

Химия и жизнь 1989, Выпуск 11, стр. 74-78.

Уважаемая редакция!

Выполняя волю моего учителя и друга А. С. Самохоцкого, умершего в 1986 году, предлагаю к публикации его работу "О нервизме и его лечебных закономерностях". В свое время работа не была напечатана: метод Александра Святославовича находился в таком разительном противоречии с общепринятыми представлениями официальной медицины, что публикация казалась немыслимой. Теоретическая медицина находилась (и находится) в плену микробиологии, а ее представления о болезни как о результате внедрения в организм микроба - на уровне представлений знахаря о проникновении в организм злого духа; разница только терминологическая...

Работа Самохоцкого - первая, исходящая из внутренних возможностей организма, это первая попытка воздействовать импульсом через центральную нервную систему, вызвать цепь нормализующих преобразований в организме. Труд Александра Святославовича равен открытию и, по моему мнению, превосходит все, что известно в теоретической медицине.

Само собой разумеется, что Самохоцкий - личность исключительная, человек огромной воли, целеустремленности, таланта. Более всего внешним обликом и внутренним содержанием он походил на Тимофеева-Ресовского, каким его изобразил Гранин в романе "Зубр". Еще при жизни он стал легендой...

Врач-психиатр Е. К. СВИДЗИНСКИЙ, Одесса

О нервизме и лечебной проблеме его

А. С. САМОХОЦКИЙ

Во второй половине прошлого века медицина перешла к клеточному уровню. Пастер, обобщив наблюдения прошлого и свои исследования, создал основы современной теории инфекции и иммунитета, а в патологической анатомии Р. Вирхов разработал методы изучения мельчайших структурных изменений в клетках пораженных органов и тканей.

Теория клеточной патологии признала сущностью всех болезней патологические нарушения в клетках, а идея самостоятельности этих процессов разделила болезни по различию. Такой метод разделения болезней стал поставщиком огромного аналитического материала; современная номенклатура болезней уже включает 10 тысяч названий, описано свыше 100 тысяч признаков их.

Новые болезни требовали новых лекарств. Но только в области иммунологии, механической терапии и отчасти эндокринологии лечебный прием является последовательным выводом из данных анализов. Вся же остальная многотысячная масса болезней оказалась в иных условиях. Каждая болезнь стала особой, индивидуальной единицей и требовала подбора нужных лекарств именно для нее. Фармакология, удовлетворяя эти частные требования, стала развиваться по частному поводу.

Из этих частных нельзя было сделать обобщающих выводов, изготовление лекарств было обречено на случайные находки, рекомендации средств народной медицины, скрининг и т. п. < ... >

Преодолеть возникшие затруднения, оставаясь на старых позициях, медицина не могла. Помощь оказала физиология. Физиологи Е. И. Введенский, А. А. Ухтомский, И. М. Сеченов, И. П. Павлов, А. Д. Сперанский создали новые представления о роли нервной системы в жизни организма, создали новое направление в физиологии и медицине - учение, названное нервизмом.

Коротко обрисую несколько основных положений его. Когда закладывались основы современной научной медицины, "баснословное" единство организма было отвергнуто. Нервизм признал целостность его<...>

"Не требуется доказательств для признания, что на пути движения от частного к частному медицина не скоро достигнет цели. До тех пор, пока природа всех без исключения патологических процессов не будет объединена общим признаком, пока к методу разделения по различию мы не добавим метод объединения их по сходству, у нас не будет теории медицины, то есть не будет надежды покончить навсегда со стихийной формой ее движения и перейти к плановой и системной работе", - писал академик Сперанский.

Какой же принцип, включенный в природу всех процессов, способен объединить их?

Бесконечная сеть нервных рецепторов, пронизывающих все органы и ткани, отклоняет на себя действие всех раздражителей внешней и внутренней среды, трансформирует их в процесс нервного возбуждения, которое рефлекторным аппаратом доводится до рабочих органов, изменяя их морфологическое и функциональное состояние, то есть формирует здоровье или болезнь в зависимости от органического или неорганического раздражителя. Поэтому с позиций нервизма не туберкулезная палочка создает каверны в легких, температуру и прочие проявления болезни, не стафилококк формирует сепсис, а сам организм.

