

З ІСТОРІЇ РАДІОЛОГІЇ

Є.Г. Русанова,
К.В. Русанов

Харківський національний
університет ім. В. Н. Каразіна

Харківські сучасники С. П. Григор'єва — соратники, конкуренти, учні*

Надія Михайлівна Безчинська — єдина зі співробітників Української рентген-академії (РА), прийнятих у колектив С. П. Григор'євим, хто пропрацював у цій установі рентгенологом 18 років. Отже дані про напрямки її наукової діяльності та внесок у роботу РА (з 1923 р. — Рентгено-Радіологічного інституту, РРІ) становлять великий інтерес.

У першому списку співробітників РА (28.06.1920 р.) відзначено, що Н. М. Безчинська обіймала посаду завідувача діагностичного відділу; у статті [1] про неї лаконічно сказано: «Рік народження невідомий. З 1920 до 1938 р. працювала у Харківському рентгенологічному інституті. Потім завідувала кафедрою рентгенології Дніпропетровського інституту удосконалення лікарів. Загинула в 1942 р. у Ставрополі». Пізніше було виконано дослідження [2]; його результатами «є перша в історії вивчення розвитку медичної рентгенології в Україні реконструкція життя і діяльності Н. М. Безчинської (...), позначення основних віх її наукової діяльності та здобутків у медичній рентгенології». Однак життя Надії Михайлівни до 1920 р. так і залишилося невідомим. Нез'ясована і структура наукової творчості рентгенолога: у роботі [2] використано менше половини її праць.

Заповнити пробіли цієї біографії нам допоміг пошук у Державному архіві Харківської області (ДАХО). Відповідно до заповненої в 1920 р. анкети (ф. Р-821, оп. 1, спр. 2065, арк. 87), Безчинська Надія Михайлівна, за національністю єврейка, народилася 27 серпня 1891 р., закінчила жіночу гімназію в Таганрозі. Вищу освіту одержала в Харківському жіночому медичному інституті (ХЖМІ), який закінчила в 1914 р. за фахом «хірургія», після чого працювала в Харкові асистентом хірургічної

клініки Медичної академії, хірургом 11-ї міської ділянки. На час заповнення анкети Н. М. Безчинська завідувала *рентгенотерапевтичним* (тут і далі курсив наш. — Є.Р., К.Р.) відділом РА, була заміжня і проживала за адресою вул. Дівоча, буд. 5, кв. 5.

У документі наявні розбіжності назви відділу РА із зазначеною у статтях [1, 2], де про Н. М. Безчинську сказано: «У штатному розкладі 1923 р. вона теж записана як завідувач *діагностичного відділу*», і невизначеність колишнього місця роботи. Медична академія виникла в 1920 р. при злитті медичного факультету університету із ХЖМІ. До цього у ХЖМІ було дві хірургічні клініки (госпітальна та факультетська), а в університеті — три.

Згідно з довідником за 1917 р. [3], Н. М. Бесчинская (варіант написання за правилами російської орфографії) служила ординатором хірургічної *факультетської* клініки ХЖМІ (директор — проф. Л. В. Орлов) і проживала в корпусі клініки по вул. Сумській, 86. Найімовірніше, вона й закінчувала ХЖМІ по кафедрі Орлова (вчителя С. П. Григор'єва), де рентгенологію викладали як факультатив.

Однак на арк. 138 тієї ж спр. 2065 дослідників очікував сюрприз — анкета лікаря Безчинської Агнеси Михайлівни, яка майже збігалася з анкетною Надії Михайлівни та була заповнена тим же почерком (рисунок 1). Втім, Агнеса вказала, що, закінчивши ХЖМІ, вона працювала в 1915–1919 рр. ординатором, потім асистентом у хірургічній *факультетській* клініці, потім ординатором «1-й рабочей больницы Хобкасы». А до слів про 6 років хірургічного досвіду додала: «Знаю рентген».

У довіднику «Весь Харьков» на 1917 р. серед ординаторів хірургічної факультетської клініки ХЖМІ названа Безчинська Агнеса Михайлівна. А в «Списке слушательниц 2-го курса Женского медицинского института Харьковского меди-

* — продовження; початок див. у т. XIX, вип. 4, 2011, т. XX, вип. 4, 2012

геновское исследование обнаружило у него камни почки. Выздоровел после операции (проф. А.В. Мельников). 2-й случай. Язва двенадцатиперстной кишки. После заднего gastroenteroanastomos'a (проф. А.В. Мельников) упорная рвота в течение 14 дней. Излечение внушением».

Ще коротше журнал повідомляв про її виступи на рентгенологічній секції ХМТ. Наприклад, 22.04.1929 р.: «Н.М. Безчинская демонстрирует рентгенограммы случая врожденного порока сердца и многопалости». Або 21.11.1929 р.: «Н.М. Безчинская. Демонстрация случая Morbus Paget'a». Зміст цих нечастих повідомлень — казуїстика, виділена з потоку рутинних досліджень хворих на різні патології, без акценту на чомусь конкретному.

Еволюція напрямків наукової діяльності Безчинської повинна була чіткіше відбитися в її публікаціях. Їх список є у збірнику [4]; він почасти дубльований у книзі: Молотков А.Е. Библиография русской рентгенологии (1896–1940 гг.). – Л., 1941. – 684 с. Втім, при пошуку цих робіт стало зрозуміло, що деякі з них не були надруковані, роки їх виконання невідомі, рукописи не збереглися. А деяких статей Н.М. Безчинської взагалі немає в номерах журналів, зазначених у списку [4]!

З недоступних рукописів тільки робота «Влияние грязевого лечения у детей на размер их сердца» (імовірно, розмір визначався рентгенографічно) могла бути виконана у клініці ХЖМІ в 1914–1919 рр. Ще дві роботи — «Об аномалиях развития надколенной чашки» (з анотацією [4]: «Доповідь на конференції Інституту. Демонструються пізні аномалії розвитку, однією з яких є подвійна надколінна чашка, на що треба зважати при діагностиці її переломів») і «Рентгенодиагностика и рентгенотерапия гонорейных артритов», — написані не раніше 1923 р. Ця тематика збігається із працями іншого завідділу РА — Я.Б. Войташевського: він ще до 1914 р. займався діагностикою переломів надколінка, а гонорея та її ускладнення стали пізніше головною темою його праць (УРЖ, 2012, т. XX, вип. 4).

Про те, що Н.М. Безчинська спочатку досліджувала патологію кісток і суглобів, свідчить і перша точно датована робота [5], з якою вона дебютувала на 2-му Всесоюзному з'їзді рентгенологів і радіологів (Москва-Ленінград, травень 1924 р.). На його відкритті М.І. Неменов запропонував

«почтить вставанием память скончавшихся Рентгена, Григорьева и др., павших жертвой профессионального долга».

Надія Михайлівна доповіла про три випадки множинних уражень кісток; причину рідкісних патологій вона бачила у дефіциті гормонів [5]:

«У больной 47 лет (болеющей много лет сифилисом — С.Р., К.Р.) рентгенограмма показала резкую атрофию костей правого коленного сустава, полное разрушение суставных поверхностей, и в области эпифиза этих костей множественные экзостозы. При исследовании остальных суставов оказалось, что имеется поражение эпифизов абсолютно всех костей, такие же экзостозы, и разница лишь в степени их развития. Наряду с этим идет рассасывание костей: так, совершенно исчезла головка шейки левого бедра. Кровь резко обеднена солями кальция, а мы знаем, что кальциевым обменом заведует паращитовидная железа. Щитовидная железа не прощупывается. Это дает право трактовать случай как нарушение функции главным образом щитовидной и паращитовидной желез.

