

К ДИАГНОСТИКЕ ПЕРЕЛОМОВ РЕБЕР

Н. И. Пушкарев

(Белебей)

Для уточнения диагноза перелома ребер мы применяем такой прием: прикладываем левую ладонь к грудной стенке со здоровой стороны, а правую к месту травмы и заставляем пациента сгибать и разгибать ногу с больной стороны. При переломе, как правило, правой рукой ощущается костный хруст. Этот прием иногда дает возможность поставить или исключить диагноз перелома более точно, чем рентгенограмма.

БИБЛИОГРАФИЯ И РЕЦЕНЗИИ

Роль анатомо-физиологических факторов в вопросах патогенеза и лечения некоторых хирургических и урологических заболеваний. Сб. трудов факульт. хирург. клиники им. А. В. Вишневого Казанского медицинского института. Казань, 1967. Тираж 1000 экз., цена 1 руб. 05 коп.

Работы нового сборника Казанской хирургической клиники им. А. В. Вишневого объединены идеей нервизма, проходящей красной нитью через представленные в книге различные исследования. Сборник открывается обзорной статьей проф. И. Ф. Харитонов, убедительно показывающей на большом клиническом и экспериментальном материале, насколько значительный удельный вес в этиологии и патогенезе гидронефрозозов занимают случаи, связанные с нарушением иннервационных механизмов мочеточников. Наряду с врожденным недоразвитием в последних афферентных и ганглиозных элементов в клинической практике нередко наблюдаются нарушения нервного аппарата мочевыводящих путей как следствие воспалительных процессов. Заметим, что в последнее время исследованиями нейростологической лаборатории Ленинградского нейрохирургического института им. А. Л. Поленова установлены также дистрофические изменения нервного аппарата мочевыводящей системы при различного рода травмах центральной нервной системы, а также в результате ишемизации дистальных отделов спинного мозга. Заслуживает серьезного внимания метод лечения в клинике проф. И. Ф. Харитонova нибуфином, в значительной степени снимающим явления атонии мочеточников.

Согласно нашим наблюдениям, в составе начального отдела мочевыводящих путей, в частности в почечной лоханке, сконцентрировано множество рецепторных окончаний. Ю. С. Боголюбов, создавая в эксперименте повышенное давление в названном отделе мочевыводящих путей, наглядно продемонстрировал развитие лоханочно-кишечного рефлекса, имитирующего явления кишечной непроходимости. Как известно, воспалительные процессы в почках и мочевом пузыре приводят также к рефлекторным нарушениям всасывательной и секреторной функции кишечника (Н. К. Бочарова, 1965). Весьма интересным в аспекте современных представлений о соотношении в нервных сплетениях брюшной полости спинномозговых и блуждающих нервов является исследование А. А. Ахунзянова, показавшего опосредованное влияние блуждающего нерва на органы мочеотделения, что согласуется с нашими нейростологическими наблюдениями. Комплексный — морфофизиологический характер носят работы А. А. Ахунзянова и Н. М. Иванова, рассматривающие состояние мочевыводящих путей в условиях экспериментального перитонита у собак.

Общая нейробиологическая направленность научной работы клиники обогащает врачебное мышление, о чем свидетельствует статья Л. Г. Баязитова, посвященная анализу патогенетического лечения пиелонефрита и атонии мочеточников у детей, статья Л. Н. Молчанова, И. Ф. Харитонova, В. С. Гирфанова, О. Н. Гречко о принципах лечения кардиоспазма и др.

Наряду с выявлением рефлекторных взаимосвязей органов мочевыделительной системы определялись и висцеро-висцеральные влияния в пределах пищеварительного тракта (Ю. М. Карпунин). Автор привлекает для объяснения нарушения моторики различных отделов кишечника при экспериментальном тифло-перитифлите воздействие нервных и гуморальных факторов на мышечную оболочку кишки и желудка.

Значительное внимание уделено в сборнике вопросам морфо-физиологического обоснования хирургического лечения желчных путей. Н. Г. Григорьев выполнил интересную, трудоемкую работу по анализу состава нервного аппарата желчного пузыря и его взаимосвязей с экстраорганными нервными сплетениями. В одной из статей автор описал вариации гигантских нервных клеток, являющихся, как известно, афферентными. Обнаружены, кроме того, нейроны с обширными отростками в виде пластин. Замечено, что

после экстирпации чревного сплетения развиваются изменения структуры некоторых отростков нервных клеток желчного пузыря.