I.

Изучая процессы воспаления и применяя различные лечебные препараты в виде влажных повязок, убедившись в бессилии их в тяжелых случаях, я начал поиск новых форм лечения с пересмотра исходных позиций.

Детальное изучение патологической картины воспаления, наблюдения за течением бытовых травм, экспериментальные проверки показали:

1. Если изменений в организме нет, то, независимо от наличия микробов, нет и болезни.
2. В момент контакта раздражителя с организмом возникает новый фактор - время.
3. Микроб и болезнь разделены во времени бесконечностью процессов.

Возникновение этих процессов я стал рассматривать как непосредственную причину заболевания.

Таким образом, причины были включены в проявления болезни, и микробы оказались вне моих лечебных задач. Это, в свою очередь, повлияло на конструкцию лечебных средств.

Из бесконечного числа факторов, слагающих воспалительный процесс, нужно было выделить наиболее значимые. Экспериментальная проверка склонила меня признать таковыми те нарушения, которые проявлялись не только в воспалительном очаге, но и вне его. К таким процессам я отнес серозное воспаление Эпингера, падение окислительно-восстановительного потенциала (ЕН) и увеличение числа коллоидов, несущих электроположительный заряд.

Для борьбы с серозным воспалением применялась группа адстрингентов*¹: сернокислый хром, приготовленный из бихромата калия, алюминиевые квасцы для смягчения действия хрома, салициловый натрий и резорцин. Для придания буферной устойчивости сернокислому хрому - смесь из молочной кислоты с КОН. Для стимуляции Ен - тиогликолевая кислота. Для осаждения коллоидов, несущих электроположительный заряд - коллоидальная сера.

Такая целевая направленность лечебных конструкций сохранилась на долгие годы и была перенесена на лечение воспалений, недоступных непосредственному воздействию. Это означало переход от влажных повязок к внутривенным вливаниям, от поликлинических больных к клиническим.

Переход к внутривенным вливаниям склонил меня использовать адстрингирующие свойства кальция. К прежнему лечебному раствору, в котором сернокислый хром приготовлен из бихромата калия, добавить СаСl₂ нельзя, ибо К и Са - антагонисты по своему действию на

¹ *-Устаревшее название вяжущих веществ. - Ред.

организм. Поэтому был приготовлен новый раствор сернокислого хрома из бихромата натрия. К этому раствору и был добавлен хлористый кальций.

Таким образом, стало два раствора. Общий состав их был одинаков, кроме этих элементов. В одном содержался калий, а в другом - кальций. Первый состав условно был назван стандартом калия - StK, а второй - стандартом кальция - StCa.

Семь лет продолжался этот период. Тысячи и тысячи больных лечил я этими методами. Сотни рецептурных комбинаций сменяли друг друга. Быстрое улучшение состояния больных, безрубцовое заживление больших и глубоких травм, сокращение сроков лечения дают право на положительную оценку результатов.

II.

Влажные повязки в любую минуту могли быть убраны. Внутривенные вмешательства изъяты быть не могут. Влажные повязки соприкасались с поверхностью тела, а внутривенные вмешательства вторгаются в главную магистраль процессов обмена. Это требовало проверки безопасности метода.

Проверки начались с определения антисептических свойств растворов, исследования на культурах бактерий брюшного тифа, паратифа А и В, стафилококков, стрептококков и кишечной палочки не обнаружили не только убивающего действия растворов, но даже торможения роста бактерий. Посевы на питательные среды дали рост диплококков и сенной палочки. Однако при инъекции растворов животным в брюшную полость и в вену отрицательных явлений не наблюдалось. Лечение зараженных животных дало положительный результат, специально загрязненные раны заживали первичным натяжением.

По мере того как росло доверие к безопасности и полезности этих нестерильных растворов, расширялись показания к их применению. Присутствие нестойкой к нагреву тиогликолевой кислоты не допускало стерилизации растворов, однако микробы в данной системе представлений были вне поля моей заинтересованности. Тромбофлебит, эндоартериит, септические процессы, гнойные осложнения травм поддавались лечению этим методом.

