

В предисловии автор обращает внимание на то, что за последние годы число больных со спаечными процессами брюшной полости после оперативных вмешательств неуклонно возрастает.

В I главе приведены интересные данные о частоте спайкообразования после лапаротомии, выявленные при повторных чревосечениях. По литературным источникам обнаружение спаек в этих случаях колеблется от 67 до 90%. По автору в числе многих причин кишечной непроходимости спайки занимают в среднем от 30 до 50%. Среди факторов, обуславливающих образование спаек, автор условно выделяет 3 основные группы: воспалительные процессы, механические (операционные) травмы и аномалии развития.

К. С. Симонян подчеркивает, что наличие спаечного процесса не является еще спаечной болезнью. Она возникает лишь тогда, когда спайки начинают вызывать болевые ощущения, к которым впоследствии присоединяется синдром, характеризующий это заболевание.

К. С. Симонян считает основой профилактики спайкообразования уменьшение травматичности операций. Следует избегать надрывов серозной оболочки, предупреждать образование гематом. При наложении анастомозов важно обеспечить достаточную герметичность швов; оставление тампонов в брюшной полости допустимо лишь при строго ограниченных показаниях.

Автор предлагает свою классификацию спаечной болезни. Он выделяет острую, интермиттирующую и хроническую форму заболевания, в последней — специфическую, перивисцеритную и аномальную.

В основу монографии положено 302 наблюдения над больными, оперированными по поводу спаечной болезни. Автор с убедительностью показал, что число спаечных форм среди других форм острой кишечной непроходимости неуклонно увеличивается.

К. С. Симонян считает, что при операции по поводу острой кишечной непроходимости не обязательно разделять все сращения; достаточно рассечь лишь те спайки, которые являются причиной непроходимости. Если в дальнейшем у больного будут явления интермиттирующей формы спаечной болезни, следует в холодном периоде выполнить интестинопликацию.

При завороте сигмовидной кишки автор рекомендует не ограничиваться укорочением брыжейки сигмы, а фиксировать кишку к брюшине латерального канала.

Едва ли можно согласиться с предложением К. С. Симоняна производить полную интестинопликацию при остром перитоните.

Автор настойчиво советует применять в послеоперационном периоде ганглиолитические вещества, в частности димеколин, который спустя 3—4 мин. после введения восстанавливает кишечную моторику. Ликвидации пареза способствует введение кишечного зонда и дача вазелинового масла внутрь.

При интермиттирующей форме спаечной болезни наблюдается истощение нервной системы, неврастения, психопатия, наркомания. Наступает извращение деятельности желудочно-кишечного тракта, возникают запоры, рвоты, потеря аппетита, утрата вкусовых ощущений и др.

При подготовке больных к интестинопликации автор с целью повышения неспецифической сопротивляемости организма назначает дибазол или элеутерококк; для снятия болей — димеколин, который устраняет перевозбуждение в ганглиозных клетках рефлекторной дуги; для профилактики инфекции — антибиотики.

Автор считает, что интестинопликация следует производить в горизонтальном направлении, оставляя брыжейку свободной от швов. В отличие от Нобля, он накладывает не серозный, а серозно-мышечный шов, что, по его мнению, предотвращает послеоперационную атонию кишечника и одновременно способствует более плотному прилеганию соседних петель друг к другу. Перед пликацией он рассекает серозную оболочку соприкасающихся поверхностей кишок, что способствует последующему спаянию сшитых петель. Невыполнение этого условия приводит к лишь частичному сращению кишечных петель. Из этих же соображений не рекомендуется ушивать десерозированные участки кишки: они обеспечат в дальнейшем достаточную степень сращения. При чрезмерно длинных петлях кишок их нужно укорачивать гофрирующим швом. Перед зашиванием брюшной стенки целесообразно положить фибринную пленку между пликсированными петлями и брюшной стенкой для избежания сращения между ними.

Рискованной следует считать рекомендацию автора о том, что если при мобилизации кишки произойдет ранение кишечной стенки, достаточно ушить ее однорядными узловыми шелковыми швами в расчете на то, что при интестинопликации поврежденный участок будет подшит к стенке соседней кишки.

Для борьбы с послеоперационным парезом кишечника, который может держаться 4—5 суток, автор назначает внутривенно гипертонические растворы хлористого кальция, сифонные клизмы, вазелиновое масло внутрь. Профилактике пареза способствуют ганглиолитические средства — меколин и димеколин; предотвращает парез также и кишечная интубация. Из 73 оперированных больных благоприятные результаты получены у 72.

