

1. Терегулов А. Г., Абдрахманова Р. Ш. К вопросу состояния функционирующего резерва легких и кровообращения в малом кругу у больных с бронхиальной астмой. В сб. Материалы к третьей Поволжской конференции терапевтов. Горький, 1963.

## БИБЛИОГРАФИЯ И РЕЦЕНЗИИ

УДК 617.3 — 616 — 089.28

Л. Е. Рухман. Основы ортопедии и протезирования у детей.  
«Медицина», Л., 1964.

Автор рецензируемого труда является видным ортопедом, имеющим большой опыт в детской ортопедии и в протезировании. В данном труде впервые в нашей отечественной медицинской литературе вопросы ортопедии и протезирования в детском возрасте получают комплексное освещение в монографическом издании, что является очень ценным.

Поскольку течение заболеваний и повреждений костно-мышечной системы у детей резко отличается от аналогичных процессов у взрослых, особенно важно указание автора о значительном различии в эволюции ампутационных дефектов у детей и взрослых, почему способы ампутаций и протезирования у детей должны существенно отличаться от таковых у взрослых.

Автор подробно останавливается на характеристике причин возникновения деформаций в детском возрасте, обращает особое внимание на диагностику начальных стадий патологических процессов органов движения и опоры, отводит важную роль мерам ортопедической профилактики деформаций. Автор подчеркивает необходимость разработки плана лечения пациента с учетом его общего состояния, возраста и особенностей развития всего скелета и мускулатуры. Очень важно учесть и срок начала лечения. В одних случаях лечение должно быть неотложным (врожденные деформации), в других следует дождаться определенного возраста пациента.

Необходимо учитывать особенности детского организма, когда идет речь о выборе метода ортопедического лечения. Так, автор считает, что в раннем возрасте можно достигнуть отличных результатов консервативными методами, которые должны применяться осторожно, без насилий и грубых манипуляций. Операции же у детей рекомендуются проводить с минимальной травмой и строго асептично. Следует помнить, что потеря новорожденным 100 мл крови может вести к летальному исходу.

Касаясь консервативных методов лечения, автор большое внимание уделяет этапным редрессациям, которые в практике лечения ортопедических деформаций у детей нашли широкое применение.

При лечении заболеваний и деформаций костно-мышечной системы врач обязан заботиться о восстановлении не только формы, но и функции. Обеспечить восстановление функции возможно лишь в том случае, если в комплекс методов лечения будут своевременно включены и физические методы (термотерапия, электротерапия, лучистая терапия, бальнеотерапия, климатотерапия, а также массаж и лечебная гимнастика). По каждому из указанных методов подробно даны показания, противопоказания и способы применения.

В разделе протезирования приводятся обстоятельные сведения о протезах, туторах, ортопедических аппаратах.

Заключительный раздел общей части содержит материалы, касающиеся оперативных методов лечения, включая подготовку больных к операции, обезболивание, послеоперационный уход.

Автор считает, что большинство грудных детей и детей старше 6—7 лет можно с успехом оперировать под местным обезболиванием. Из ингаляционных методов предпочитается эфирный наркоз, а закись азота рекомендуется лишь для кратковременных операций.

Автором описаны различного рода оперативные вмешательства: на кожных покровах, фасциях, сухожилиях, мышцах, периферических нервах, костях и суставах, а затем излагаются принципы ампутаций и реампутаций в детском возрасте.

В специальной части рассматриваются все виды заболеваний и деформаций костно-мышечной системы. Здесь можно найти подробные сведения о системных заболеваниях и деформациях скелета, остеодистрофиях, о врожденных дефектах костей и опухлях костей, детских параличах.

Рассмотрены деформации шеи, грудной клетки, позвоночника, верхних и нижних конечностей.

По каждому из перечисленных заболеваний или деформаций автор дает весьма подробные сведения по клинике, патанатомии процесса, диагностике и методам лечения.

Рецензируемый труд позволяет широким кругам практических хирургов, особенно молодым, не получившим в достаточной степени ортопедических знаний в вузе, найти необходимые сведения для своевременного применения мер профилактики деформаций опорно-двигательного аппарата а также для правильной диагностики и лечения достаточно большого контингента детей, страдающих ортопедическими заболеваниями и деформациями.

Перейду к некоторым замечаниям.