При лечении, однако, были обнаружены новые странные факторы: одним больным помогал StK, другим - с тем же диагнозом - его антагонист StCa. Стандарт полезный в начале лечения, ухудшал состояние больного в дальнейшем и наоборот, вредный в начале становился полезным потом - в том числе и тогда, когда процесс не имел ничего общего с воспалением. Отсюда следовало, что диагноз недостаточно отображает состояние организма, а наличие в лечебных составах калия или кальция определяет пользу или вред лечебного приема.

Естественно, возник вопрос - как же ведут себя подобные электролиты в сыворотке крови? Для этого нужно было определить концентрации калия и кальция в сыворотке до начала лечения и через несколько дней после вмешательства.

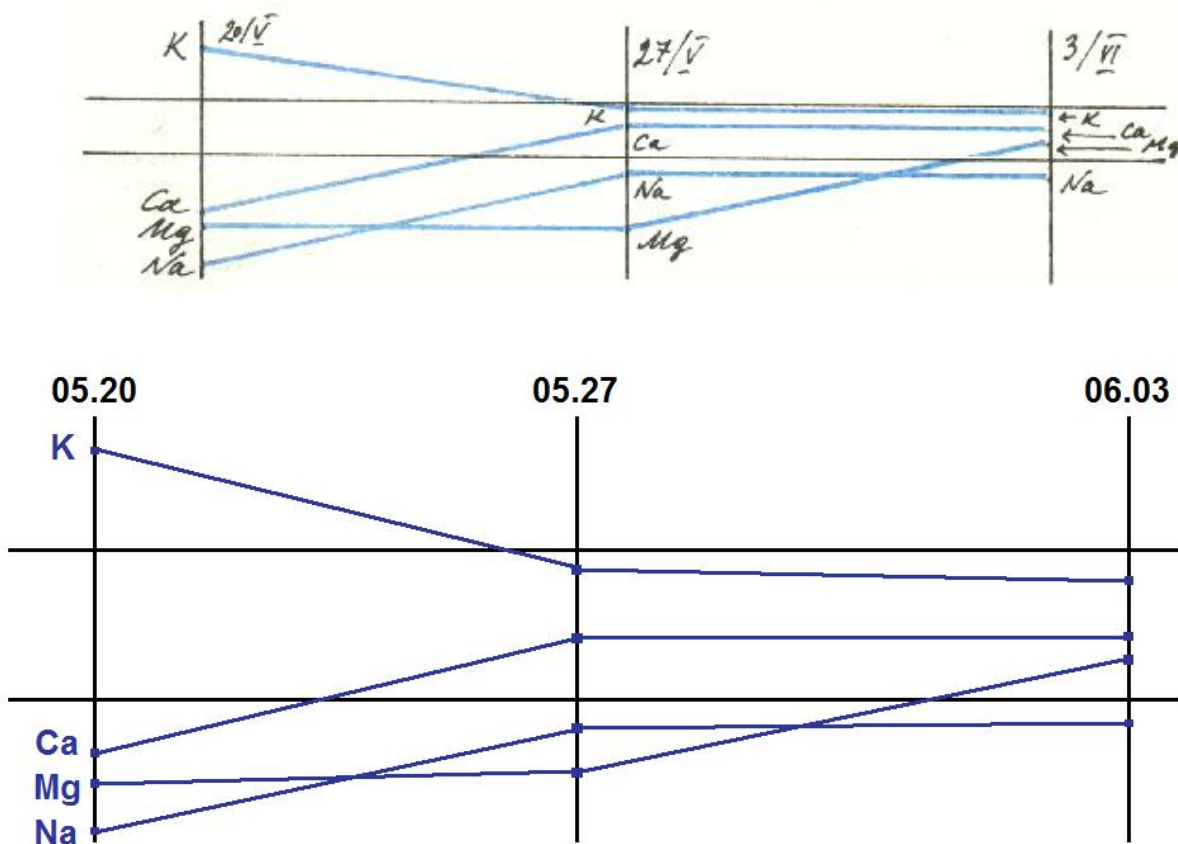
Этот этап исследований совпал с периодом общего интереса к электролитам в средах организма. Работы Шале, Цондека, Геблера, доказавшие огромную значимость электролитов, склонили меня включить в орбиту моих исследований все макроэлементы сыворотки крови - К, Са, Na и Mg.