Другая статья Н. Г. Григорьева посвящена выяснению нейротканевых связей клеток второго типа Догеля в стенке желчного пузыря. У этих афферентных нейронов автор также наблюдал изменения отростков после операции удаления чревного сплетения, а также после перерезок блуждающих нервов. Препараты Н. Г. Григорьева весьма интересны, однако не всегда удачно отображены на рисунках (рис. 2, стр. 229; рис. 7, стр. 234). Работа Н. Г. Григорьева явилась нейроморфологическим основанием для исследований физиологического и клинического характера. В результате физиологических экспериментов В. С. Гирфанов показал, что регуляция моторики желчного пузыря осуществляется, в частности, при посредстве чревных и блуждающих нервов, а также заднекорешковых нервных волокон. Раздражение периферических отрезков задних корешков на уровне нижних грудных и верхних поясничных позвонков приводило к возбуждению перистальтики пузыря. Материалы Н. Г. Григорьева и В. С. Гирфанова во многом согласуются с обобщениями С. М. Горшковой и И. Т. Курцина (1967), В. Я. Карупу (1967), и др.

С. Я. Кнубовец подробно описал преимущества рентгено-манометрического исследования в хирургической клинике, а Л. М. Нечунаев рассмотрел способы резекции печени в зависимости от ее ангиоархитектоники. К сожалению, в последней работе не упоминается о необходимости учета при операциях на печени и особенностей морфологии ее нервного аппарата. Аналогичное замечание можно отнести и к превосходно выполненной работе Л. Н. Молчанова о способах резекции легких.

Ряд сообщений в сборнике посвящен разработке оперативных доступов к различным внутренним органам. Обстоятельно анализу подверглось хирургическое лечение стриктур уретры, даны соответствующие практические рекомендации (И. Ф. Харитонов и Э. Н. Ситдыков). Э. Н. Ситдыков предложил удачную методику надлобковой аденэктомии и приемы создания искусственного мочевого пузыря при посредстве изолированной кишечной трубки. Известно, что при подобных операциях наступают явления реиннервации и реваскуляризации искусственного пузыря (Д. М. Голуб и др., 1964). Привлекают внимание способы пластических операций при гидронефрозе, описанные М. И. Мавриным.

Несколько статей посвящено проблеме диагностики опухолей мочевого пузыря (В. Е. Савельев и О. П. Ионова), в частности при содружестве хирургической клиники с ЦНИЛ разработана методика цитологической диагностики названной опухоли при помощи флуоресцентной микроскопии и реакции на РНК. Наконец, в статье С. И. Белых уточняются диагностические признаки опухолей почек и показания к их оперативному лечению.

В целом сборник трудов клиники им. А. В. Вишневского отражает большую разностороннюю научную работу ее сотрудников, среди которых большинство — перспективные молодые хирурги. Целеустремленность научной направленности клиники, объединенной принципом нервизма, верность традициям клиники, постоянная органическая связь с физиологическими и морфологическими кафедрами и лабораториями свидетельствуют о верном многообещающем научном пути клиники им. А. В. Вишневского.

Доктор мед. наук В. Н. Швалев (Ленинград)

СЪЕЗДЫ И КОНФЕРЕНЦИИ

ПЛЕНУМ ПРАВЛЕНИЯ ВСЕСОЮЗНОГО РЕВМАТОЛОГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА

(14—16/XII 1967 г., Ленинград)

Пленум был посвящен вопросам диагностики ревматизма и инфекционного неспецифического полиартрита.

И. В. Воробьев и сотр. (Москва) изучали вопросы дифференциальной диагностики первичного ревмокардита и так называемого кардиального синдрома при хроническом тонзиллите. Авторы подчеркнули, что первичному ревмокардиту предшествует острая стрептококковая инфекция, а кардиальному синдрому — инфекция верхних дыхательных путей, которая сопровождается лейкопенией и относительным лимфоцитозом, титр АСЛ-О обычно ниже 1:200. Развитию первичного ревмокардита предшествует светлый интервал хорошего общего состояния, начало процесса можно точно установить, течет он остро или подостро, а кардиальный синдром возникает на фоне лишь некоторого затухания инфекции, не имеет отчетливого начала и обычно течет вяло. Для больных с кардиальным симптомом характерны более или менее выраженная астенизация нервной системы, эгоцентризм, обилие жалоб, резкая их эмоциональная окраска, настоящие желание обследоваться и длительно лечиться.