Второй больной — мальчик 16 лет (син алкогolia, до 3 років не ходив і не бачив; очі різного кольору: одне — блакитне, інше — каре. — С.Р., К.Р.). Все правое предплечье полусогнуто; такой же процесс имеется и в другом предплечье. Рентгенограмма показала, что экзостозы имеются и на других трубчатых костях, и наравне с их образованием идет резкий процесс рассасывания костной ткани. Мы предположили, что и данном случае имеется нарушение функции желез внутренней секреции, главным образом половых».

У третьому випадку причиною дивної патології доповідка назвала «порочность развития данного индивидуума». Такий суто «ендокринологічний» підхід викликав критику в дебатах.

Наступна робота Н.М. Безчинської стосовно кісткової системи [6] була спільною з директором РРІ: цьому короткому повідомленню передувала його велика стаття [7]. Така ж доповідь на V Всесоюзному з'їзді рентгенологів та радіологів (Київ, травень 1928 р.) була надрукована й у журналі «Вестник рентгенологии» (1929, Т. 7, № 6, С. 510).

У роботі [7] кістки і суглоби, взяті у трупів, рентгенографували до й після утворення в них штучних порожнин різного розміру; третій знімок робили після заповнення порожнини контрастною

масою. Треба вважати, що досліді проводила Н.М. Безчинська, а Г.І. Хармандар'яну належала релятивістська ідеологія [7]: «Как и во всех областях познания, здесь имеется порог количественного и качественного изменения, ниже которого никакое распознавание заболеваний костей рентгеновскими лучами невозможно. (...) Можно считать доказанным, что рентгенограмма далеко не всегда может отобразить действительное состояние костной ткани. (...) Несомненно, это вызовет разочарование у тех, кто веровал в чудодейственные свойства X-лучей, и торжество у тех, кто относился скептически к их роли и значению».

Однак після висловлення про кризу в медицині, що відтворює загальну кризу капіталізму, директор запропонував план продовження роботи [7]: «Мы полагаем необходимым перейти к экспериментам на животных, используя клинические данные и патолого-анатомические вскрытия для проверки результатов».

На перший погляд, повідомлення [6] свідчить про реалізацію цієї програми: «Неожиданные результаты, полученные при рентгенографии мертвых костей, заставили нас изучить тот же вопрос на живых костях. Мы (...) никак не можем допустить, чтобы расхождение между рентгенологической и подлинной картинами было так велико. Очевидно, условия в живой ткани создают более благоприятные возможности для рентгенологического исследования».

Если образовать известные по величине и расположению изменения в живых костях и проследить рентгенологически их судьбу, на аутопсии можно довольно точно установить предел рентгенологического распознавания костных изменений. Для опытов мы производили в костях коленного сустава собак отверстия, выскабливали губчатое вещество, после чего рентгенографировали».

Проте тварин (собак) було всього дві, і одна з них швидко загинула. При роботі з тією, що вижила, як визнали самі автори, вони неправильно вибрали інтервал між проведенням знімків ушкодження, а «два опыта совершенно недостаточны для того, чтобы сделать окончательный вывод». Втім вони відразу ж його і сформулювали [6]: «Изучая рентгенограммы, сделанные непосредственно после операции, можно прийти к заключению, что сразу после травмы они (ушкод-

ження. — С.Р., К.Р.) плохо отражаются на снимках. К нашему удивлению, на второй серии снимков, произведенной через две недели, все изменения выступили гораздо более четко и полно. Это следует объяснить процессами, приведшими к отграничению измененных очагов и тканей от нормальных».

Автори завершують статтю обіцянкую в найближчому майбутньому «более подробно представит вниманию товарищей все возбужденные нами вопросы».

Назва останньої статті Н. М. Безчинської з цієї галузі, зазначеної в [4], «Рентгенодиагностика кистовидных изменений в костях» («Проводиться дифференціальна діагностика між усіма видами кістоподібних утворень у кістках і вияснюється їх етіологія, патогенез та рентгеновська симптоматологія») свідчить про те, що дослідження «межі розпізнавання» не одержали продовження. Однак самої статті немає в «Вестнике рентгенологии» (1930, № 3) — посилання в [4] є помилковим.

Ми сподівалися, що її зміст викладено у доповіді зі схожою назвою: Хармандар'ян Г.І., Безчинська Н.Х. (Харків). Кістуваті тіні в кістках та їх диференціальна діагностика (Перший Всеукраїнський з'їзд рентгенологів та радіологів, 2–5 лютого 1931 р. Тези до доповідей. – Харків, 1931. – С. 13–15). Виявилось, однак, що в тексті тез слово «кістуваті» пишеться як «кісткуваті», і зрозуміти зміст важко! Можливо, це зможуть зробити рентгенологи – див. фрагмент на рисунку 2.

Особливе місце серед робіт Безчинської посідає стаття [8] з біологічного відділення (завідувач проф. О.В. Репрьов) РРІ. Вона заслуговує на увагу як відтворення «дрейфування» рентгенологічних інститутів СРСР у бік онкології. Інститут у Києві, заснований влітку 1920 р. як рентгенологічний, завершив еволюцію метаморфозою у Національний інститут раку; не уникла її й РА в Харкові. А ще стаття [8] була першою спільною роботою двох харківських жінок-рентгенологів:

«По Н.Н. Петрову, поражение раком обуславливается образованием «продукта, близкого к ферментам». (...) Исследования тканей раковых больных говорят за их самопереваривание (аутолиз), за содержание аутолитических ферментов в большем, чем в норме, количестве. Поэтому изыскания ферментов у раковых больных приковывают внимание многих ученых-онкологов».

15. Г. І. ХАРМАНДАР'ЯН та Н. Х. БЕЗЧИНСЬКА (Харків)

Кістуваті тіні в кістках та їх диференціальна діагностика

10. Класифікуючи кісткуваті зміни при найрізноманітніших захворюваннях кісткової системи, їх можна звести до таких груп:

а) остеодистрофічні кістки, до яких належать: травматичні, солітарні й множинні; б) так звані генуліни, солітарні й множинні; в) туберкульоза, остеомієліт та інші запальні процеси; г) порадантарні й кісткуваті тіні, що пов'язані з лужданими, перинні й метастатичні.

11. Рентгенологічна діагностика та диференціальна діагностика базуються насамперед на динамічному спостереженні розвитку процесу; на обліку всіх даних дослідження причини методами клінічного спостереження й на багатьох специфічних властивостях, характерних для того або того кісткуватого утвору, з погляду локалізації, віку, статі й соціального походження, характеру розташування зміни їх структура, контурів, форми, характеру, кісткової тканини, що її окреслює, реакції здорової кісткової тканини тощо.

Рисунок 2. Назва і висновки тез доповіді Г.І. Хармандар'яна та Н.М. Безчинської «Кістуваті тіні в кістках та їх диференціальна діагностика» на I Всеукраїнському з'їзді рентгенологів та радіологів

Ольховська та Безчинська досліджували показники каталази, пероксидази, протеази та естерази крові 62 хворих із за давним раком шийки і тіла матки, явищами розпаду та кахексії. Було зроблено висновок, що «Наличие ракового процесса в организме, где бы он не локализовался, какую бы длительность он не имел, изменяет во вполне определенном направлении вышеназванные ферменты» [8].

Марія Василівна Ольховська (нар. у 1897 р.) не встигнула потрапити до першого призову співробітників РА: при житті С.П. Григор'єва вона була ще студенткою. Згідно з біографічними даними («Российский медицинский список на 1925 г.»; ДАХО, ф. Р-855, оп. 1, спр. 103, арк. 111), Ольховська отримала освіту в Харкові 1921 р. за спеціальностями хірургія і рентгенологія, почала кар'єру лікаря в 1-й вузловій лікарні Південної залізниці, а в РРІ стала працювати з 1923 р.