Данные анализа сыворотки крови можно изобразить диаграммой. На листе миллиметровой бумаги чертим две горизонтальные линии на расстоянии 20 мм одна от другой. Эти линии ограничивают предел физиологических колебаний исследуемых элементов. Например, для калия он заключен между 19 и 24 мг %, поэтому 19 мг% соответствует нижней горизонтали, а 24 мг% - верхней. Физиологические изменения концентраций лежат в пределах $24-19 = 5\text{мг}\%$, следовательно, изменение количества калия на 1 мг% соответствует 4 мм нашего графика.

Аналогичным путем устанавливаются графические характеристики других элементов: для кальция из расчета 9-13 мг%, для магния 1,5-3,5 мг% для натрия 210-350 мг%. Изменение концентрации на 1 мг% для кальция соответствует 5 мм графика, для натрия - 0,5 мм и для

магния - 10 мм. Результат каждого анализа отмечаем на ординатах. Величины, показывающие содержание каждого элемента в последующих анализах, соединяем прямыми линиями.

Для иллюстрации привожу график. В соответствии с ним выбрана схема лечения: 20.V - StNa дополнен солями натрия и кальция: 27.V - StNa дополнен солью магния: 3.VI - лечение прекращено.



Большое число наблюдений позволило обосновать следующие выводы:

1. Концентрация электролитов (натрий, калий, кальций, магний) в сыворотке крови изменяется при самых разнообразных болезнях, но соотношения этих электролитов могут быть схожи при различных заболеваниях и различны при одном и том же заболевании у разных людей, а также у одного и того же человека на разных этапах болезненного процесса.
2. Применение лечебных составов, содержащих электролиты, концентрация которых в сыворотке крови относительно понижена, закономерно повышало их содержание и улучшало состояние больного.
3. Применение лечебных составов, содержащих электролиты, концентрация которых в сыворотке крови относительно повышена, закономерно повышало их содержание (усиливало разрыв соотношений) и ухудшало состояние больного. Обычно ухудшение было значительным.
4. Для нормализации соотношений натрия, калия, кальция и магния в сыворотке крови и улучшения состояния больного полезны очень малые дозы этих элементов.

Соединить динамику показаний индикаторного графика с диагностической статикой номенклатурных названий и делать из этой эклектики лечебные выводы - дело безнадежное. Именно график стал для меня формой учета состояния организма, хотя он показывал не симптомы болезни, а только нарушения концентраций макроэлементов. Метод лишил меня привычных, наглядных представлений о болезни, но позволил выразить состояние больного в числах.

III.

В процессе исследований появились новые странные факты:

1. Почему малые дозы электролитов существенно повышают их концентрацию в сыворотке крови?
2. Почему противовоспалительные лекарства лечат много болезней, не имеющих ничего общего с воспалением?
3. Почему микробы безвредны в этих условиях?(...)

Нервная система, наиболее лабильная и дифференцированная, обладая бесконечной массой рецепторов, пронизывающих все органы и ткани, отклоняет на себя действие лекарственных раздражителей, трансформирует их в процесс нервного возбуждения, которое рефлекторным аппаратом доводится до рабочих органов.

Факты моих лечебных исследований дают право утверждать, что лечебные составы электролитов являются раздражителями нервных рецепторов и качество нервного возбуждения в дальнейшем не искажается. Последующие анализы демонстрируют рост концентраций электролита, введенного с лечебной целью. Это же объясняет влияние доз, незначительных по концентрации и кратковременных по действию. Речь идет не о соотношении объемов реагирующих масс и не о времени их взаимодействия, а только о моменте раздражения, заставляющем нервную систему изменяться в заданном направлении, по закономерностям, присущим ей самой. (...)

Перейдем к разбору возникших вопросов.

1. Почему малые дозы этих электролитов существенно повышают их концентрацию в сыворотке крови?

