

Памяти Михаила Федоровича Глазунова (К 100-летию со дня рождения)



Михаил Федорович Глазунов родился 12 ноября 1896 г. в Петербурге в семье потомственного почетного гражданина (почетный гражданин — привилегированное звание, введенное в России в 1832 г. для лиц, входивших в состав сословий мещанства и духовенства). Отец его был бухгалтером. Детство и юношеские годы М. Ф. Глазунова прошли в Царском Селе. Он учился в Императорской Николаевской гимназии, директором которой до 1905 г. был известный поэт Иннокентий Федорович Анненский, создавший во вверенном его попечению учебном заведении волнующий дух поэзии. У нас нет точных свидетельств, какое влияние оказала на М. Ф. Глазунова гимназия, но можно предположить, что она и само Царское Село сформировали его эстетическое восприятие искусства и заложили тягу к собирательству художественных произведений.

В 1915 г. М. Ф. Глазунов оканчивает гимназию и поступает в Военно-медицинскую академию (ВМА), где обучение его проходит под руководством и при участии выдающихся деятелей биологии и медицины: лекции по зоологии и сравнительной анатомии читает Н. А. Холодковский, по нормальной анатомии — В. Н. Тонков, по гистологии — А. А. Максимов, по физиологии — И. П. Павлов, по фармакологии — Н. П. Кравков, по хирургическим дисциплинам — И. Я. Вельяминов, С. П. Федоров, В. А. Оппель, Г. И. Турнер, по терапии — Н. Я. Чистович, М. В. Яновский, по невропатологии — В. М. Бехтерев. В декабре 1919 г. М. Ф. Глазунов ускоренным выпуском окончил ВМА. Начинается его служба в частях и учреждениях Красной Армии. С января 1920 г. в течение 4 лет он был ординатором госпиталя (Вологда), врачом карантинного пункта (Глазов, Архангельск), старшим врачом полка (Онега, Ишим, Барнаул, Новосибирск), ординатором полевого подвижного госпиталя (Бухара). Работая врачом в

госпитале, Михаил Федорович начинает по собственной инициативе производить вскрытия и занимается изучением патологической анатомии малярии, но вскоре понимает, что ему не хватает серьезной профессиональной подготовки [9, 14]. Дважды ему удается быть прикомандированным к кафедре патологической анатомии ВМА, а с января 1925 г. он становится штатным сотрудником этой кафедры, обладающей старыми и плодотворными традициями. Инициатором создания кафедры был Н. И. Пирогов, на ней работал один из наиболее выдающихся патологов М. М. Руднев, питомцем ее был выдающийся гистолог, автор унитарной теории кроветворения А. А. Максимов.

В момент прихода на кафедру М. Ф. Глазунова ею заведовал проф. А. И. Моисеев, но сильное влияние на ее научную тематику оказывал Н. Н. Аничков, возглавлявший кафедру общей и экспериментальной патологии и разрабатывающий проблемы атеросклероза и ретикулоэндотелиальной системы. Под воздействием Н. Н. Аничкова и из-за небольшого количества секционного материала на кафедре патологической анатомии Михаил Федорович Глазунов занялся экспериментальными исследованиями по прижизненной и суправитальной окраске [18, 19], в которых изучены морфология, механизмы отложения и рассасывания трипанового синего у морских свинок. Кроме того, в этих работах М. Ф. Глазунов выявил одинаковую локализацию витального окрашивания интимы аорты и развития атеросклеротических изменений, показав тем самым роль процессов проницаемости и путей питаниясосудистой стенки в механизме развития атеросклероза.

Знаменательным в научной судьбе Михаила Федоровича оказался 1929 г. — Н. Н. Петров пригласил его заведовать по совместительству патолого-анатомическим отделением недавно (1926 г.) организованного Онкологического института. Оценивая это событие, М. Ф. Глазунов в автобиографии (25 декабря 1959 г.) писал: „Живая работа в тесном контакте с клиницистами определила направление моей научной деятельности”. В этом учреждении он на протяжении многих лет работал совместно с такими крупными клиницистами, как Н. Н. Петров, С. А. Холдин, А. И. Раков, А. И. Серебров, и многими другими, для которых онкоморфология была не только способом диагностики опухолей, но и объектом собственных научных исследований.

