

рентную иннервацию всех отделов нейрона, начиная от Мальпигиевых телец, мочевых канальцев и кончая областью впадения канальцев в собирательные трубочки. Автор описывает афферентные окончания в соединительнотканых структурах почки, в ее кровеносных сосудах, в сфинктерах сосочков, мышечной ткани лоханок и капсуле почки. Во всех слоях лоханки автором обнаружены многочисленные нервные образования, особенно выраженные в месте смыкания лоханки с паренхимой почки и в месте перехода лоханки в мочеточник. Это обстоятельство должно быть учтено хирургами при оперативных вмешательствах на лоханке.

Интересным является обнаружение внутриорганных ганглиозных аппаратов в почках животных и человека. Можно полагать, что наличие в почке афферентных окончаний и ганглиозных образований является подтверждением мнения о возможности автоматической функции почек по типу интраорганных рефлексов.

Второй раздел книги посвящен вопросу развития афферентной иннервации почек млекопитающих и человека в онтогенезе. Автор обнаружил рецепторные образования у эмбриона человека на третьем месяце жизни; интенсивное же развитие нервных элементов у зародыша человека наблюдается только во второй половине беременности.

В третьем разделе содержится анализ экспериментальных исследований, посвященных изучению источников и природы афферентной иннервации почек путем перерезки блуждающих и чревных нервов, удаления некоторых спинномозговых узлов и сплетений. Эти исследования позволили автору прийти к заключению о перекрестной иннервации почек со стороны нижних грудных и верхних поясничных спинномозговых узлов, чревных нервов и тазового сплетения. Важным является вывод автора о том, что при денервации почек не все нервы в почке одинаково дегенерируются, а часть их, принадлежащая к ганглиозным образованиям, остается неизменной. Однако автор отмечает, что при пересадке почек количество неизменных нервов крайне мало и для нормальной функции пересаженной почки требуется реиннервация нервными стволиками с преимущественным содержанием симпатических и афферентных нервных волокон.

Интересными являются опыты с повреждением нервных образований почки путем применения различных ядовитых веществ, разрушающих мочевые канальца (уранил, фторидзин, сулема, дизентерийные культуры). Автор установил, что, несмотря на наличие при этом дегенеративных изменений в нервах почки, распада их не происходит даже на 15-й день после отравления. Это дает основание полагать, что при условии своевременной организации помощи таким больным возможны репаративные процессы в поврежденных нефронах.

Монография В. Н. Швалева «Иннервация почек» своевременно восполняет недостаточно разработанный раздел морфологии почек и представляет большой интерес для врачей, занимающихся лечением почечных больных.

Проф. И. Ф. Харитонов (Казань)

УДК 616.231—089.85

А. А. Шипов. Применение трахеотомии в общехирургической практике. Ярославль, 1963

Вопрос борьбы с дыхательной недостаточностью находится в центре внимания современной реаниматологии. Широко популярной стала трахеотомия, ранее применявшаяся больше всего отоларингологами для устранения острой асфиксии при механической обструкции дыхательных путей. С получением новых экспериментальных и клинических данных границы использования трахеотомии в общей хирургии значительно расширились. Особенно большое распространение приобрела трахеотомия в торакальной хирургии, травматологии, а за последнее время — и в нейрохирургии.

Несмотря на значительное количество работ о трахеотомии у различных больных эти сообщения в большинстве своем представляют сравнительно небольшой материал у каждого из авторов, что затрудняет их оценку. С этой точки зрения труд А. А. Шипова, обобщающий опыт работы многих хирургов и личный опыт автора, заслуживает большого внимания.

Автор чрезвычайно добросовестно представил обширную литературу, как отечественную, так и иностранную, по истории развития и сферам применения трахеотомии. Описаны возникновения трахеотомии как жизнеспасающей операции на заре зарождения медицины, эволюция этого метода, границы применения в медицине настоящего.

Вызывает возражение порядок изложения литературного обзора. Он читался бы значительно легче, если бы во второй его части, посвященной применению трахеотомии при различных заболеваниях, автор распределил имеющиеся сведения по видам дыхательной недостаточности. При данном построении нет четкости в изложении. Так, например, приведя литературу о трахеотомии при полиомиелите на стр. 28, автор снова возвращается к ней на стр. 32 и 33. Это касается и результатов трахеотомии при черепномозговой травме. На стр. 45 автор, по непонятным причинам, переходит вдруг

к вопросу о разжижении мокроты в дыхательных путях. Но при этом говорит о применении только изотонического раствора и водяного пара, не упоминая о других, более действенных способах (пепсин, трипсин для закапывания или ингаляций). А ведь это имеет немаловажное значение для борьбы с дыхательной недостаточностью при осуществленной трахеотомии. Наконец, А. А. Шипов мало говорит об осложнениях при трахеотомии во время операции и после нее, бесспорно требующих внимания.