Прежде всего уточним факты. Для этого еще раз обратимся к графику. К 1 мл лечебного состава, вводимого внутривенно, в зависимости от показаний индикаторного графика, добавляется тот электролит, концентрация которого понижена, а именно: 5,5 мг% двунормального раствора NaCl; K - 2,66 мг% нормального раствора KCl; Ca - 0,2 мг% нормального раствора CaCl₂; Mg - 0,06 мг% полунормального Mg Cl₂.

Первичной реакцией организма является реакция нервной системы на наш лечебный акт. Введение в организм тех же растворов по отдельности не дает подобного эффекта. В то же время доказано, что дополнительные, добавочные раздражители усиливают действие специфического раздражителя неспецифической наслойкой. Таким дополнительным раздражителем в моих методах лечения служат StNa, StK, StCa. Еще раз замечу, что только весь комплекс является своеобразным катализатором, а не отдельные части порознь.

Обнаружив у больного пониженную концентрацию в сыворотке крови того или иного электролита, добавляем к лечебному составу именно этот электролит в малой дозе. Последующий анализ подтверждает закономерную зависимость роста концентрации от нашего лечебного акта.

2. Почему противовоспалительные лекарства лечат много болезней, не имеющих ничего общего с воспалением?

Причина в том, что первичная реакция на лечебный акт - это не реакция электролитов, а реакция нервной системы, изменение которой неизбежно меняет лицо процессов во всем организме. Поэтому лечебный акт не ограничивается нормализацией только соотношений макроэлементов, но затрагивает другие процессы в организме, о которых индикаторный график не дает информации. Вот почему количество положительных влияний лечебного акта значительно превышает объем информации и лечит процессы, не имеющие ничего общего с воспалением.

3. Почему микробы безвредны в этих условиях?

Сила раздражителя есть степень раздражения. Если я ввожу лечебный состав и при этом не наблюдается отрицательных влияний инфекции, это доказывает неспособность инфекции

преодолеть порог, определяемый нервным компонентом процессов. Лечебный состав в этих условиях снижает или даже устраняет способность инфекции формировать патологию.

Факторов, снижающих силу раздражителей, очень много. Возможно, что их обилие создано процессом эволюции для сохранения вида.

Более ста лет назад Бернар говорил о нервной системе: "Знакомство с функциями этого аппарата, приводящего в гармонию явления жизни, будет служить необходимым руководством при изучении болезней, ибо было бы невозможно следить за сцеплением ряда болезненных симптомов, если не знать заранее то участие, которое принимает в этом нервная система". Несмотря на вековой срок, эта лечебная проблема до сих пор осталась нерешенной.

Фармакология до сей поры развивается лишь по частному поводу.

Иное положение фармакологии в моих исследованиях. Ее граница не выходит за пределы электролитов сыворотки крови; она должна решать задачи, четко сформулированные в процессе исследования. В индикаторный график должны быть включены и микроэлементы сыворотки крови. Для этого потребуется установить их концентрации в норме и колебания в патологии, создание новых дополнительных раздражителей, удовлетворяющих требованиям совместимости с макроэлементами, с отделами вегетативной нервной системы и т. д. Здесь необходима и соответствующая аппаратура, и контакт физиологов, фармакологов, биохимиков и клиницистов.

IV.

Подведем итоги.

В первом этапе моих исследований было реализовано в лечебной практике положение нервизма о целостности организма.

Во втором этапе диагностическая статика была заменена динамикой концентраций электролитов, что отображал индикаторный график, закономерно определяющий рецептурную пропись лечебного приема. Метод разделения болезней по различию был заменен методом объединения их по сходству.

В третьем этапе первичной реакцией организма на действие раздражителя был признан нервный компонент процессов.

Лечебные мероприятия, к которым привела меня последовательная логика моих исследований, являются электролитной формой реализации лечебной проблемы нервизма, которая расширяет охват патологических процессов и позволяет вмешаться в две неизбежности человеческой жизни - старость и нарушение гомеостатического равновесия.

Сотни гипотез не вносят ясности в понимание процессов старения. В старости число болезней и недугов так нарастает, что диагностировать и лечить весь этот комплекс - безнадежно. Мы же видим лечебную задачу не в лечении этих болезней и недугов, а в нормализации состояния нервного компонента процессов, определяющего их развитие.

