раз в день /в группе 8 животных/; рана на другой стороне служила контролем.

В контрольных опытах заживление раны большее время шло под струпом. Струп начал отторгаться с 6-7 дня и окончательно отошел к 11 дню. Окончательное заживление ран произошло в среднем в течение 23 ± 2 дней. В опытах с применением мазей к 3 дню наблюдалась более заметная экссудация ран на краях струпа, которая прошла через 1 - 2 дня. При применении мази яда обыкновенной гадьки струп начал отторгаться с 7 дня и окончательно отошел к 11 дню; заживление дефекта раны произошло в среднем в течение 18 ± 1 дней. При применении мази яда степной гадьки струп начал отторгаться с 9 дня и окончательно отошел к 12 дню; заживление раны произошло к 22 ± 2 дню.

Полученные данные показывают, что применение мази яда обыкновенной гадьки ускорило заживление экспериментальных резанных ран у морских свинок в среднем на 5 дней, в то время как результаты с применением мази яда степной

гадки практически не отличались от контрольных.

ДЕЙСТВИЕ МАЗЕЙ ЯДОВ ОБЫКНОВЕННОЙ ГАДКИ И СТЕПНОЙ ГАДКИ.

2. Действие на заживление экспериментальных ожогов.

Р. И н и о с. У 1 к.

Руководитель: канд. мед. наук О.Раявее.

Способность змеиных ядов оказывать лечебное действие используется для изготовления некоторых медицинских препаратов, как кроталин, вибралгин, випрокс, випрасал, и др. Таллинским химфармзаводом изготовлены 2 новых препарата - мазь яда обыкновенной гадки и мазь яда степной гадки. Целью настоящей работы явилось изучение действия названных препаратов на заживление экспериментальных ожогов.

Опыты проводились на морских свинках /12/ обоего пола весом 490 - 960 г. Ожог вызвали под хлороформным наркозом на депилированный участок кожи в области спины при помощи медной пластинки размером 1,5 x 1,5 см. и раскаленной до 231 - 232⁰ С, т.е. температура пластинки в начале процедуры, в течение 20 сек. Ожоги вызвали с обеих сторон спины, причем одна сторона служила контролем. Для изучения действия мазей препараты наносили на ожоговый очаг через 15 минут после вызывания ожога и в дальнейшем ежедневно 1 раз в день. Лечение проводили открытым методом. Величина очага вырисовывалась на целлулоидную пленку и

измеряли планиметрически /в мм²/.

В контрольных опытах появился некроз эпидермиса, который захватил и сосочковый слой кожи. Пораженные участки были плотны на ощупь, образовался струп; через 12 - 24 часа приобрели сероватую окраску. У некоторых животных развился частично экссудативный процесс в тканях окружающих обожженных участков. Струп начал отторгаться в среднем с 27 ± 1 дня. Струп окончательно отошел к 36 ± 1 дню. При заживлении ожогового очага произошла только краевая эпителизация. Окончательное заживление ран произошло через 49 ± 2 дней. При применении мази яда обыкновенной гадюки пораженные участки и струп оказались более мягкими, струп начал отторгаться через 15 дней и окончательно отошел к 26 дню. За этот срок рана была полностью покрыта эпителием. Окончательное заживление кожного дефекта произошло через 33 ± 3 дня. При применении мази яда степной гадюки картина заживления раны напоминала действие мази яда обыкновенной гадюки, но струп начал отторгаться через 18 дней и окончательно отошел к 29 ± 1 дню. За этот срок рана была полностью покрыта эпителием; окончательное заживление дефекта раны произошло к 46 ± 1 дню.

Полученные результаты показали, что применение мази яда обыкновенной гадюки при ожоговых ранах в состоянии укорачивать время заживления дефекта раны. Применение мази яда степной гадюки, по сравнению с контрольными опытами, не дало заметного эффекта.

ДЕЙСТВИЕ МАЗЕЙ ЯДОВ ОБЫКНОВЕННОЙ ГАДЬКИ И СТЕПНОЙ ГАДЬКИ.

3. Противовоспалительное действие

Р. В а х и с а л у . I У к.

Руководитель: канд. мед. наук О.Ряеве.

Одним из многочисленных фармакологических эффектов у некоторых змеиных ядов является местное противовоспалительное действие, как показано с ядом гюрзы /З.Н.Каримов и А.А.Набиев, 1965/. Целью настоящей работы явилось изучение противовоспалительного действия новых препаратов — мазь яда обыкновенной гадьки и мазь яда степной гадьки — изготовленных Таллинским химфармзаводом.

Опыты проводились на кроликах /12/ обоего пола весом 2,5 — 3,8 кг. Асептическое воспаление ушной раковины кролика вызвали замораживанием хлористым этилом в течение 30 сек. Объем уха кролика измеряли до и после замораживания, путем погружения дистальной части уха в цилиндр, наполненный доверху водой, до определенной линии отмеченной на ухе и определением вытесненной воды точностью до 0,1 мм. В первый день после замораживания объем уха измеряли через 3, 6, 9, 12 часов, затем через каждые 24 часа, т.е. 1 раз в день, до полного исчезновения воспалительных явлений. Препараты наносили на ухо /до 10 см до дистального конца/ сразу после замораживания и каждый раз после измерения объема уха. В каждой группе по 6 животных.