В первоначальный период своей онкологической деятельности М. Ф. Глазунов и его сотрудники занимаются изучением гистогенеза сарком, опухолей женских половых органов (в основном яичников) и новообразований периферической нервной системы.

В 30-е годы М. Ф. Глазунов продолжает заниматься экспериментальной патологией. В 1933—1937 гг., будучи консультантом по патологической анатомии витаминной лаборатории Всесоюзного института растениеводства, он имел исключительно благоприятные возможности для изучения экспериментальной цинги и процесса ее обратного



На 1-м всеармейском совещании патологоанатомов (1944 г.): М. Ф. Глазунов, В. Т. Талалаев, Е. И. Смирнов, А. И. Абрикосов.

развития. В результате собственных исследований он смог выделить в качестве особого варианта так называемую старческую цингу, единственным морфологическим признаком которой является генерализованный остеопороз [20].

За защиту диссертации на тему „Экспериментальная цинга” М. Ф. Глазунову в 1936 г. присуждена ученая степень доктора медицинских наук, и он назначен старшим преподавателем кафедры патологической анатомии ВМА. Недюжинные способности, целеустремленность и большое трудолюбие, а также совместная работа с сотрудниками этой кафедры (А. И. Моисеевым, Н. Н. Аничковым, Д. Д. Лоховым, Н. Я. Кузнецовым, А. А. Васильевым и др.) стали основой формирования Михаила Федоровича как пытливого исследователя и опытного прозектора. Решением ВАК в 1938 г. он утвержден в ученом звании профессора.

С первых дней Великой Отечественной войны М. Ф. Глазунов на фронте: сначала как главный патологоанатом Северо-Западного фронта, а с сентября 1942 г. по октябрь 1944 г. — начальник Центральной патологоанатомической лаборатории и главный патологоанатом Красной Армии (рис. 2). В этот период наиболее ярко проявился его организаторский талант. Им реорганизована и укреплена кадрами патологоанатомическая служба армии.

Впервые мысль об участии патологоанатомов в действующей армии зародилась еще в 1938 г., когда по инициативе преподавателя кафедры патологической анатомии А. А. Васильева было созвано совещание с привлечением крупнейших патологов того времени. Были намечены в самой общей форме основные цели и задачи патологоанатомов в этих ус-

ловиях. Целесообразность этого мероприятия была подтверждена в финскую кампанию, когда патологоанатомы были привлечены для работы в госпиталях под общим руководством А. А. Васильева.

Под руководством М. Ф. Глазунова и при его участии составлено Руководство по патологоанатомической службе, определяющее все формы деятельности военных патологоанатомов и подводящее первые итоги их деятельности (первая половина 1943 г.).

Деятельность патологоанатомов, объединенных в единую службу, к концу войны позволила создать новую, мало дотоле известную главу патологии — патологию боевой травмы, которая сыграла важную роль при создании многотомного труда, посвященного опыту отечественной медицины в Великой Отечественной войне 1941—1945 гг., в каждом томе которого как основа были патологоанатомические материалы.

Михаил Федорович способствовал созданию Военно-медицинского музея, участвовал в анализе причин смерти на поле боя и в лечебных учреждениях действующей армии [5, 14, 15]. Оценка этой стороны деятельности нашла наиболее четкое выражение в словах А. В. Смольянникова: „Роль работы М. Ф. Глазунова на посту главного патологоанатома в годы войны и в послевоенный период трудно переоценить... она не менее значима, чем его онкологические исследования” [14].

В сентябре 1944 г. Михаил Федорович вернулся на должность старшего преподавателя кафедры патологической анатомии ВМА, а в мае 1945 г. был демобилизован по болезни. С 1945 по 1950 г. он одновременно с работой в Онкологическом

институте заведовал кафедрой патологической анатомии Ленинградского института усовершенствования врачей им. С. М. Кирова, где под его руководством началось послевоенное восстановление и разрабатывались различные вопросы патологии (легкие при азотемической уремии, дистрофическое облызвествление склерозированных после эндокардита клапанов сердца).