В моих исследованиях нормализация этих процессов как прямая цель не ставилась, но были получены некоторые данные как сопутствующий результат при лечении различных заболеваний у стариков. С ликвидацией патологического процесса, по поводу которого больной поступил в клинику, нередко больные чувствовали себя лучше, чем до начала заболевания, бодрее, чем раньше, улучшалась память, возникал давно утраченный интерес к разным вещам, и, как правило, повышался жизненный тонус.

Еще древние греки считали равновесие между внешним миром и внутренним миром человека необходимым условием жизни. "Постоянство внутренней среды - необходимое условие свободной жизни организма",- писал Клад Бернар сто лет назад. Сложнейшие обменные процессы, определяющие постоянство состава внутренней среды организма, управляются и регулируются вегетативной нервной системой. В ней сконцентрированы системы внутренней регуляции, определяющие процессы жизни.

И вот, работа этого чрезвычайно чувствительного механизма из года в год все больше нарушается факторами внешней среды. Напряженный темп современной жизни, урбанизация и сопряженное с ней загрязнение атмосферы аллергенами и газами, повышенное потребление спазмирующих веществ - никотина и алкоголя, сидячий образ жизни и ряд других факторов нарушают физиологический ход процессов в миллиардах клеток организма. Изумительно отлаженная вегетативная автоматика не может справиться с таким объемом работы и сдает. (...)

Для нормализации патологических нарушений в старости было достаточно информации о соотношении концентраций четырех макроэлементов. Для нормализации нарушений гомеостатического динамического равновесия четырех лекарств недостаточно. Естественно будет включить в индикаторный график микроэлементы, что значительно увеличит число рецептурных прописей, но их всегда будет несравнимо меньше числа лекарств современной медицины. Ведь признаков болезней неизмеримо больше, чем макро- и микро- элементов сыворотки крови.

В заключение хочу еще раз напомнить, что все сказанное в адрес "лечебной медицины" не относится к диететике, механотерапии, эндокринологии, хирургии, гигиене и иммунологии. Замечу тоже, что для всесторонней оценки состояния больного данных индикаторного графика недостаточно, поскольку он не отражает морфологических нарушений и клинических проявлений болезней. Их анализ может показать, что требуется не консервативное лечение, а вмешательства совершенно иного порядка - в частности, оперативного или же интенсивной терапии при обострении хронических болезней.

ПРИМЕРЫ ИЗ ЛЕЧЕБНОЙ ПРАКТИКИ

Больной Е-а, 33 года. В течение многих лет страдает экземой, которая обостряется осенью и зимой, а летом проходит. Болезнь постепенно прогрессирует. В течение последних двух лет были периоды длительных обострений, первый из них наступил зимой. Лечился в дерматологическом институте, затем 2 месяца в санатории. Летом все явления прошли, второе обострение началось глубокой осенью. Лечили внутривенным вливанием хлористого кальция, но процесс усилился. Лицо представляло сплошную воспаленную мокнущую поверхность, кожа рук и ног в значительной части была воспалена и покрыта мокнущими участками. Зуд и боли непрерывные, очень интенсивные.

С ноября по январь сделано 8 внутривенных вливаний на основе пяти анализов сыворотки крови.

Экзематозных проявлений нет. Раны от расчесав зажили. Лечение прекращено.

Больная Д-я, 56 - лет. Больна туберкулезом легких. В течение последнего года состояние здоровья значительно ухудшилось. Потеряла в весе больше 18 кг, аппетита нет. Резкая слабость, ходит с трудом. Температура резко колеблется: от 35,6° утром до 39,5° днем. Понос.

С 19.VII по 5.IX сделано 4 внутривенных вливания на основе трех анализов сыворотки крови. Поносов нет, аппетит появился уже к 8 августа. К 5 сентября прибавила в весе 3 кг, температура в норме. Чувствует себя бодрой. Выписана из клиники.

Больная Т., 34 года. Около 10 месяцев назад начались головные боли. Интенсивность их постепенно нарастала, приступы участились. Спустя 2-3 месяца начались головокружения. В дальнейшем явления настолько усилились, что больная оставила работу. Лечилась в клинике нервных болезней, но улучшения не наступило. Причина болей, по словам больной и ее мужа (врача по профессии), не была выяснена, диагноз установлен не был. В последнее время головокружения настолько усилились, что больная падала, а головные боли сопровождалась рвотами. После 7 внутривенных вливаний лечение прекращено. Т. чувствовала себя здоровой.