Серію робіт Н.М. Безчинської з дослідження органів травлення розпочала доповідь на 4-му Всесоюзному з'їзді рентгенологів і радіологів у 1926 р. [9]: «Очень большой процент больных после операции удаления желчного пузыря возвращаются с жалобами на расстройства в области желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). Мы обследовали 30 случаев и выяснили, что: 1. Неправильности функции и болевые ощущения со стороны ЖКТ обусловлены спайками после операции. 2. Спайки могут имитировать язву 12-перстной кишки как клинически, так и рентгенологически. 3. Во всех случаях после операции рентгенологически обнаружена стойкая деформация *bulbus duodeni*, часто не дающая клинических явлений. 4. Спайки после удаления желчного пузыря образуются почти всегда, но нарушения со стороны ЖКТ бывают только там, где они вызывают деформацию органов или сужения просвета».

Тон дискусії з приводу доповіді задав корифей російської рентгенології О.О. Ден ([9], с. 343–345). Погодившись із тим, що після операційні спайки бувають причиною тяжких розладів, він указав на оманливість у деяких випадках рентгенологічних даних. За честь Харкова вступився професор О.В. Мельников (1889–1958), у 1923–1941 рр. — шеф хірургічної клініки РРІ, який заявив, що «у нас у Харківському інституті клінічний діагноз завжди збігається з рентгенологічним».

З наступних публікацій щодо цієї теми відзначимо статтю: Мельников А.В., Бесчинская Н.М. Множественные операции на органах брюшной полости как болезнь (Вестник хирургии и пограничных областей. — 1930. — Т. 19, кн. 56–57. — С. 246–253) і публікацію [10]. У першій йдеться про хворих (зазвичай жінок із симптомами тяжкої істеро-неврастенії), які після втручання поверталися зі скаргами, більш значними, ніж раніше, вимагаючи нових операцій. І так до 11 (!) разів. Усього 27 хворим було виконано 116 операцій — не менше 3 на кожну. Автори вважають, що в деяких соматично здорових пацієнтів операції на органах черевної порожнини, зроблені без достатніх підстав, можуть спричинити хворобу.

Про змістовнішу роботу [10] повідомлено на V Всеукраїнському з'їзді хірургів (1934). Автори рентгенологічно обстежили 100 випадків резекції шлунка із приводу виразки через 15–20 днів після операції, через 2–4–6 місяців і більш тривалий строк з метою виявити, при якому зі способів резекції щонайкраще забезпечується правильне функціонування ШКТ. Способом Б-1 (Більрот-1) у клініці РРІ було прооперовано 16 людей. Способом Б-2 (Більрот-2) — 25 хворих; 59 людей — способом Р-П (Рейхеля-Поля). От деякі висновки статті [10]: «1. При язве желудка и 12-перстной

кишки резекція повинна вироблятися тільки там, де є життєві показання, так як, звільняючи хворого від язвенних болей, вона в більшості випадків не звільняє його від диспептичних розладів, під час викликає нові і не виключає рецидивів. 2. Резекція шлунка в значному числі випадків сприяє утворенню гіпертрофічних гастритів і впливає на функцію всього ЖКТ. 3. З сучасних методів резекції найбільш обґрунтованою є Р-П з відведенням петлі і со шпорою. 4. При визначенні показань до резекції шлунка необхідно враховувати професію (тільки люди не важкої фізичної праці зберегли відносну здатність працювати)».

Доповідь викликала критику в дискусіях; один із хірургів заявив, що «громадське число рентгенологів не має необхідних знань оперативної техніки на шлунку і досвід в дослідженні оперованого шлунка, тому їх дослідження не можуть мати великої цінності».

Звернемо, однак, увагу на одну з перших фраз роботи [10], де доповідач Г.І. Хармандар'ян підкреслює пріоритет РРІ: «Вперше рентгенологічну оцінку оперованих шлунків почали давати (...) в нашому Союзі Ольховська і Кушніренко». Дійсно, у першій же публікації М.В. Ольховської «Ближній і віддалені результати гастроентеростомії по рентгенографічним знімкам на матеріалі вузлової лікарні Донецьких і Південних залізничних доріг» (Труди 1-го обласного з'їзду хірургів Лівобережної України, Харків, 1925. – Ч. 2. – С. 24–27) була дана критична оцінка 60 випадкам накладання заднього анастомозу при виразках шлунка та дванадцятипалої кишки, перевірені клінічно і рентгенологічно. І з приблизно такими ж висновками, як в [10].

В.Ф. Кушніренко, що виконав серію робіт з даної теми (див. УРЖ, 2012, вип. 4), зробив перше повідомлення «К вопросу об исследовании оперированных желудков» ще раніше — на 2-му Всесоюзному з'їзді рентгенологів і радіологів (1924 р.). Описуючи методику дослідження, він зазначив: «Способ этот мной позаимствован у рентгенолога Узловой железнодорожной больницы д-ра Ольховской». У свою чергу, Марія Василівна, виступаючи в дискусіях, підтримала Василя Федоровича [11]: «Всецело присоединяюсь к

его выводам, ибо исследование желудка после гастро-энтеростомии дает его резкую деформацию, часто сращения и пептическую язву».

О.А. Лемберг у дискусії на 5-му Всесоюзному з'їзді рентгенологів відзначав значення іншої доповіді В.Ф. Кушніренка «ввиду важности выявления клинических симптомов, сопровождающих оперативное вмешательство на желудке» (Вестник рентгенологии. – 1929. – Т. 7, № 6. – С. 518).

Однак до 1930-х рр. ті, хто починав дослідження анатомічних і функціональних змін органів ШКТ після операції, передали їх Безчинській.

Цікаво, що у 1928 р. біографії Надії Михайлівни (рисунок 3) і Василя Федоровича знову перетнулися, як і вісім років раніше (УРЖ, 2012, вип. 4). У ДАХО (ф. Р-855, оп. 1) зберігається спр. 48 із протоколами засідань Окружного рентген-бюро (у складі: О.А. Лемберг, В.Ф. Кушніренко, Б.К. Розенцвейг, М.П. Федюшин і Я.Л. Шик) і анкетами реєстрації рентген-установ у листопаді 1927 р. – березні 1928 р.

На арк. 12 повідомляється про рентгенологічне відділення 4-ї Робочої поліклініки ім. ІІІ Інтернаціоналу (вул. Пушкінська, 32), організоване в 1923 р. ОкрРабмедом із завідувачем д-ром В.Ф. Кушніренко. Останній зазначив, що має «стаж 12 лет непрерывной работы по прикладной, научной и общественной рентгенологии». Посада ординатора (лікаря-рентгенолога) у відділенні була вакантною, і 14.02.1928 р. комісія з визначення кваліфікації кандидатів, що подали на



Рисунок 3. Портрет Н.М. Безчинської. Джерело – Deuxieme Congrès International de Radiologie, Stockholm, 23-27 Juillet 1928. Catalogues portraits.- Stockholm, 1928. – 240 p.

конкурс, ухвалила (арк. 26–27): «1. При замещении рентгенологических должностей конкурсными комиссиям надлежит руководствоваться соответствующими резолюциями Всеукраинских и Всесоюзных Оргсовещаний рентгенологов. 2. Рассмотрев представленные на конкурс документы кандидатов, комиссия полагает: наиболее квалифицированным кандидатом считать д-ра Бесчинскую как имеющую большой рентгенодиагностический, рентгено-терапевтический и общеклинический стаж».