В 1946 г. М. Ф. Глазунов был избран членом-корреспондентом, а в 1960 г. — действительным членом (академиком) АМН СССР.

С февраля 1950 г. его деятельность сосредоточилась только в Институте онкологии. В этот период расширилась тематика научных исследований патоморфологической лаборатории института, во-первых, за счет комплексного изучения патологии женских половых органов с анализом их эпителия в условиях эксплантации и трансплантации, при дисгормональных гиперплазиях и опухолевом росте, во-вторых, за счет изучения других онконозологических форм (опухоли желудка, кожи, саркомы костей и мягких тканей). По инициативе сотрудников лаборатории М. Ф. Глазунов стал проводить еженедельные консультативные конференции для патологоанатомов города с разбором трудных для диагностики препаратов. Для многих эти конференции памятны до сих пор как образец творческого подхода при анализе микроскопических препаратов (рис. 3).

В 1954 г. М. Ф. Глазунов опубликовал монографию „Опухоли яичников (морфология, гистогенез, вопросы патогенеза)”, подытожив в ней результаты своих многолетних исследований в этой области. В монографии читатель мог найти подробный анализ данных, касающихся морфологии и морфогенеза новообразований, состояния гормонального баланса у больных, а также необходимости широкого применения цитологических, гистохимических и биохимических методик при исследовании. М. Ф. Глазунов постоянно интересовался этой проблемой и продолжал разрабатывать ее, отражением чего служит появление в 1961 г. второго переработанного и дополненного издания указанной книги об опухолях яичников, в котором автор пересмотрел некоторые свои взгляды, главным образом касающиеся гистогенеза новообразований [7]. Эта книга и в настоящее время является настольной для многих отечественных патологоанатомов.

Общепризнанный авторитет М. Ф. Глазунова в области морфологии опухолей яичников послужил причиной создания в 1963 г. под его руководством на базе патологоанатомической лаборатории Института онкологии Международного спрашивающего центра ВОЗ по гистологической классификации опухолей яичников.

М. Ф. Глазунов был одаренным и целеустремленным человеком, его труды — это результат „неотступного думания” над проблемами морфологии патологических процессов. Характерной его чертой была чрезвычайно строгая требовательность к качеству научной продукции: это касалось как тщательности и скрупулезности проведения исследования, так и литературного его исполнения. Такая высокая требовательность была для него нормой, выработанные им принципы исследования того или иного вопроса (например, гистогенеза опухолей) он неукоснительно выполнял и требовал этого от своих сотрудников.



М. Ф. Глазунов и Л. М. Шабад с китайскими аспирантами. Конец 50-х годов.

В течение ряда лет М. Ф. Глазунов был членом редколлегии журнала „Вопросы онкологии” и редакционного совета журнала „Архив патологии”, и в его рецензионной деятельности принципиальность сочеталась с желанием помочь, особенно если это касалось молодого или периферийного автора. С момента образования Всесоюзного общества патологоанатомов (1951 г.) он был избран заместителем председателя его правления (рис. 4).