При поражении спаечным процессом нескольких петель тонкой кишки автор прибегает к тотальной интестинопликации; при поражении перивисцеритом мобильной слепой кишки производит освобождение терминальной петли ileum от спаек, окутывает ее фибриной пленкой, а слепую кишку подшивает к заднему листку брюшины и к клетчатке. Так же он поступает и с сигмовидной кишкой при мезосигмоидите. Результаты операции следует признать вполне удовлетворительными.

К аномальной форме спаечной болезни автор относит врожденные спайки, возникшие на почве отклонений в развитии кишечной трубки (лейновские и джексоновские сращения, спайки в области сигмовидной кишки). Детально описана клиника этих состояний и методика оперативного лечения. Оперированные автором 8 больных находятся в хорошем состоянии.

Наилучшей операцией при абдоминальном туберкулезе автор считает интестинопликацию.

Глава о рентгенодиагностике в спаечной болезни написана Е. С. Геселевичем. Подчеркивается важность исследования больных в латеропозициях, что дает возможность определить место фиксации кишки, а также осмотреть область малого таза.

Книга написана хорошим литературным языком, легко и с интересом читается. Она снабжена 74 прекрасно выполненными рисунками и рентгенограммами. Монография является ценным вкладом в изучение очень трудной проблемы хирургии — спаечной болезни.

Доктор мед. наук **И. Ю. Юдин** (Москва)

Проф. Ю. В. Гулькевич. Перинатальные инфекции. «Беларусь», Минск, 1966. Ц. 72 к.

Книга посвящена важному и мало известному широким кругам врачей разделу детской патологии.

В I главе изложены вопросы инфекционной реактивности организма эмбриона, плода и новорожденного. Подробно указаны те влияния на эмбрион, которые обуславливают развитие пороков или смерть зародыша (аборт). В фетальном периоде возможны некоторые пороки и нарушения развития, а в позднем фетальном периоде начиная с 5—6 мес. возникает воспалительная реакция. Автор разделяет фетальный период на анте- и интранатальный, что, на наш взгляд, недостаточно обосновано, так как тем самым фетальный период отождествляется с антенатальным.

II глава посвящена вирусным инфекциям. Хорошо документированные детальные описания изменений при этих инфекциях имеют особое значение в связи со скудностью литературных данных. Детально обрисована патология цитомегалии и других вирусных заболеваний, в частности вирусного гриппа, который среди причин смертности детей первого месяца жизни составляет не менее 4%. Нередко встречается врожденная болезнь Боткина, особенно вызванная вирусом сывороточного гепатита. Этот вирус длительно задерживается в крови матери, и от момента ее заболевания до поражения плода может пройти 5—6 и даже 14 лет. В связи с этим возможны повторные рождения детей, страдающих циррозом печени.

Большой раздел посвящен бактериальным инфекциям. Бактериальные пневмонии изложены по этиологическому принципу. Это встречает определенные возражения, так как основная масса (до 80—90%) пневмоний новорожденных в силу различных причин, в том числе низких реактивных возможностей новорожденного (особенно недоношенного), не имеет специфических морфологических признаков, характерных для того или иного бактериального возбудителя. Бактериоскопические и гистобактериоскопические исследования являются шаткой основой для установления этиологии пневмонии, потому что не позволяют с достаточной точностью дифференцировать различные виды микробов. В то же время патогенетические механизмы пневмонии новорожденных различны и каждый из них имеет своеобразную морфологию (аспирационная, гематогенная и др. виды пневмонии). Поэтому патогенетический принцип в описании бактериальных пневмоний новорожденных и детей раннего возраста (Л. О. Вишневецкая, И. С. Дергачев) является в настоящее время более обоснованным.

Детально освещена морфология врожденного сепсиса и сепсиса новорожденных. Особенно полно охарактеризован листериоз — грануломатозный врожденный сепсис новорожденных, вызываемый особым видом микроба — *Listeria monocytogenes*. Приведены недостаточно описанные в литературе изменения плаценты при различных заболеваниях.

Следующий раздел касается протозойных инфекций — малярии и токсоплазмоза. Токсоплазмоз относится к редким заболеваниям плода и новорожденного. На материале прозектур г. Минска (4000 вскрытий по поводу перинатальной смерти) он наблюдался всего 2 раза. Незначительная роль токсоплазмоза и в возникновении пороков развития (Т. Е. Ивановская, А. И. Струков и Л. М. Болховитинова). Заболевает лишь один ребенок, последующие беременности заканчиваются рождением здоровых детей. Автор предостерегает от переоценки диагностического значения иммунологических реакций на токсоплазмоз. Они лишь указывают, что женщина в прошлом боле-