Во II главе автор подробно разбирает собственный клинический материал, основанный на применении трахеотомии у 52 больных. Ценным итогом исследований автора является установление показаний для трахеотомии при различных видах дыхательной недостаточности, что имеет большое значение для практических хирургов.

Из 52 наблюдаемых автором больных 27 погибло, т. е. благоприятные результаты достигнуты у 25. В то же время на стр. 64 автор говорит, что хорошие результаты достигнуты у 30 больных. Непонятно также, почему в таблице № 11 (стр. 65) при 6 умерших из 8 больных пневмонией автор считает у 5 ближайший результат хорошим. И это при заболевании, где дыхательная недостаточность играет ведущую роль. Очень жаль, что симптоматология дыхательной недостаточности изучена только на 20 больных. Вызывает возражение и рекомендация применять трахеотомию при рекураризации. После установления показаний к трахеотомии автор не делает выводов о том, какой же вид трахеотомии следует применять. Из клинических данных видно, что автор отдает предпочтение верхней (15 из 32). В то же время для уменьшения мертвого пространства целесообразнее бы делать нижнюю трахеотомию. Кстати, как видно из заключения, с этим же согласен и автор, однако его собственные клинические наблюдения это опровергают.

В разделе о методике исследования дыхательной функции автор не упоминает, у какого количества больных и какой категории проведены указанные пробы.

Глава III посвящена трахеотомии как патогенетическому методу лечения дыхательной недостаточности при тяжелых травмах груди. В ней разбирается механизм развития дыхательной недостаточности при травмах груди, возникновении парадоксального дыхания, синдроме «мокрого легкого». Описаны и методы борьбы с дыхательной недостаточностью в виде фиксации подвижного сегмента грудной клетки, искусственного дыхания под положительным давлением с помощью респираторов. Показано большое значение трахеотомии для уменьшения мертвого пространства и увеличения дыхательного эффективного объема, создания благоприятных возможностей для туалета бронхального дерева. Автор считает, что трахеотомия при тяжелых повреждениях грудной клетки должна быть сделана возможно раньше, до развития острой дыхательной недостаточности.

В этой главе автор привел несколько клинических наблюдений, но по неизвестной причине не упомянул о комплексе мероприятий, проводимых больным до трахеотомии, что недопустимо в работе, претендующей на звание учебного пособия. Ведь трахеотомия является лишь частью большого арсенала средств разрешения дыхательной недостаточности, против чего и автор, вероятно, не возражает.

Высказанные в конце главы положения о лечебных мероприятиях у такого рода больных полностью согласуются с литературными.

Глава IV посвящена применению трахеотомии при секреторно-вентиляторной обструкции, пневмонии и асфиксии от утопления. Под наблюдением автора находились 24 больных, 7 из которых выздоровели. Автор объясняет высокую смертность крайне тяжелым состоянием больных. К сожалению, трахеотомия была произведена при терминальном и субтерминальном состоянии больных, т. е. была операцией отчаяния, что противоречит выдвигаемому автором тезису о возможно раннем применении трахеотомии при явлениях дыхательной недостаточности. Обращают на себя внимание 2 наблюдения смерти от остановки дыхания и сердечной деятельности при отсасывании секрета. Автор почему-то не обсуждает возникновение и профилактику этих грозных осложнений.

Приведен интересный расчет зависимости эффективности трахеотомии от частоты дыхания. Дано определение понятия секреторно-вентиляторной обструкции. Можно согласиться с автором, что ввиду необходимости постоянной аспирации секрета трахеотомия наиболее показана у этой категории больных. Жаль, что эффективность трахеотомии при утоплении автор может подтвердить лишь одним клиническим наблюдением. Известно, что в большинстве случаев у таких пострадавших устранение секреторно-вентиляторной обструкции нужно дополнять искусственным дыханием, поэтому более предпочтительна интубация для проведения искусственного дыхания и отсасывания трахеального секрета. В случае же длительно существующей дыхательной недостаточности показана трахеотомия.