Отже, на початку 1930-х років Н.М. Безчинська стала завідувати цим рентген-відділенням замість В.Ф. Кушніренка. В «Списке медработников Всеукраинского РРИ, г. Харьков, ул. Пушкинская, 53», складеному наприкінці 1930 р. (ДАХО, ф. Р-855, оп. 1, спр. 103, арк. 109), вона повідомляла про себе відомості, що відрізняються від анкети 1920 р.: «год рождения 1893-й, закончила образование в 1915 г., не замужем».

Однак повернімося до теми рентгенологічних досліджень ШКТ, що після 1926 р. стала головною у творчості Н.М. Безчинської. Першим її роботам з фізіології товстої кишки не пощастило — вони, як і багато інших, сьогодні виявилися недоступними. Згадане в списку [4] посилення на статтю — Безчинская Н.М. О положении и движении толстой кишки (Украинский медицинский архив. — 1929. — № 1. — С. 75) є помилковим — такої статті в цьому журналі немає. Залишається сподіватися, що її анотація все ж відповідає оригіналу: «На здоровых людях вивчались окремі розділи фізіології товстої кишки: рух, її положення, а також вплив на те і друге різних фармакологічних засобів. Встановлено різні види руху товстої кишки, показано впливи функції кишки на її форму і виявлено, що положення товстої кишки теж залежить від її функції. (...) В різні моменти травлення форма і положення петель змінюються. Ця робота є єдиною в союзній літературі, що трактує питання фізіологічного руху товстої кишки».

Імовірно, у статті було викладено зміст доповіді на 5-му Всесоюзному з'їзді рентгенологів і радіологів (Київ, 18–25 травня 1928 р.). Однак, коли ми знайшли звіт про цей форум у «Вестнике рентгенологии» (1929. — Т. 7, вип. 6), то переконалися, що реферат доповіді Хармандарьяна Г.И. и Бесчинской Н.М. «К вопросу о моторной деятельности толстой кишки» «не был доставлен автора-

ми». Відзначимо лише, що дискусія з доповіді була жвавою; так, лєнінградка А.М. Югенбург «возражала д-ру Бесчинской по поводу изменчивости положения colonis transverse».

Протезнайшлися публікації 1930-х років із діагностики пухлин і запальних захворювань товстої кишки, зокрема доповідь [12]: «Основными рентгеновскими симптомами карциномы толстой кишки является дефект тени, деформация и обрыв складок, неправильная контурировка тени кишки; пятнистость, смазанность заполнения, сужение просвета, неправильная функция, расширение кишечника выше сужения. Выявление этих моментов требует правильного проведения методики и техники исследования, которые, однако, не могут быть строго стандартизированы. Выбор того или иного способа исследования зависит от особенностей конкретного случая.

Основным способом исследования является исследование с помощью клизмы. Всякое исследование должно производиться при тщательной рентгеноскопии. И если оно начато *per os*, должно быть обязательно дополнено исследованием клизмой».

Тут, звичайно, мається на увазі шлях уведення рентгеноконтрастної речовини. Докладніше ця робота про 40 випадків раку товстого кишечника викладена в статті [13]. Її автори жалкують, що можливості рентгенівського дослідження товстих кишок дотепер майже зовсім не використані практичними працівниками нашої величезної рентгенівської мережі. І це в той час, коли рентгенодіагностика досягла таких успіхів, що своєчасне її застосування при майже повній відсутності клінічних даних про ракове ураження дає чітку і ясну відповідь про наявність або відсутність патології, про її локалізацію, розміри і навіть про якісні особливості карциноматозного росту! І все це, на думку авторів статті [13], досягається за рахунок вивчення слизової та її змін: «Методика и техника исследования толстых кишок чрезвычайно просты, в основе их лежит рентгеноскопия и пальпация, затем рентгенограмма, что доступно каждому рентгенологу. Необходимо внедрение в практику лечащих врачей рентгеновских исследований при малейшем подозрении на опухолевую патологию ЖКТ. (...) Рентгеновское исследование должно охватывать не отдельные участки, но весь тракт независимо от жалоб больного и

клинического диагноза. Мы считаем абсолютно необходимой тщательную рентгеноскопию с рентгенопальпацией всех отделов толстых кишок, пользуясь узкой диафрагмой».

Рентгенологічне дослідження рельєфу слизової повинне, як вважає Н. М. Безчинська, лежати і в основі діагностики колітів [14]: «Силуэтное исследование слизистой оболочки дает возможность судить о функциональных нарушениях толстой кишки при хроническом колите, установит в ней изменения, начиная от катарального воспаления и кончая язвами, индурацией и инфильтрацией слоев ее стенки. Рентгенологическое исследование позволяет устанавливать стадию воспалительного процесса и его распространенность, контролировать результаты лечебных мероприятий».

Улучшение функциональных нарушений всегда идет впереди анатомических сдвигов, поскольку в течении колита играют роль не только чисто органические процессы в слизистой, но и нарушение ее функции — как моторной, так и секреторного характера. При колитах, в зависимости от характера и клинической картины воспалительного процесса, рельеф слизистой толстой кишки дает различные степени изменения от простой ирритативной формы до глубоких стойких изменений структуры».

Однак із аналогічними ідеями відносно слизової оболонки шлунка М. В. Ольховська виступила ще в 1931 р. на 6-му Всесоюзному з'їзді рентгенологів, де «на великому матеріалі продемонструвала величезне значення дослідження слизової оболонки шлунка як у нормі, так і при патологічних станах». Це було спільне повідомлення з Є. Я. Брилем «Рентгеновская картина рельефа слизистой желудка в норме и патологии» (Вестник рентгенологии. – 1933. – Т. 12, вип. 1–2. – С. 100).

У цій доповіді привертає увагу абзац: «Для оценки патологии необходимо изучение нормальной рентгеновской картины слизистой для всех возрастов человека. По данным автора, каждый возраст имеет ряд общих моментов в структуре слизистой, и в то же время свойственные только ему особенности». Реалізація цієї програми простежується й у наступній статті М. В. Ольховської «К вопросу о рентгенодиагностике пилороспазмов и пилоростенозов в грудном

возрасте» (Вестник рентгенологии. – 1932. – Т. 11, вип. 1. – С. 70–80).

Втім, незабаром і слизова шлунка потрапила до сфери інтересів Н. М. Безчинської, яка представила доповідь на «Інтернаціональний конгрес в Брюсселе» (1934 р.) [4] під назвою «Развитие слизистой оболочки желудка по возрастам». Доповідь ця, як і багато чого іншого, недоступна, а в її анотації зустрічаються уже знайомі фрази: «Робота мала на меті розв'язати спірні питання, — чи преформовані складки слизової оболонки ШКТ, чи вони є цілком продукт автопластики. Це питання в віковому розрізі вивчалось *вперше*. На людях, починаючи з найранішого дитячого віку, а на трупах — з зародків, доведено, що складки слизової оболонки ШКТ відносно преформовані. Питання це має величезне практичне значення. Сучасна діагностика патології ШКТ засновується здебільшого на вивченні рельєфу слизової оболонки, а для того, щоб діагностувати патологію, треба мати точне уявлення про *норму*».

Але це, звичайно, випадковий збіг — ідеї витають у повітрі...

Н. М. Безчинською була виконана також робота [15] — описова стаття без кількісних даних, оснований на нечисленному матеріалі: 10 здоровим жінкам під час неспання, звичайного та гіпнотичного сну навіювали почуття радості, туги, жаху, ентузіазму; стану втоми, ситості, печії, нудоти; відчуття кислого, неприємного тощо. Після чого рентгенологічно виявляли реакції шлунка. Реакції, звичайно, були — підвищення або зниження тону, перистальтики, рухової функції. Однак чітких закономірностей автори, як і слід було сподіватися, не виявили та зробили обережний висновок: робити узагальнення передчасно.