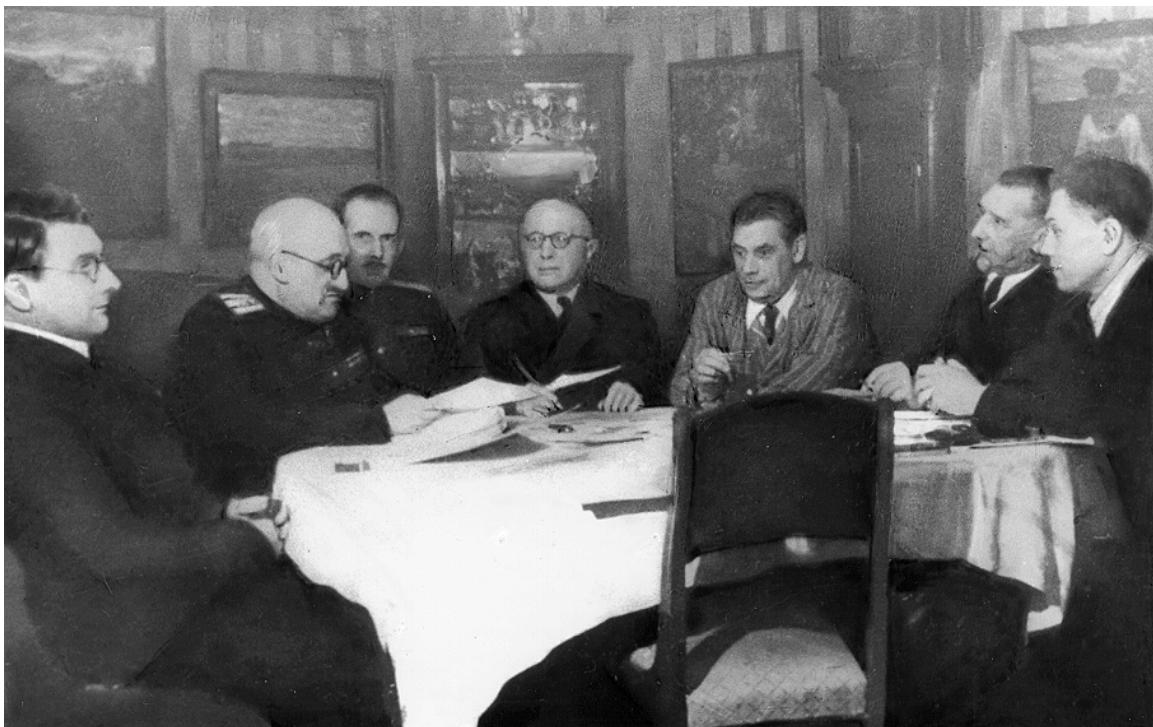
М. Ф. Глазунов был широко образованным человеком, любил и понимал искусство. Он был страстным коллекционером — собирал изделия из фарфора и картины русских художников рубежа XIX—XX веков, относящихся к „Миру искусств”, „Союзу русских художников”. В его собрании находились произведения многих замечательных мастеров. Михаил Федорович завещал передать свою коллекцию в один из музеев России; теперь она находится в экспозиции Радищевского музея в Саратове.

Умер Михаил Федорович Глазунов 11 ноября 1967 г., не дожив одного дня до 71 года. На его могиле на Богословском кладбище стоит крест из розового грубо обработанного гранита.

М. Ф. Глазунов был патологоанатомом широкого профиля, но основные его интересы концентрировались на изучении проблем онкоморфологии. Эта его деятельность, безусловно, требует специального рассмотрения.

Прежде всего следует указать на те организационно-методические принципы, которые он положил в основу работы патологоанатомической лаборатории Института онкологии. Он разработал систему морфологической обработки биопсий, операционного и секционного материала и правила его хранения. Эта четкая система позволила собрать и сохранить большую коллекцию (более 75 тыс., а в настоящее время более 250 тыс.) наблюдений, отражающую почти все разделы онкоморфологии. Эта уникальная коллекция явилась основой для исследования относительно редких разновидностей новообразований и для международного научного сотрудничества. То, что собрал М. Ф. Глазунов и что было дополнено его последователями в соответствии с разработанными им принципами, также представляет бесценный материал для изучения различных аспектов морфологии, гистогенеза и патогенеза опухолевого роста различных видов опухолей на молекулярном уровне.

Какими бы вопросами частной онкоморфологии не занимался Михаил Федорович, итоги его работы всегда преломлялись в свете общих про-



Заседание оргкомитета Всесоюзной конференции патологоанатомов на квартире М. Ф. Глазунова. Лето 1954 г. Слева направо: П. В. Сиповский, С. С. Вайль, А. Н. Чистович, Н. Н. Аничков, М. Ф. Глазунов, В. Д. Цинзерлинг, М. В. Войно-Ясенецкий.