В последние годы привлекается внимание к новорожденным с различного рода дефектами опорно-двигательного аппарата. Нам кажется важным при характеристике врожденных деформаций (стр. 16) дать более подробное освещение экзогенных причин уродств новорожденных. Я имею в виду токсоплазмоз, лучистую энергию, некоторые медикаменты, вирусные заболевания, длительный наркоз, аборт и другие.

При диагностике врожденных деформаций опрос родителей, несомненно, необходим, однако особенно важно расспросить о первых 8 неделях беременности, когда, главным образом, и возникают нарушения нормального развития плода (стр. 18). При описании симптомов, характеризующих туберкулезное поражение суставов, следует сказать о симптоме Александрова, о котором Т. П. Краснобаев часто напоминал (стр. 20).

На стр. 50 речь идет о гипсовой повязке. Полагаю, что наложение повязки как непосредственно на кожу, так и поверх ватной подкладки нельзя признать лучшими приемами. До гипсовых бинтов на кожу хорошо наложить один слой сухого бинта, а на костные выступы — тонкий слой ваты.

Среди показаний к грязелечению (стр. 65) напрасно указана болезнь Бехтерева, которая у детей не встречается, поэтому излишне и описание этой болезни на стр. 244.

Описывая форсированную редрессацию (стр. 116), вряд ли правильно говорить о том, что при ней обычно производится надрыв мягких тканей и надлом костей. Думаю, что надлом кости будет относиться к осложнениям редрессации. Правда, автор указывает (стр. 132), что такой метод исправления деформаций сейчас почти оставлен.

При описании предоперационной подготовки ребенка следовало бы сказать и о необходимости в этом периоде приучать детей к положению на животе, если после операции больному придется сохранять такое положение.

В послеоперационном уходе, особенно после эндотрахеального наркоза, весьма ответственна роль анестезиологической службы. До выхода из наркоза ребенка следует взять под наблюдение анестезиолога, а у постели больного должен неотлучно находиться анестезист (стр. 126).

Нередко приходится после ряда операций (вправление врожденного вывиха бедра, кожная пластика, фиксация позвоночника и др.) производить детям переливание крови. Однако об этом в данном разделе (стр. 124—131) ничего не сказано. Нет ссылок и в предметном указателе.

В сообщении о скелетном вытяжении (стр. 135) хорошо было бы дать схему точек введения спиц или клемм. При иллюстрации приспособлений для вытяжений наряду с шиной Белера нужно было бы показать более совершенные шины отечественных авторов (рис. 47).

На стр. 139 вместо «тыльная флексия» ошибочно написано «тыльная фиксия», а на стр. 150, по-видимому, вместо «ножки стебля» написано «кожи стебля».

Очевидно, допущена опечатка и на стр. 155, где сказано, что кожный гомотрансплантат приживает на 3—4 месяца. Вероятно, имеется в виду 3—4 недели, после чего, как правило, гомотрансплантат расплавляется.

На стр. 173 следует исправить фамилию Гращенкова, а на 189 — слово «лиофилизированная».

Среди методов лечения спастического паралича (стр. 278) нужно указать перимускулярную алкоголизацию по Фридланду (химическая невротомия).

Сообщая о применении операции укорочения костей (стр. 287) при спастических параличах, необходимо упомянуть о серьезных осложнениях, которые часто наблюдаются при этом методе.

Трудно согласиться с тем (стр. 290), что ламинэктомия представляет более тяжелое вмешательство, нежели операция Кальве или Менара.

При анализе клиники и смертности при полиомиелите необходимо было уделять больше внимания данным отечественных авторов, имеющих по этому вопросу громадный опыт.

На стр. 333 перечисляется 10 средств, рекомендуемых для лечения прогрессивной мышечной атрофии. Учитывая трудность лечения заболевания, хорошо было бы указать последовательность применения этих средств и дозировку, что было бы полезно для практических врачей.

Указывая на профилактическое значение фиксации при лечении термических ожогов (стр. 340), надо было указать, что фиксацию следует применять в функционально выгодном положении.

При описании клиники болезни Клиппель-Файля нельзя не отметить среди симптомов сколиоз (стр. 343), который демонстративно показан на рис. 116. Это же относится и к описанию (стр. 350—351) болезни Шпренгеля (рис. 118).