Змістовна стаття [16] про розробку рентгенівської симптоматології гастриту написана на підставі вивчення 177 випадків. Звичайні методи клінічного дослідження, дослідження шлункового соку тощо, — повідомляють автори, — не дозволяють із упевненістю поставити діагноз «гастрит». Точно встановити характерні зміни слизової шлунка може гастроскопія, але вона не застосовується широко внаслідок ряду протипоказань і технічних ускладнень. Рентгенівський метод дозволяє виявити тільки сильні зміни слизової гіперпластичного або різко атрофічного, а не гастритичного характеру. Рентген-дослідження, до

того ж однократно, не дає підстав для встановлення діагнозу «гастрит», оскільки картина слизової шлунка вкрай лабільна, різноманітна і залежить від ряду факторів.

Проте, спираючись на патолого-анатомічні дані, автори роботи [16] формулюють рентгенівські симптоми гастриту: «1) расширение складок слизистой (диффузное и участковое); 2) изменение направления складок; 3) расширение или сужение щели между складками; 4) уменьшение или сглаживание складок слизистой (диффузное или частичное); 5) изменение тонуса складок, их пластичности и лабильности (малая изменчивость в конфигурации); 6) неравномерное контрастирование слизистой (пятнистость заполнения складок); 7) задержка контрастной массы на тех или иных ее участках».

Особливо характерним є наступний абзац зі статті [16]:

«Как показывает наш опыт, данные рентгеновского исследования часто направляют мысли клинициста в сторону гастрита (...). Несомненным является тот факт, что гастрит встречается нередко, и при соответствующем внимании его можно находить чаще, чем это было до сих пор. Но следует предупредить от увлечения находить гастрит везде и всюду, особенно в неясных случаях».

Робота: Безчинская Н.М., Базлов Е.А. К вопросу о диагностике сарком желудка (*Acta oncologica*. – Харьков: Госмедиздат УССР, 1935. – С. 105–111) належить до онкологічної казуїстики. Її автори визнають, що до останнього часу діагностика саркоми шлунка була надбанням патологоанатомів, і лише тепер в окремих випадках стало можливим ставити цей діагноз при житті хворого. Таких випадків у практиці РРІ було всього 5, з яких 2 описані в статті.

Імовірно, дослідження рельєфу слизової товстої кишки стало дисертаційною темою Н. М. Безчинської не раніше середини 1930-х років. У списку [4] перелічені неатовані рукописи — «Норма рельєфа слизової товстої кишки» та ін. До 1939 р. ця велика робота перетворилася в монографію [17], яка була захищена як дисертація на ступінь доктора медичних наук. Символічно, що Безчинська нагадала в ній заповіти першого директора РА [17]: «Всякое исследование слизистой должно прежде всего сопровождаться

тщательной рентгеноскопией и рентгенопальпацией. Только после рентгеноскопии, после того, как рентгенолог достаточно ориентировался во всех отделах слизистой, можно производить снимки. Производство снимка вслепую, без предварительного просвечивания, абсолютно недопустимо. Один из пионеров советской рентгенологии С.П. Григорьев всегда подчеркивал значение рентгеноскопии перед производством снимка во всех областях, включая даже костно-суставную систему. Осмотр исследуемой области узкой блендой перед производством снимка имеет огромное значение, так как дает возможность полнее и точнее выявить все детали исследуемого участка».

Зрозуміло, чому саме їй було доручено написати розділ «Техника рентгенологического исследования ЖКТ» у підручнику «Рентгенодиагностика и рентгенотерапия» (Київ: Госмедиздат УССР, 1937. – С. 319–341) і оглядову статтю про досягнення РРІ в даній галузі для ювілейного збірника: Безчинська Н.М., Пипко А.С. Рентгенологічна діагностика захворювань ШКТ // Рентгенологія і онкологія в УРСР. – Харків: Держмедвидав, 1939. – С. 37–41. Примітно, що роботи В.Ф. Кушніренка та М.В. Ольховської в цьому огляді незгадані.

Наукова біографія Безчинської перетнулася з роботами Ольховської в галузі пієлографії. Якщо вірити списку [4], у видатних харків'янок була спільна доповідь «Ценность рентгеновского исследования при заболеваниях мочевой системы» (анотація: «У доповіді поглиблюється і уточнюється діагностика патологічного процесу сечових шляхів; критично оцінюються наявні методи штучного контрастування, перевірені на великому клінічному матеріалі») на конференції урологів у Києві. Але ця доповідь, на жаль, теж недоступна.

Кінець 1920-х років був періодом великого прогресу в рентгеноурології: виявили кілька йодовмісних контрастних препаратів, що допускали внутрішньовенне введення (пієлоност, йодотетрагност, уроселектан, абродил; у СРСР з 1932 р. — сергозин), яке простіше, ніж проведення ретроградної пієлографії.

Харківський РРІ вийшов у перші ряди тих, хто освоював нову методику. Л.Д. Лінденбрaten відзначив в «Очерках истории российской рентге-

нологии» (М.: ВИДАР, 1995. – 288 с.): «На 6-м Всесоюзном съезде рентгенологов и радиологов в 1931 г. состоялись доклады Н.М. Бесчинской, С.Р. Френкеля и Я.Г. Готлиба, С.И. Финкельштейна, познакомивших рентгенологическую общественность с первыми результатами применения урографии».

Однак пошук цієї доповіді харків'янки, що ввійшла в історію, не дав результату. Посилання в [4] (Бесчинская Н.М. Клиническая ценность внутривенной пиелографии // Вестник рентгенологии. – 1934. – Вып. 1) знову виявилось помилковим. Залишається задовольнятися анотацією: «Розглядається питання про цінність внутрішньовенної пієлографії (ВВПГ). У багатьох випадках, коли іншим способом не вдається поставити правильний діагноз, ВВПГ є незамінним діагностичним засобом. Особливо це стосується до туберкульозу нирок і гідронефрозу. Разом з тим ВВПГ цілком не може витіснити звичайну пієлографію. Обидва ці способи необхідні в клініці і в кожному окремім випадку треба розв'язувати питання, який з них слід застосувати».

У звіті про 6-й з'їзд рентгенологів [18] можна прочитати, що автореферат своєї «доповіді «ВВПГ» Н.М. Бесчинская не доставила». Але в тому ж році вона зробила повідомлення і на І з'їзді рентгенологів України в Харкові; у списку [4] він іменується «Методика и техника ВВПГ». У Харкові не знайдені праці з'їзду, на які посилається автор списку. Але є тези цього повідомлення [19]; їх оригінал представлений на рисунку 4.

Зі змісту дискусії в Ленінграді [18] впливає, що Безчинська доповідала там цю саму роботу з уроселектану. З одного боку, доповідачі говорили, що ВВПГ має, за Френкелем і Безчинською, переваги над ретроградною за рахунок простоти техніки, більшої фізіологічності способу; кращого виявлення натуральної величини та форми миски, дозволяє одночасно одержувати тіні обох нирок. Уроселектан нешкідливий і чудово виділяється нирками тощо.

Разом з цим ВВПГ доводиться виконувати у стаціонарі, оскільки випадки інтоксикації все-таки є; абродил краще переноситься хворими, ніж уроселектан. Контрастність одержуваних знімків гірша, ніж при ретроградній пієлографії, оскільки все ще точно не відомі проміжки часу від введення контрасту у вену до його максимальної кон-

Среда 4 мая 1931 г.