блем и закономерностей морфологии и патогенеза опухолевого роста и процессов тканевого и клеточного роста вообще. Так, при изучении фиброаденомы молочной железы у него возникли представления о дисгормональных гиперплазиях как образованиях неопухоловой природы. При исследованиях опухолей яичников он обнаружил, что так называемые фибромы этой локализации обладают гормональной активностью, и поставил под сомнение общепринятый взгляд на веретеноклеточную ткань коры яичника как банальную соединительнотканную струму, высказав мнение, что эта ткань является особым родом паренхимы яичника, специальной мезодермальной тканью, обладающей гормональной функцией. Написанные им главы о морфологии, гистогенезе и классификации опухолей в известном руководстве „Злокачественные опухоли” [2, 3] под редакцией Н. Н. Петрова имеют непреходящую ценность и в своем концептуальном значении представляют интерес до сих пор.

По определению М. Ф. Глазунова [3], истинным опухолям присущи следующие кардинальные признаки: нереактивный характер роста („импульс к росту возникает и поддерживается в самих опухолевых клетках”), беспредельный рост и отсутствие дифференцировки в целом. Естественно, что в свете такого определения так называемые доброкачественные опухоли таковыми не являются. Заслуга М. Ф. Глазунова заключается в том, что он исключил из группы опухолей многочисленные нодозные пролифераты, которые имеют различную этиологию и патогенез (дисгормональные, ирритационные, нейротрофические, дисрегенераторные, дизонтогенетические и др.). Эти процессы составляют значительную часть тех образований, которые по привычке относят к доброкачественным опухолям. Хотя он и не решился отвергнуть вообще существование доброкачествен-

ных опухолей как истинных новообразований, благодаря его клинико-анатомическому анализу число таких образований резко сократилось [4]. Следует подчеркнуть, что концепция М. Ф. Глазунова отражает прогрессивную тенденцию разделить патологические процессы, имеющие разные причины, патогенез, клиническую сущность, а следовательно, требующие разных лечебных мероприятий.

Высказывается соображение, что деление опухолей на доброкачественные и злокачественные еще не отражает всего многообразия опухолевых разновидностей, что существуют опухоли „полузлокачественные”, „потенциально злокачественные”, „пограничные”. Такое подразделение новообразований нашло отражение в некоторых международных классификациях опухолей. Наиболее отчетливо оно выражено в Международной гистологической классификации опухолей яичников [13]. М. Ф. Глазунов [7] под „пограничными” опухолями яичников подразумевал подозрительные в смысле злокачественности новообразования, когда патологоанатом испытывает трудности в отнесении их к доброкачественным или злокачественным, а не их действительную промежуточную сущность. Отрадно, что попытка введения перечисленных выше терминов подверглась справедливой критике: они расценены как имеющие крайне неопределенный смысл [10].

В соответствии со взглядами своего времени М. Ф. Глазунов разделял господствующие тогда представления о предраке, но как критически мыслящий исследователь он видел, что под этим понятием рассматриваются изменения различной природы, имеющие неодинаковый риск перехода в рак. В связи с этим он выделил 3 категории предраковых заболеваний: 1) диффузные поражения органов (хронический гастрит, мастопатия и др.); 2) „спокойные” пролифераты (пигментные невусы,

ангиофиброма, полипы кишечника и др.); 3) „ката-пластические” пролифераты. Он считал, что первые две категории большого онкологического значения не имеют и редко являются почвой для возникновения злокачественных опухолей. Что касается изменений, относящихся к третьей категории, то, по его мнению, остается неясным, являются ли они „истинным преканцероматозом” или преинвазивным новообразованием [6]. М. Ф. Глазунов был склонен под предраком в узком смысле этого слова рассматривать только „очаговые пролифераты”, равные по своему значению болезни Боуэна [8], т. е. изменения, которые теперь считаются раком *in situ*. Таким образом, он сузил и конкретизировал понятие о предраке, пожелания о чем высказывались на протяжении длительного времени многими патологами и онкологами. Близкое понимание сущности „предрака” высказывается и современными исследователями [10].