В контрольных опытах замораживание приводило к быстроразвивающему и прогрессирующему отеку ушной раковины. Отек достигал максимальной величины на 2 — 3 сутки. Умень-

шение отека произошло на 7 - 12 сутки. Наблюдалось мокну-
тие, глубокие эрозии после прорыва пузырей и затем сухой
некроз. Отторжение дистальной части ушной раковины произ-
шло на 15 - 17 сутки. При применении мази яд обыкновенной
гадки явления воспаления в общем сходны с контрольными
опытами, но отек достигал максимальной величины на 4 сутки
и был меньше размером; уменьшение отека произошло в среднем
на 7 сутки; отторжение дистальной части уха произошло у 2
кроликов из 6 и на 7 - 12 сутки /в контрольных опытах отто-
ржение произошло у всех животных/. При применении мази яда
степной гадки максимальный отек по сравнению с контролем,
был меньшим и уменьшение объема уха произошло сравнительно
быстрее, но мазь яда степной гадки не препятствовала оттор-
жению ушных раковин.

Из исследуемых препаратов мазь яда обыкновенной гад-
ки оказала легкое противовоспалительное действие при замо-
роженном ухе кролика.

ВЛИЯНИЕ СПАЗМОЛИТИНА НА РАЗВИТИЕ БАРБАМИЛОВОЙ ТОЛЕРАНТНО- СТИ У КРОЛИКОВ.

К. К а н г у р , М. К о л ь я т , 1У к.

Руководитель: канд. мед. наук. Л.Б. Нурманд.

При повторном применении барбитуратов развивается
толерантность к ним. Механизм названного явления пока
точно не выяснен. Задачей настоящей работы было просле-

дать за развитием толерантности к барбиталу у кроликов и определить возможное влияние спазмолитина на этот процесс.

Опыты проведены на 12 кроликах обоего пола в октябре-ноябре месяце. До начала и после окончания опытов у кроликов определяли скорость функциональной элиминации барбитала /по методу Бек и Лендле/. Во время опытов через каждые 4-5 дней определяли действие барбитала на дыхание. Барбитал вводили внутривенно в дозе 30 мг/ кг ежедневно в течение 14-22 дней. Каждый раз регистрировали глубину и продолжительность наркотического действия. 6 кроликам после пробуждения вводили ежедневно подкожно 45 мг/кг спазмолитина.

При повторном введении барбитала его действие постепенно укорачивается, хотя глубина наркоза существенно не изменяется. Толерантность развивается индивидуально за 4 или 20 дней. Несмотря на укорочение действия, степень угнетения дыхания изменяется мало или даже увеличивается. Скорость функциональной элиминации к концу опытов в подавляющем большинстве случаев увеличивается.

Ежедневное введение спазмолитина заметно задерживает развитие толерантности, причем за 22 дня опыта существенного укорочения действия барбитала не наблюдалось и глубина действия оставалась неизменной. В то же время скорость функциональной элиминации увеличивалась даже больше, чем в контроле.

Введение спазмолитина при выработанной толерантности в некоторой мере восстанавливало наркотическое действие барбитала.

ФРАКЦИИ ВАЛЕРИАНЫ.

С.Д.М е о н п у у , Э.К.И л м с а д у , В.В.В э э б е р ,
1978 г.

Руководители: канд.мед.наук доц. Л.А.Кири и канд.мед.
наук Л.Б.Нурмаид.

Несмотря на то, что корень валерианы в медицине используется уже столетиями, в его действии остается еще много неясного. Сила и характер действия препаратов зависят от способа приготовления препарата.

В настоящей работе приготовили настойку валерианы из сырья, культивированного на опытном поле кафедры ТГУ и собранного осенью 1968 г. После высушивания сырье измельчили в эксцельсоре и просеяли через сито /диам. отв. 0,315 мм/. В качестве экстрагента использовали 40% этанол. С целью очистки от неполярных примесей хроматографировали на окиси алюминия, сгущали для удаления этанола и доводили концентрации до 1 мл = 4 г. сырья.

Действие препарата изучали на мышах, лягушках и кроликах. Отмечается, что препарат оказывает угнетающее действие на Ц.Н.С. мышей, выражающееся в потенцировании наркотического действия эфира и барбитала, а также в подавлении агрессивности мышей самцов. Препарат снижает силу поперечнополосатой мускулатуры мышей, определенной по методу Г.А.Пономарева.

Кроме того валериана оказывает спазмолитическое действие на кровеносные сосуды лягушки /по методу Тренделенбурга/ и панавериноподобное действие на изолированную тон-

куз кишку кролика по Магнуоу. Все названные действия проявляются только при применении относительно больших доз препарата.

S I S U K O R D
С О Д Е Р Ж А Н И Е

1. Kirurgia lk. 3 - 23
Хирургия
2. Teraapia lk. 24 - 41
Терапия
3. Neuroloogia ja psühhiaatria lk. 42 - 57
Неврология и психиатрия
4. Ginekoloogia lk. 58 - 62
Гинекология
5. Teoreetiline meditsiin lk. 63 - 78
Теоретическая медицина
6. Farmaatsia ja farmakoloogia lk. 79 - 92
Фармация и фармакология

МАТЕРИАЛЫ XXV КОНФЕРЕНЦИИ СТУДЕНЧЕСКОГО
НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА МЕДИЦИНСКОГО ФАКУЛЬТЕТА
ТАРТУСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО УНИВЕРСИТЕТА

На эстонском и русском языках
Тартуский государственный университет
ЭССР, г. Тарту, ул. Кликкооли, 18

Vastutav toimetaja U. Reino
Korrektor M. Maaser

=====

TRÜ rotaprint 1970. Paljundamisele antud 10.IV 1970.
Trükipoognaid 5,88. Tingtrükipoognaid 5,47. Arvestus-
poognaid 4,3. Trükiarv 300. Paber 30 x 42. 1/4.
MB 04025. Tell. nr. 245.

Hind 30 kop.

A

30 529

Hind 30 kop.

76 701

TÜ RAAMATUKOGU



1 0300 00494778 6