4 — 8 год. вечера

24. Н. М. БЕЗЧИНСЬКА, В. І. ПАЛЬЧЕВСЬКИЙ та Я. Л. ПОВОЛОЦЬКИЙ (Харків)

Інтравенозна пієлографія (Клінічні та експериментальні спостереження)

1. Уроселектан хімічний складом своїм дериват піридину іа 42% органічно пов'язаного йоду, уведений середньою дозою контрастує в сечовій шляху й визначає не тільки морфологічні зміни, але й функцію нирок.

2. Уроселектан, уведений кролям у дозах, що перевищують нормальні в 10-20 разів, не збуджує у них жодних клінічних і пато-фізіологічних змін та патологічних змін у паренхіматах та крово-отвірних органах.

3. Кролі із штучно утвореною гідронефрозною (перебіжка сечопроводів) клінічно перебувають після введення уроселектану нормально, а патолого-анатомічно в нирці хорі гідронефрозу не спостерігається зміни атакових для цього процесу, хоч у кроля, забитого через 7 днів після вливання в сечі, взятої з гідронефротичної нирки, визначено уроселектан.

4. Уроселектан, уведений кролям з нефритом (штучно утвореним солями урана), не давав клінічного погіршення перебігу нефриту, і кролі загинули від важкого гломеруло-нефриту та чималих генеративних змін в епітелії канальців за той же час, як і контрольні. Пато-м'ясологічна картина лишалась такою, як і в контрольних кролів з нефритом і без вливання уроселектану. Контрастування нирок відбувалося з чималим забаренням. У здорового кроля через 5 хвилин контрастується всі сечові шляхи, у кролів з гломеруло-нефритом через пів, три чверті години і то кволо.

5. Вливання уроселектану у наших хоріх (нирках) не давало патологічних змін, ні підчас вливання, ні після нього можна відзначити нетривалу і невеличку соціальність, також; треба відзначити, що уроселектан однаково добре зносить хорі різного віку. Серед наших хоріх були діти 12—14 років та старі особи 60—65 років.

6. Середня пієлографія має меншу контрастність проти ретроградної, але достатню для діагностичної мети. Як метода фізіологічна (щодо введення) й як метода, що дає змогу міркувати про функцію нирок та ниркових мисок, середня пієлографія розширює межі клінічної діагностики й уточнює показання до оперативного втручання.

7. Середня пієлографія ніколи не розширює ниркову миску, так що ми не спостерігали ніколи у наших хоріх ниркових колекторів як це часто буває при ретроградній пієлографії.

Розглянувши наш матеріал, ми приходимо до висновку, що середня пієлографія не може цілковито замінити ретроградну хоч би через те, що бракує контрастування ниркових мисок говорити про брак, чи зниження функції нирки, але не дає будь-яких вказівок на її морфологічні зміни.

8. Середня пієлографія блискуче виправдує своє призначення в усіх тих випадках, де ретроградної пієлографії не можна виконати, як у наших випадках з аномальними розвитком сечопроводів чи при чималих запалених процесах слизової сечового міхура коли катетеризувати сечопроводи важко, а то й цілком неможливо, а також в тих випадках, коли ретроградну пієлографію не можливо (анатомічна аномалія).

Рисунок 4. Тези [19]

центрації в нирках. На недогляд Н.М. Безчинської звернув увагу В.І. Корхов [18]: «Докладчицей не установлены морфологические изменения во внутренних органах кроликов в первые часы и дни после введения в кровь уроселектана, что имеет значение для объяснения тех клинических симптомов и осложнений ВВПГ, о которых здесь сообщил д-р Френкель и которые нам приходилось наблюдать в клиниках».

Справа в тому, що Н. М. Безчинська не перша в РРІ взялася за цю галузь рентгенодіагностики.

В.Ф. Кушніренко принаймні з 1923 р. виконував ретроградні пієлографії, контрастуючи 20%-м розчином КJ (УРЖ, 2012, вип. 4). В 1926 р. на I Всеукраїнському з'їзді хірургів М.В. Ольховська в доповіді «О ценности современных методов рентгенологического исследования заболеваний органов брюшной полости» (Вестник хирургии и пограничных областей. – 1927. – Т. 11, кн. 31. – С. 142–149) критично розглянула пієлографію, а для підтвердження своїх спостережень навела цікавий матеріал, оперативно перевірений.

У 1928 р. на науковій конференції в РРІ [4] була зроблена спільна доповідь (Ольховська М.В., Поволоцький Я.Л. «Клінічна цінність пієлографії»), де наголошувалося: «Цінність цього методу перевірялась на 400 хворих, що пройшли через стаціонар Інституту. Його значення в діагностиці захворювань сечовивідної системи величезне. Крім вичерпних літературних даних, наводиться свій цікавий і дуже цінний матеріал».

Займалася М.В. Ольховська в РРІ і внутрівненою холецистографією — разом з вищезгаданим В.І. Корховим нею була виконана робота «Патолого-анатомические (микроскопические) изменения во внутренних органах собаки после введения в кровь ТИФФ-натрия» (Вестник рентгенологии. – 1931. – Т. 9, вип. 2–3. – С. 105–121), повідомлена на рентгенологічній секції ХМТ 16.12.1929 р. ТИФФ — це йодотетрагност фірми «Мерк». Всеволод Іванович Корхов (1895–1968), закінчивши в 1924 р. Військово-медичну академію в Ленінграді, працював у Харкові в 1927–1929 рр. ординатором хірургічної клініки РРІ та асистентом кафедри проф. О.В. Мельникова в Українському інституті вдосконалення лікарів. Але робота в Харкові у В.І. Корхова не склалася, про що побічно свідчить абзац спільної статті: «Холецистографии животных были произведены в РРІ д-ром Ольховской. Холецистограммы, к сожалению, были потеряны в рентген-лаборатории института». Тому він повернувся в Ленінград, там закінчив аспірантуру РРІ (1932), став професором хірургії (1940). Його випадна адресу недавніх колег на з'їзді 1931 р. парировував О.А. Лемберг [18]: «Работа Корхова и Ольховской строилась по совершенно иной методике, в которой есть несомненные неправильности. Экспериментальная часть работы д-ра Бесчинской лишена этих ошибок и поставлена правильно».

Так чи інакше, але тема ВВПГ залишилася за М.В. Ольховською. Саме Марія Василівна написала розділ «Техника исследования мочеполовых органов» у вищезгаданому підручнику «Рентгенодиагностика и рентгенотерапия» (1937). А у Н.М. Безчинської робота 1931 р. стосовно уроселектану так і залишилася єдиною — якщо не вважати спільної доповіді на форумі урологів, яка поки що не знайдена.

М.В. Ольховська зуміла зробити більше й у галузі рентгенотерапії, хоча Н.М. Безчинська не залишала тему лікування ікс-променями від початку і до самого кінця своєї науково-практичної діяльності. Особливістю публікацій Надії Михайлівни було те, що вони не стосувалися променевої терапії пухлин — головного обов'язку рентгенологічних інститутів. Сьогодні рентгенотерапію розуміють як лікування раку, але в 1930-ті роки чимале місце у практиці посідала низькодозова терапія непухлинних, запальних та інфекційних, захворювань.

Вище пояснювалося, як Н.М. Безчинська стала співробітницею, а потім і завідувачкою рентгенологічного відділення 4-ї поліклініки імені III Інтернаціоналу. Довідник [20] сповіщав про цю установу: «Рентген-отделение поликлиники оборудовано аппаратами для снимков, просвечивания и поверхностной терапии. Кроме того, оно имеет аппарат для глубокой рентгенотерапии, который обслуживает больных, присылаемых из др. медицинских учреждений г. Харькова. Зав. отделением проф. Бесчинская Н.М.».