Изучая рак нижней губы, М. Ф. Глазунов пришел к выводу, что в значительной части случаев он развивается „с места в карьер”, что означало быстрый рост опухоли в „здоровой до того” ткани, т. е. „в отсутствие того, что можно считать предраком”. Очень важно, что М. Ф. Глазунов допускал такой же характер развития злокачественной меланомы и рака внутренних органов [8]. По современным представлениям, возникновение злокачественных опухолей если и не всегда происходит *de novo*, то во всяком случае наблюдается нередко [12].

М. Ф. Глазунов вместе с D. Fischer-Wasels [16] поставил на строго научную основу изучение гистогенеза опухолей, которое он считал наиболее актуальным для морфологов и в то же время одной из самых трудных задач в онкоморфологии, подчеркивая неоднозначность двух понятий — „гистология” и „гистогенез” опухолей. По его мнению, „гистологическое исследование имеет своей целью установить тканевый характер опухоли, а также направление и степень дифференцировки ее элементов... Целью же гистогенетического исследования является выяснение природы опухолевого зачатка, который, как известно, может быть дизонтогенетическим или пролиферативным”. При таком определении гистогенеза его задачи тесно переплетаются с проблемами патогенеза и для решения их часто недостаточно микроскопических методов, а необходим широкий клинико-анатомический подход (знание деталей топики новообразования и его взаимоотношения с окружающими тканями и структурами, возрастные и гормональные особенности организма, чувствительность опухоли к лучевым и другим лечебным факторам и т. д.).

В то же время следует подчеркнуть, что М. Ф. Глазунов настаивал на том, что первым и очень важным этапом гистогенетического анализа опухоли является определение ее гистологической природы, а это задача в ряде случаев очень непростая в силу низкой степени дифференцировки и высоких морфогенетических потенций опухоли. При этом он рекомендовал сопоставлять микроскопическую картину новообразования со структурами, которые возникают по ходу эмбрионального гистогенеза, reparативной регенерации, различных гиперплазий, т. е. со всей гаммой изменений, на которые способна ткань. М. Ф. Глазунов остро ощущал ограниченность микроскопических методик своего времени и возлагал большие надежды на определение тканевой природы опухоли

по характеру роста ее элементов в условиях эксплантации. После смерти Н. Г. Хлопина он взял опеку над его лабораторией и поощрял исследования в этом направлении.

Благодаря детальным гистогенетическим исследованиям М. Ф. Глазунова перестало существовать чисто формальное подразделение сарком на круглоклеточные, веретеноклеточные и т. д. и на смену им появились нозологические формы, отражающие природу опухолей мягких тканей. В настоящее время в связи с выработкой многочисленных иммуногистохимических тканевых маркеров возможности онкоморфологии в этом отношении коренным образом изменились [17, 22].

Говоря о значении гистогенеза в общем комплексе знаний об опухолях, имеет смысл напомнить, что, по мнению М. Ф. Глазунова, „патолого-анатомическая классификация опухолей не может не быть биолого-гистогенетической и лишь в этой форме она способна выполнять стоящие перед ней задачи”. Основываясь на этом принципе, он разработал классификацию, охватывающую как опухоли, так и различного рода пролифераты [3].

Размышляя о путях изучения гистогенеза сарком, М. Ф. Глазунов сетовал по поводу того, что «огромный материал некоторых экспериментальных лабораторий совершенно не используется для решения вопросов о тканевой природе „сарком”». В последнее время в лаборатории, основанной М. Ф. Глазуновым, были проведены исследования по гистогенезу экспериментальной злокачественной фиброзной гистиоцитомы и злокачественной гемангиоэндотелиомы. Выяснение природы этих опухолей по существу является воплощением в жизнь идейных заветов М. Ф. Глазунова по разработке гистогенеза сарком мягких тканей.

Введение в научные исследования современных молекулярно-генетических методов подняло изучение гистогенеза и патогенеза опухолей на совершенно новый уровень. В качестве такого примера можно привести гистогенетический анализ герминогенных опухолей яичников (объекта, наиболее интересовавшего М. Ф. Глазунова) с помощью ДНК-“фингерпринтинга”. Благодаря этому методу показано, что зрелые тератомы яичника развиваются из зародышевых клеток, задержавшихся на разных стадиях мейоза, в то время как незрелые тератомы происходят из постмейотических зародышевых клеток. Злокачественная трансформация может встречаться исключительно в зрелых тератомах, возникших из постмейотических зародышевых клеток. Дисгерминомы развиваются из премейотических оогоний (примордиальных зародышевых клеток) [2]. Эти сведения служат ценным уточнением партеногенетической теории происхождения герминогенных новообразований яичников.