Раздел V о профилактической трахеотомии чрезвычайно важен. Автор совершенно правильно указывает, что особое внимание нужно обращать на ослабленных и истощенных больных, которым предстоит перенести длительную операцию. У этой категории больных возникновение и развитие дыхательной недостаточности более чем вероятно, и трахеотомия у них будет крайне уместна. Кроме того, лучшая вентиляция через трахеотомическое отверстие уменьшает нагрузку на обе половины сердца, а также снижает энергетические затраты дыхательной мускулатуры и позволяет избежать ее утомления. А. А. Шиповым проведены спирографические исследования внешнего дыхания (по Н. М. Амосову) у 42 торакальных больных, у 20 из них профилактически была сделана трахеотомия. В результате проведенных исследований было установлено, что

при показателе выше 45% можно надеяться на благоприятное течение послеоперационного периода. При 35—45% могут возникнуть показания к производству трахеотомии, а при показателе ниже 35% почти всегда возникает необходимость наложения трахеостомы, поэтому ее лучше сделать профилактически. Автор останавливает внимание на эффективном методе борьбы с послеоперационными осложнениями — трахеоцентезе Кинга. Излагается техника этой простой операции, предназначенной для введения антисептиков и отсасывания слизи. К сожалению, собственный материал автора крайне мал — 3 наблюдения, а трахеоцентез, сделанный один раз, оказался неэффективным.

Раздел VI посвящен хронической дыхательной недостаточности. Этот раздел написан очень обстоятельно и дополнен исследованиями газового состава крови, венозного давления, кислотно-щелочного равновесия, скорости кровотока, максимальной вентиляции легких, минутного объема, альвеолярной вентиляции, диуреза.

А. А. Шипов совершенно справедливо указывает, что вопрос о лечении таких больных требует еще своего разрешения.

Автор останавливается на преимуществах у подобных больных фенестрации, описывает технику этой операции по Рокки. Очень ценно, что автор разработал и применил на практике свой, технически более простой, чем у Рокки, способ фенестрации. Произведенная им у 14 больных операция дала хорошие отдаленные результаты. Они подтверждаются изучением у этих больных БКГ, венозного давления, скорости кровотока, массы циркулирующей крови. Можно с уверенностью сказать, что данные А. А. Шипова по применению фенестрации при хронических легочных страданиях заслуживают внимания не только хирургов, но и терапевтов.

В целом работа интересная и полезная для хирургов. Будем надеяться, что автор продолжит свои исследования.

Проф. П. В. Кравченко, канд. мед. наук О. С. Кочнев (Казань)

СЪЕЗДЫ И КОНФЕРЕНЦИИ

УДК 616.831—005.1—613.816

ВОССТАНОВИТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ И СОЦИАЛЬНО-ТРУДОВАЯ РЕАДАПТАЦИЯ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ИНСУЛЬТА И АЛКОГОЛИЗМА

(По материалам специальной Всесоюзной научной конференции)

10—13/XI 1965 г., Ленинград

О восстановлении движений и речи после инсульта доложили Г. З. Левин, Э. Д. Тыкочинская, И. М. Тонконогий, Е. И. Бондаренко, С. А. Дорофеева (Ленинград). Под восстановлением функции имеется в виду не только реституция, но и компенсация посредством включения новых нервных элементов, которые либо не участвовали в нормальной функции до болезни, либо играли второстепенную роль.

Довольно большое количество больных, перенесших инсульт с расстройством движений, может восстанавливать сложные двигательные функции лишь постепенно, и это зависит, по-видимому, не только от естественного чувства страха и «недоверия» к своим еще слабым движениям, но и от распада сложного стереотипа их, который необходимо восстановить или, лучше сказать, перестроить. Чем дольше больной остается в постели, тем сложнее восстанавливать ходьбу. Выработка схемы сложного двигательного акта в новых условиях есть важнейшая задача компенсации, решение которой должно непременно сочетаться с психотерапевтическими воздействиями; у больного необходимо поддерживать стремление к восстановлению движений.

Применение спазмолитических средств, антикоагулянтов, сердечных, антибиотиков и др. является необходимым условием успеха, поскольку они способствуют восстановлению общего и мозгового кровообращения, уменьшению перифокального отека, улучшают деятельность сердца, облегчают борьбу с часто возникающей пневмонией и др. Уже в раннем периоде следует правильно располагать парализованные конечности, начинать пассивные и пассивно-активные движения, поворачивать больного, начинать пассивную гимнастику верхних конечностей и дыхательную гимнастику.

Противопоказано раннее начало лечебной физкультуры лишь у больных с кровоизлиянием в мозг, с высоким АД и при тяжелых поражениях сердца (ревматизм, атеросклероз), при мерцательной аритмии или частых стенокардитических приступах. Начало