Про її ранню роботу з рентгенотерапії артритів уже йшлося. Лікувати малими дозами ікс-променів так звані дрібні хірургічні запалення (панариції, флегмони, мастити тощо) почали ще в 1907 р. Досягнення в цій справі спонукали лікарів узятися і за рентгенотерапію запалень жіночої статеві сфери. В 1925 р. зробила сенсацію Клара Штейнхоф, яка ввела у Празькій гінекологічній клініці низькодозову рентгенотерапію як головний консервативний спосіб при гострих і підгострих запаленнях та з успіхом пролікувала 350 жінок.

Це надихнуло Н.М. Безчинську на впровадження даного способу в Харкові, хоча вона й визнавала [21]: «Вообще рентгеновское облучение при воспалениях женской половой сферы имеет много противников. Большинство женщин, стра-

даючих такими воспалениями, находятся в возрасте наиболее детородном, и еще совершенно не выяснено, как будет функционировать яичник, генеративная способность которого, хотя бы и временно, была убита. Кроме того, известно, что реакция живого организма на рентгеновское облучение весьма индивидуальна, и точно установить дозу временной и безвредной кастрации чрезвычайно трудно: то, что для одной будет временным, для другой может явиться постоянным».

Надія Михайлівна однією з перших зайнялася низькодозовою рентгенотерапією хронічних, за давних запалень у гінекології, які до того були проліковані без успіху традиційними засобами. Більшість із її 50 пацієнок становили молоді працюючі жінки; 24 хворі із хронічними запаленнями придатків після пологів і абортів, 11 — із параметритами, 5 — із метритами та ендометритами, що супроводжуються кровотечами, і т.ін. Лікування проводилося амбулаторно, але в перші 2–3 дні після опромінення пацієнок звільняли від роботи та рекомендували залишатися в постелі, а пізніше — утримуватися від підняття ваги.

Безчинська опромінювала parametrium полем 8×8, даючи на шкіру 15–20% НЕД (Haut-Einheits-Dosis — шкірна дозиметрична одиниця), щоб у глибину на вогнище запалення потрапило 7–8% НЕД. Частині пацієнок призначалося повторне опромінення.

За тиждень усі хворі відзначали значне поліпшення самопочуття. В 60% жінок настало клінічне одужання: припинилися болі, кровотечі і т.д. У 4 випадках через 5–6 місяців після опромінення наставала вагітність, тоді як протягом усього захворювання ці хворі були стерильними. У 20% хворих спостерігалось об'єктивне вилікування без значного суб'єктивного поліпшення, 14% хворих після рентгенотерапії вважали себе здоровими, однак придатки в них залишилися збільшеними. І лише в 6% пацієнок із застарілим гонорейним процесом поліпшення не спостерігалось. На закінчення процитуємо висновки Н.М. Безчинської [21]:

«1. Лечение хронических воспалений женской половой сферы малыми рентгеновскими дозами должно занять среди других консервативных методов лечения надлежащее место вследствие весьма благоприятных результатов, простоты и удобства лечения для больных, так как рентгено-

терапия не отрывает женщин от работы, общедоступна и не требует особых затрат.

2. Проводить лечение рентгеном можно в амбулаторной обстановке, под постоянным контролем гинеколога, достаточно опытному и педантичному в дозировке рентгенологу.

3. Облучение слабыми дозами ни разу не дало нарушения овариальной функции и, наоборот, вследствие ликвидации воспалительного процесса, способствовало в 4 случаях наступлению беременности.

4. Никаких осложнений и явлений рентген-катамы не наблюдали.

Почему же этот метод не получил применения, в то время, как применяя его, мы достигли по сравнению с другими методами безусловно лучших результатов в течение более короткого срока и без беспокойств для больных?

Отсутствие широкого применения рентгеновского излучения при воспалительных заболеваниях гениталий зависит от косности врачебной массы и преувеличенной боязни повредить ткань яичника».

Ще одна терапевтична робота Надії Михайлівни стосувалася лікування запалень ШКТ [22]: «При хронічних колітах, незалежно від їх етіології та патогенезу, значна роль належить вегетативній нервовій системі. Беручи до уваги сприятливий вплив рентгенівського проміння при опроміненні хронічних запальних процесів, виразок шлунку і дванадцятипалої кишки, а також вплив на вегетативну нервову систему, ми вирішили застосувати його для лікування при хронічних колітах. При функціональних розладах ми опромінювали пограничні корінці та вузли стовбурів симпатичного нерва; при запальних явищах застосовували також місцеві опромінювання.

Наш матеріал не такий великий (60 чол.) і спостереження не такі тривалі (від 1,5 до 2 років), щоб робити остаточні висновки, але все ж ми можемо сказати, що рентгенотерапія є цінною вкладкою в терапію хронічних колітів. Найкращий результат ми спостерігали у випадках чисто функціональних порушень (коліка мукози і спастичні коліки), трохи менші результати при колітах з запальними явищами слизової і підслизової оболонки, і майже ніяких результатів ми не відзначили при виразковому коліті, — мабуть, тому, що методика лікування мало опрацьована».

Автор применил рентгенотерапию в 120 случаях огнестрельного остеомиелита; дается анализ результатов, полученных у 98 больных, остававшихся под наблюдением в течение всего периода лечения. Давались 100—120 г на поле жесткими лучами, 180 kV под тяжелыми фильтрами. Первая серия облучения состояла из четырех сеансов с интервалами между ними по 2 дня; после 10—12-дневного перерыва проводилась такая же вторая серия облучений. При поражении крупных костей (бедро, таз) дозу несколько увеличивали (иногда до 150 г); наоборот, для костей кисти и стопы никогда не давалось больше 100 г на поле. Из указанных 98 больных у 28 рентгенотерапия была применена по поводу огнестрельных остеомиелитов плеча и предплечья; полное излечение наступило у 16 человек (в течение 6—25 дней), улучшение — у 5 и лечение не дало эффекта у 7 человек (больные, которым до рентгенотерапии необходимо было оперативное вмешательство для удаления осколков и секвестров). Рентгенотерапия огнестрельных остеомиелитов костей бедра и голени проводилась у 23 больных; полное излечение (после 6—10 сеансов в течение 10—25 дней) наступило у 18 человек, улучшение — у 1 и лечение осталось безрезультатным у 4 человек (наличие большого количества металлических осколков и центральных секвестров). Наилучшие результаты были получены при лечении остеомиелитов мелких костей кисти и стопы: из 21 случая остеомиелитов кисти полное излечение наступило в 20 случаях, а на 26 случаев остеомиелита стопы — в 21 случае. Во всех случаях применения рентгенотерапии уже через 24—48 часов после первого облучения утихали боли и уменьшалась отечность; при повышенной температуре наступало критическое падение ее, причем в дальнейшем она уже больше не повышалась. Густое гнойное отделяемое из свищей становилось жидким и более обильным; начинали отходить ранее отделившиеся мелкие секвестры; отторжение намечавшихся секвестров шло значительно быстрее. Грануляции оживали, некротизированные участки отходили, и наступала быстрая эпителизация раны с образованием хорошего рубца. Быстро начиналась регенерация костной ткани и образование костной мозоли там, где развитием ее мешал остеомиелитический процесс. В случаях остро и подостро протекающих остеомиелитов в первые сутки после облучения часто отмечалось бурное обострение, но в дальнейшем процесс выздоровления шел быстрее, чем в хронически протекающих случаях. Автор подчеркивает, что чем острее протекал процесс в его случаях, тем лучше были результаты. Не было получено положительных результатов только при наличии свободных крупных центральных секвестров или инородных тел, поддерживающих нагноение; в этих случаях до применения рентгенотерапии необходимо их удалить хирургически. На основании своего опыта автор считает, что рентгенотерапия, значительно ускоряющая процесс лечения ран и огнестрельных остеомиелитов, заслуживает самого широкого применения в госпитальной практике.