Акад. П. Л. Капица однажды сказал: „Если ученого помнят 10 лет после смерти, он классик” [1]. Со дня смерти М. Ф. Глазунова прошло почти 30 лет, но его труды и рассмотренные в них идеи и проблемы остаются злободневными и сейчас, так как именно он заложил основы научной онкоморфологии в нашей стране, а также фактически создал учение о боевой травме.

Член-корр. АЕН проф. К. М. Пожарский (Санкт-Петербург), акад. РАМН проф. А. В. Смольяниников (Москва)

ЛИТЕРАТУРА

1. Бельчиков Ю. А. // Вестн. Рос. АН. — 1995. — № 1. — С. 65—70.
2. Глазунов М. Ф. // Злокачественные опухоли / Под ред. Н. Н. Петрова. — Л., 1947. — С. 127—147.
3. Глазунов М. Ф. // Там же. — С. 148—180.
4. Глазунов М. Ф. // Сессия АМН СССР, 4-я: Труды / Под ред. Н. Н. Аничкова. — М., 1948. — С. 146—154.
5. Глазунов М. Ф. // Опыт советской медицины в Великой Отечественной войне 1941—1945 гг. — М., 1955. — Т. 35. — С. 455—469.
6. Глазунов М. Ф. // Всесоюзная конф. онкологов: Материалы. — Л., 1959. — С. 160—167.
7. Глазунов М. Ф. // Опухоли яичников (морфология, гистогенез, вопросы патогенеза). 2-е изд. — Л., 1961.
8. Глазунов М. Ф. // Вопр. онкол. — 1961. — № 4. — С. 3—27.
9. Краевский Н. А., Головин Д. И. // М. Ф. Глазунов. Избранные труды / Под ред. Н. А. Краевского. — Л., 1971. — С. 3—10.
10. Краевский Н. А., Смолянников А. В., Франк Г. А. // Патологоанатомическая диагностика опухолей человека: Руководство для врачей / Под ред. Н. А. Краевского и др. — 4-е изд. — М., 1993. — Т. 1. — С. 62—74.
11. Патологоанатомическая диагностика опухолей человека: Руководство для врачей / Под. ред. Н. А. Краевского и др. — 4-е изд. — Т. 1. — М., 1993.
12. Пожариский К. М. // Общая онкология: Руководство для врачей / Под ред. Н. П. Напалкова. — Л., 1989. — С. 193—213.
13. Серов С. Ф., Скали Р. Е. // Международная гистологическая классификация опухолей, 9-я. — Женева, 1977.
14. Смолянников А. В. // Арх. пат. — 1991. — Вып. 10. — С. 63—67.
15. Смолянников А. В., Смолянников А. А. // Там же. — 1995. — Вып. 5. — С. 6—14.
16. Fischer-Wasels D. // Handbuch der normalen und pathologischen Physiologie / Hrsg. A. Bethe et al. — Berlin, 1927. — Н. 11. — S. 1341—1791.
17. Gatter K. C. // J. Pathol. — 1989. — Vol. 159. — P. 183—190.
18. Glazunow M. // Z. Zellforsch. — 1928. — Bd 6. — S. 773—790.
19. Glazunow M. // Ibid. — Bd 9. — S. 697—733.
20. Glazunow M. F. // Virchow's Arch. — 1937. — Bd 229. — S. 120—183.
21. Inoue M., Fujita M., Ozuma C. et al. // Cancer Res. — 1992. — Vol. 52. — P. 6823—6826.
22. Mechtersheimer G. // Virchow's Arch. Abt. A. Pathol. Anat. — 1991. — Bd 419. — S. 7—28.

Поступила в редакцию 08.02.96