

Указание автора (стр. 369) о возможности симметричной и асимметричной форм сакрализации в полной мере относится и к люмбализации. Асимметричная люмбализация приводит нередко к развитию сколиоза.

Прав автор, что при анкилозе локтевого сустава показана артропластика независимо от угла анкилоза (стр. 406). Думаю, с этим следует согласиться в отношении правого локтевого сустава. При анкилозе же только левого сустава, находящегося в функционально выгодном положении, не всегда следует рекомендовать артропластику.

Трудно согласиться с тем, что при деструктивных застарелых вывихах туберкулезного происхождения можно ограничиться остеотомией и внесуставным артродезом. Нам кажется, что в этих случаях показана резекция бедра, некрэктомия оставшихся пораженных туберкулезом участков и артродез. Только такое вмешательство приведет к устранению деформации и излечению.

Можно вполне согласиться с методом операции врожденного ложного сустава костей голени. Однако нам представляется, что нагрузка конечности после такой операции через 2 месяца (стр. 468) несколько преждевременна. Трудно ожидать, чтобы к этому времени образовалась надежная костная ссаяка между фрагментами и трансплантатом.

При обсуждении вопроса о лечении косолапости, несмотря на то, что автор не применяет методику Финк-Эттингена, ее следовало бы изложить подробно и дать рисунки. Врачу, работающему в сельских условиях, эту повязку наложить легче, чем гипсовую.

Из рис. 60 (стр. 183) следовало бы изъять рис. «а» и рис. «б», как иллюстрирующие старые негодные методы.

Наконец, хочется отметить, что автор недостаточно использовал работы сотрудников наших многочисленных институтов ортопедии, в частности Горького, Иркутска, Киева, Казани, Риги, Саратова и других, которые сделали немалый вклад в научную разработку вопросов детской ортопедии.

Приведенные замечания не снижают ценности рецензируемого труда.

Следует приветствовать издание этой книги, где квалифицированно изложены все разделы детской ортопедии и протезирования детей.

Проф. Л. И. Шулютко (Казань).

УДК 616.3—616—089.8

М. З. Сигал. Трансиллюминация при операциях на желудке.
«Медицина». М., 1964, 188 стр.

Известно положение, что важные открытия или новые, основанные на опыте, умозаключения бывают предельно просты. С недоумением многие спрашивают себя: как это такая простая идея не пришла мне в голову. Такое чувство охватывает при чтении рецензируемой книги М. З. Сигала. Действительно, что может быть проще: ввести в желудок через рот зонд с лампочкой на конце, раздуть желудок и осветить изнутри его стенки во время операции.

Хорошо известны наблюдения, когда до операции рентгенологически и клинически опухоль диагностировали, а во время операции ее не обнаруживали и лишь через некоторое время находили у этого больного уже запущенную опухоль с метастазами. Поэтому трудно не оценить значения описанного автором метода трансиллюминации для диагностики и определения границ пораженного отдела желудка и других полых органов.

Важно подчеркнуть, что возможности метода трансиллюминации чрезвычайно широки. На одно из первых мест надо поставить установление точных границ распространения опухолей. Метод трансиллюминации на этот вопрос дает исчерпывающий ответ с полнейшей достоверностью. Легко понять, сколь это важно в онкологической практике.

Трансиллюминация позволяет также выявить всю архитектуру внутриорганных сосудов, и это очень важно, так как при различных патологических процессах расположение сосудов, степень извитости, характер ветвления, их направление — все подвержено значительным изменениям. Трансиллюминация помогает установить характер патологического процесса. Метод можно именовать трансиллюминационной ангиографией без применения контрастных веществ, причем он вполне физиологичен.

На приведенных в книге многочисленных фотоснимках отчетливо показана возможность дифференцировки разных форм рака, гипертрофического или атрофического гастрита, полипы, сарком и других поражений желудка. Еще до оперативного вмешательства на самом желудке хирург, применив трансиллюминацию, определяет вид опухоли: блюдцевидную, диффузную, язвенно-инфильтративную или иные формы рака.

Дифференцировка разных анатомических и патологоанатомических образований основана на неодинаковой поглощающей способности ими света.

Автор представил свои новые, чрезвычайно интересные и важные данные на последнем Всемирном онкологическом конгрессе в Москве. Присутствующими хирургами, в том числе и зарубежными гостями, в частности американскими онкологами, дана

высокая оценка этому методу. Свидетельством тому является получение автором уже через месяц после доклада оттисков его работы, изданной в США.