Рисунок 5. Текст работы [25]

Пізніше ця доповідь була відтворена з тією же назвою в ювілейному збірнику (Рентгенологія та онкологія в УРСР. — Харків: Держмедвидав, 1939. — С. 235—240). Збірник вийшов друком уже після переїзду Н.М. Безчинської з Харкова у Дніпропетровськ і, можливо, список [4] складався іншою особою, чим і пояснюються численні помилки в бібліографії робіт Надії Михайлівни.

У Дніпропетровську професор Н.М. Безчинська читала лекції студентам медінституту, керувала науковою працею [2] («протягом 3 років під її керівництвом були виконані й захищені дисертації на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук лікарями І.А. Шехтер, З.І. Резник, І.І. Гершкович, Н.С. Хейфец та І.М. Ліberman»), активізувала роботу наукового товариства рентгенологів і радіологів. Однак жодної її публікації цього періоду поки не вдалося виявити.

Почалася війна, і 13 серпня 1941 р. дніпропетровські медичні вищі навчальні заклади були евакуйовані до Ставрополя, де ввійшли до складу недавно відкритого Ставропольського медичного інституту. У липні 1942 р., з початком німецького наступу на Кавказ, медиків евакуювали через Махачкалу і Ташкент у Фергану. Але Н.М. Безчинська затрималася і, як повідомляє автор [2], «була страчена 15 серпня 1942 р. під час акції розстрілу на території психіатричної лікарні 500 осіб єврейської національності».

Про роботу Надії Михайлівни у Ставрополі написав її наступник [24]: «В 1942 г., во время немецкой оккупации края, в Ставрополе была зверски расстреляна немцами заведующая краевой рентгеновской станцией доктор медицинских наук профессор Надежда Михайловна Бесчинская, ранее работавшая в Харьковском рентгено-

логическом институте и Днепропетровском медицинском институте. (...)

Доцентский курс рентгенологии в Ставропольском медицинском институте, организованном в 1939 г., читался внештатными рентгенологами: в 1941/42 г. — проф. Н. М. Бесчинской.

В период Великой Отечественной войны в Ставрополе и по краю было установлено 15 рентгеноаппаратов в 14 эвакуогоспиталях. Подруководством проф. Н. М. Бесчинской проводилась рентгенотерапия огнестрельных остеомиелитов и других воспалительных заболеваний. (...)

Научно-исследовательская работа в Ставропольском крае проводилась проф. Н. М. Бесчинской в 1941/42 г. на тему «Рентгенотерапия огнестрельных остеомиелитов». Работа не была закончена в связи с трагической гибелью автора от рук немецких извергов».

І.К. Воложинський, втім, помилився: нам удалося з'ясувати, що ставропольський звіт про остеомиеліти дивним чином уцілів і був опублікований відразу після війни [25], переживши в такий спосіб свого автора. Очевидно, він був відісланий Надією Михайлівною в Москву до липня 1942 р. Як можна побачити на рисунку 5, її ім'я не закреслене в жалобну рамку — для читачів Н. М. Бесчинська залишилася живою.

Література

1. Кисільова Т.О., Савчук В.С. // Вісник Дніпропетровського університету. Серія «Історія та філософія науки і техніки». – 2010. – Вип. 18. – С. 96–107.
2. Кисільова Т.О. // Вісник Національного технічного університету «ХПІ». Тематичний випуск «Історія науки і техніки». – 2011. – №1. – С. 57–63.
3. Харьковский медицинский адрес-календарь на 1917 г. – Харьков, 1917. – 128 с.
4. Основні наукові роботи співробітників Українського центрального рентген-радіологічного та онкологічного інституту // Рентгенологія і онкологія в УРСР. – Харків: Держмедвидав, 1939. – С. 254–309.
5. Бесчинская Н.М. // Вестник рентгенол. и радиол. – 1924. – Т. 3, вып. 1. – Приложение, с. 23–25.
6. Бесчинская Н.М., Хармандарьян Г.И. // Ортопедия и травматология. – 1928. – № 3. – С. 18–21.
7. Хармандарьян Г.И. // Там же. – С. 10–17.
8. Ольховская М.В., Бесчинская Н.М. // Вопр. онкол. – 1928. – Т. 1, кн. 2. – С. 101–108
9. Бесчинская Н.М. // Вестник рентгенол. и радиол. – 1926. – Т. 4, вып. 5–6. – С. 342.
10. Хармандарьян Г.И., Бесчинская Н.М., Базлов Е.А. // Новый хирургический архив. – 1934. – Т. 31, кн. 3 и 4, № 123–124 (№ 6–7, 1934 г.). – С. 347–354.
11. II Всесоюзный съезд рентгенологов и радиологов, Москва–Ленинград, 7–14 мая 1924 г. // Вестник рентгенол. и радиол. – 1924. – Т. 3, вып. 2. – С. 29–60. Приложение.
12. Хармандарьян Г.И., Бесчинская Н.М., Левин Я.Ф. // I Всеукраинская конференция рентгенологов, радиологов и онкологов (Харьков, 1–5 июля 1934 г.). – Харьков: Госмедиздат УССР, 1934. – С. 67–68.

13. Хармандарьян Г.И., Бесчинская Н.М., Левин Я.Ф. // Вестник рентгенол. и радиол. – 1935. – Т. 15, вып. 2. – С. 103–117.
14. Бесчинська Н.М. // Рентгенологія і онкологія в УРСР. – Харків: Держмедвидав, 1939. – С. 224–233.
15. Хармандарьян Г.И., Платонов К.И., Бесчинская Н.М. // Клин. мед. – 1933. – Т. 11, № 1–2. – С. 21–27.
16. Хармандарьян Г., Бесчинская Н., Левин Я. // Врач. дело. – 1934. – № 9. – С. 549–556.
17. Бесчинская Н. М. Рельеф слизистой толстой кишки в рентгеновском изображении. Норма. Воспалительные заболевания. Опухоли. – К.: Госмедиздат УССР, 1939. – 111 с.
18. Шестой Всесоюзный съезд рентгенологов и радиологов (2–6.07.1931 г.) // Вестник рентгенол. и радиол. – 1933. – Т. 12, вып. 1–2. – С. 84–112.
19. Бесчинська Н.М., Пальчевський Є.І., Поволоцький Я.Л. // Перший Всеукраїнський з'їзд рентгенологів та радіологів (2–5 лютого 1931 р.). Тези до доповідів. – Харків, 1931. – С. 22–23.
20. Справочник медицинских и санитарных учреждений г. Харькова. Издание «Дома врача» ХМО. – Харьков, 1938. – 359 с.
21. Бесчинская Н.М. // Врач. дело. – 1930. – № 21–22. – С. 1559–1564.
22. Бесчинська Н.М., Абрамович Ф.М. – Другий український з'їзд рентгенологів і радіологів (Харків, 17–21 грудня 1936 р.). – Харків: Держмедвидав, 1936. – С. 132–133.
23. Кисільова Т.О. // Наука та наукознавство. – 2011. – № 1. – С. 71–78.
24. Воложинский И.К. // Материалы по истории рентгенологии в СССР. Под ред. проф. С.А. Рейнберга. – М., 1948. – С. 237–241.
25. Бесчинская Н.М. // Госпитальное дело. – 1945. – № 12. – С. 52–53.

Надходження до редакції 18.02.2013.

Прийнято 22.02.2013.

Адреса для листування:
Русанова Євгенія Георгіївна,
вул. Космонавтів, 8, кв. 12,
Харків, 61103, Україна,
e-mail: construsanov@yandex.ru