Больная А-а, 23 года. Диагноз: остеомиелит левого бедра. В возрасте 14 лет появилась опухоль, сильнейшие боли в области левого бедра, высокая температура. В клинике сделана операция, через месяц - вторая, еще через месяц - третья. В течение последующих лет обострения ежегодно повторялись. Операции и консервативные методы лечения не помогли.

В период одного из обострений приступили к лечению по нашему методу. Сделано 3 внутривенных -вливания. Лечение прекращено. Больная стала ходить, свищи закрылись. Прошло 20 лет. Больная окончила мединститут, работала, обострений не было.

Больной С. Г., 15 лет. Резцом токарного станка поранил тыльную поверхность второго пальца левой кисти, сухожилие разгибателя перерезано. В поликлинике наложены швы. Кровотечение продолжается. Оказалось, что больной страдает гемофилией. Через 4 дня после ранения в тяжелом состоянии доставлен в хирургическую клинику. В течение ближайших дней состояние катастрофически ухудшается. Воспаление с гнилостным распадом тканей захватило нижнюю часть предплечья, плечо и плечевой пояс отечны. Гангреновый распад тканей усиливается. Гемофилическое кровотечение продолжается, больной обескровлен.

Гемофилическое кровотечение, воспалительный процесс, захвативший область плечевого сустава, и тяжелые общие септические явления не позволяли прибегнуть к высокой ампутации плеча. После пяти дней пребывания в клинике состояние стало катастрофическим.

Приступили к внутривенным вливаниям. В 7 часов вечера сделано первое вливание, на другой день в 11 часов утра удалены все слои повязок, тампоны и (омертвевшие) ткани. Кровотечения не было. В дальнейшем процесс протекал гладко и закончился выздоровлением, с ограниченным движением кисти.

Справка, выданная 1-м родильным домом:

Больная Е. З., 30 лет. В послеродовом периоде тромбоз левого голени, абсцесс легкого. выпотной двухсторонний плеврит, пиэмия с температурой (колебания от 36 до 41,8°C) и потрясающими ознобами, длительностью от 1 до 2 часов. Появились отеки обеих стоп, которые распространились в дальнейшем на голени, бедра и область живота.

6 марта больная переведена для лечения д-ру А. С. Самохоцкому.

В тот же день произведено внутривенное вливание, повторные вливания - 9 и 12 марта. С 13 марта ознобы у больной уменьшились, самочувствие улучшилось, отечность стала исчезать. К 20 марта отеки почти исчезли. Ознобы прекратились. С 27 марта температура оставалась в пределах нормы. Больная выписана в хорошем состоянии.

Больная К-а, 32 года. Поступила в клинику по поводу обострения хронического тромбоза нижних конечностей и жалоб на ноющие боли в области бедер. Больная не ходит из-за болей, нервничает, жалуется на бессоницу. Боли постепенно усиливаются, отеки увеличиваются.

После анализа сыворотки крови сделано 3 внутривенных и 2 подкожных вливания. Уже на третий день после начала лечения больной разрешено ходить. Отеки прошли, болей при ходьбе нет. Самочувствие хорошее. Однако через несколько дней появились резкие боли и чувство тяжести в обеих ногах (больная много ходила по лестнице). Подкожная инъекция ликвидировала эти явления.

Через 15 дней от начала лечения больная выписана, общее состояние хорошее, ходит свободно, отеков и жалоб на боли нет.

На этом я заканчиваю далеко не полную иллюстрацию применения моего метода при лечении разнообразных болезней - и добавлю, что наиболее закономерные результаты были получены при лечении эндартериитов, септических процессов, психозов и старческой дряхлости.

Источник материала: "Химия и жизнь". - 1989. - N. 11. - Стр.79-85.

<http://school-collection.edu.ru/catalog/rubr/6b7682f5-a3ad-39b0-be0b-cb4046204c07/26440/>