Приятно отметить, что многие московские клиники взяли метод трансиллюминации на свое вооружение. В частности, в клинике, возглавляемой Б. С. Розановым, всем желудочным больным во время операции производят трансиллюминацию желудка по методу М. З. Сигала.

Важно, в заключение, подчеркнуть, что разработанный автором метод трансиллюминации обеспечивает выявление детальных картин морфологических структур; он полезен и должен получить широкое распространение в хирургической практике.

Проф. В. Х. Фраучи (Казань)

СЪЕЗДЫ И КОНФЕРЕНЦИИ

УДК 612.68

ПРОБЛЕМЫ ГЕРИАТРИИ В КЛИНИКЕ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ

С 26 по 29/X 1965 г. в г. Киеве состоялась конференция, посвященная вопросам клинической геронтологии и гериатрии.

Во вступительном слове член-корреспондент АМН СССР Д. Ф. Чеботарев остановился на основных задачах гериатрии: 1) выяснении возможностей нормализации обменных и физиологических процессов в стареющем организме; 2) изучении особенностей развития, клинического течения, лечения и профилактики различных заболеваний у людей пожилого и старческого возраста¹; 3) использовании средств и методов восстановления и нормализации жизнедеятельности их организма в борьбе с патологическими процессами. На повестке дня стоит вопрос о внедрении геронтологии и гериатрии в программы преподавания медицинских институтов, создании специальных циклов подготовки врача-гериатра в соответствующей специальности. Он подчеркнул, что в гериатрии имеет значение не только болезнь сама по себе, но и ее течение в условиях стареющего организма, когда наряду с угасанием функций организма возникают новые приспособительные механизмы.

В. А. Добрынина (Киев) нашла повышение содержания фибриногена крови почти у всех исследованных пожилых, практически здоровых лиц и увеличение количества гепарина. Автор предполагает, что в старческом организме равновесие устанавливается на ином функциональном уровне. Но при этом диапазон компенсаторных возможностей сокращается, и такое состояние системы может смениться быстрым падением активности противоборствующих механизмов, особенно когда организму будут предъявлены несколько повышенные требования.

Д. Ф. Чеботарев с сотрудниками (Киев) показал ослабление чувствительности органов и тканей, в частности сердечно-сосудистой системы, пожилых и стариков к нервным влияниям и повышение — к гуморальным. У лиц пожилого и старческого возраста отмечено значительное снижение функциональных возможностей крупных артериальных сосудов в связи с уменьшением в их стенке активных гладких мышечных волокон. Уменьшение гладких мышечных волокон, разрастание соединительной ткани сосудистой стенки приводят к повышению плотности сосудов, их извитости. Эти изменения нельзя считать за атеросклероз сосудов, хотя они и создают благоприятный фон для развития последнего. Наряду с уменьшением числа функционирующих капилляров, закономерно наблюдается увеличение количества межкапиллярных анастомозов, расширение переходного колена и венозных браншей, удлинение и значительная их извитость. Это можно рассматривать с позиций компенсаторной реакции организма, направленной на удовлетворение тканей питательными веществами при уменьшенном количестве функционирующих капилляров. Подобные изменения сосудистой стенки приводят к увеличению общей емкости сосудистого русла, в связи с этим непрерывность кровотока может поддерживаться лишь при увеличении систолического (и минутного) объема сердца, что и обнаруживается у пожилых и стариков. Работа сердца увеличивается в среднем на 40% и затрачивается главным образом на систолический выброс крови, нагрузка при этом падает в основном на левый желудочек.

Особенностям инфаркта миокарда в возрастном аспекте на конференции было посвящено много сообщений (Л. Т. Малая, Д. Н. Байер — Харьков; А. И. Романовская — Одесса; Н. П. Ермаковская — Ставрополь; и др.), причем отмечалось атипическое течение и трудность диагностики. Болевой синдром встречается сравнительно

¹ Рабочая классификация возрастных периодов, принятая на Ленинградском (1962) и Международном (Киев, 1963) симпозиумах по вопросам геронтологии. Люди среднего возраста — 45—59 лет, пожилого — 60—74, старики — старше 75 и долгожители — старше 90 лет.