

Коллектив кафедры акушерства и гинекологии № 1 Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина сердечно поздравляет дорогого юбиляра и желает ему долгих лет жизни и больших творческих успехов.

Сотрудники и ученики

*
* *

Коллектив редакции «Казанского медицинского журнала» горячо поздравляет своего активного сотрудника проф. Николая Емельяновича Сидорова со славным юбилеем, желает ему доброго здоровья и дальнейших успехов в его многогранной деятельности.

БИБЛИОГРАФИЯ И РЕЦЕНЗИИ

В. С. Лукьяненко. Остеомиелиты челюстей, их профилактика и лечение.
Медицина, Л., 1968 г. 296 стр. Тираж 10 000

Книга посвящена проблеме остеомиелитов челюстей различного происхождения: одонтогенного, травматического, гематогенного и специфической этиологии.

В первом разделе изложены этиология, патогенез, патологическая анатомия, клиника и диагностика одонтогенного остеомиелита челюстей, который продолжает оставаться самым распространенным заболеванием хирургической стоматологии. Автор подчеркивает те важнейшие признаки, учет которых необходим при диагностике острого и хронического одонтогенного остеомиелита в условиях изменившегося за последние десятилетия клинического течения этого заболевания. Подробно рассмотрены наиболее значительные осложнения одонтогенного остеомиелита — флегмоны и абсцессы челюстно-лицевой области и шеи, тромбоз кавернозного синуса, гайморит, подкожная гранулема, патологический перелом нижней челюсти, контрактура и анкилоз, а также септические процессы.

Особый интерес в рецензируемой монографии представляют впервые поднятые вопросы профилактики одонтогенного остеомиелита. Автор раскрывает реальные возможности предупреждения остеомиелитов путем плановой санации полости рта. Указаны те условия лечения больных зубов, пренебрежение которыми наиболее часто приводит к развитию остеомиелита челюсти. Рекомендации основываются на анализе большого личного врачебного опыта автора.

Лаконично и понятно изложены необходимые сведения о лечении больных в послеоперационном периоде; даны конкретные предложения по экспертизе трудоспособности при остеомиелите челюстей. Эти крайне важные вопросы прежде не освещались в литературе.

Описывая клинику, диагностику и терапию гематогенного остеомиелита, автор подчеркивает значение воспалительных процессов на коже лица, головы, шеи и других частей тела.

Второй раздел посвящен травматическим остеомиелитам челюстей неогнестрельного, огнестрельного и лучевого происхождения. Отмечено преимущественное поражение нижней челюсти. Показано, что в развитии заболевания решающая роль принадлежит инфицированию, поздней госпитализации и неполноценной иммобилизации. Рассмотрен вопрос о роли интактного и пораженного зуба, находящегося в линии перелома. Автор рекомендует накладывать глухой шов после секвестротомии, что значительно сокращает продолжительность лечения и благоприятно в косметическом отношении. Определены оптимальные сроки и объем оперативных методов лечения в разные периоды болезни.

Основные аспекты учения о травматическом остеомиелите огнестрельного происхождения рассматриваются автором в свете собственного клинического опыта. Он считает целесообразным раннее оперативное вмешательство — еще в острой фазе заболевания. Оптимальным является вмешательство к концу 3—4-й недели, когда в огнестрельной ране наблюдается хорошая регенеративная способность тканей с четким отграничением секвестров. Появление признаков консолидации перелома не является противопоказанием к вмешательству.

Сжато изложены данные о лучевом остеомиелите челюстей. Наряду с описанием его клиники, условий и механизма развития, на конкретных примерах показаны трудности лечения таких процессов. Заостряется внимание на значении состояния полости рта и медикаментозного лечения больных радионекрозом челюстей.

Третий раздел посвящен остеомиелиту челюстей специфической этиологии — актиномикотической, туберкулезной и сифилитической.

Показано разнообразие и особенности клинического течения актиномикоза челюстей. Отмечено диагностическое значение кожно-аллергической пробы и серологических

реакций. Обращено внимание на диагностические и лечебные трудности в связи с бессистемным применением антибиотиков.

Приведены краткие данные о туберкулезном и сифилитическом остеомиелите челюстей, которые в настоящее время представляют интерес главным образом с точки зрения дифференциальной диагностики.

Монография написана хорошим литературным языком, иллюстрирована большим количеством оригинальных рисунков, схем, рентгенограмм и микрофотографий и хорошо оформлена полиграфически.

Список литературы содержит 641 источник.

Этот труд, выполненный на высоком теоретическом уровне, будет полезен как научным работникам, так и практическим врачам — стоматологам и хирургам.

Проф. Г. Д. Овруцкий (Казань) и доц. А. М. Никандров (Омск)

СЪЕЗДЫ И КОНФЕРЕНЦИИ

У НЕМЕЦКИХ ОРТОПЕДОВ

В конце апреля 1968 г. в Потсдаме (ГДР) состоялась XVII конференция Общества ортопедов ГДР с участием ортопедов Австрии, Болгарии, Венгрии, Румынии, Польши, Чехословакии, СССР (профессора Ф. Р. Богданов, М. В. Волков и Л. И. Шулуто), ФРГ. Председательствовал на конференции доктор мед. наук Х. Крелле.

Для обсуждения были выдвинуты следующие главные темы: 1) врожденные деформации; 2) системные заболевания скелета; 3) обеспечение ортопедическими изделиями.

Научные заседания начались докладом проф. Кайзера (Берлин) о врожденных деформациях. Докладчик выделяет деформации наследственные и приобретенные, которые могут возникнуть на почве эндогенных и экзогенных причин. Воспалительные процессы, по мнению докладчика, наблюдаются во втором периоде развития плода. Большинство дефектов развития наследуется. Однако есть немало и других причин, среди которых отмечается влияние радиий- и рентгеновых лучей, медикаментов, недостатка витаминов, немолодой возраст родителей и пр. Энергичное лучевое воздействие вызывает гибель клеток, а слабое может обусловить мутацию только через несколько поколений. Так как трудно установить день зачатия, встречаются затруднения в уточнении срока образования эмбриопатии. Обычно нарушения в нормальном развитии плода происходят в 1—13-ю недели. Синдактилию докладчик объясняет задержкой формирования; артрогрипоз — приостановкой развития; полидактилию — форсированным развитием плода.

Реттиг, обсуждая вопросы лечения больных с врожденными деформациями конечностей, указал на необходимость учитывать в первую очередь задачи функционального характера. Не всегда нужно спешить с устранением деформации, необходимо выяснить возможности биомеханического приспособления больного. Правда, в отдельных случаях (множественные деформации, резкие нарушения функции, прогрессирующие виды и пр.) больных следует оперировать без промедления.

Пап считает, что синдактилии, полидактилии, фокомелии, косолапость, блок позвонков и другие деформации у человека должны быть отнесены к наследственным. При повреждении ткани регенерация ее происходит на одной или нескольких филогенетических ступенях ниже.

Ратке представил материал о некоторых генетических закономерностях развития дефектов тел позвонков. Так, отклонения от нормального развития позвоночника находятся в прямой зависимости от антенатального развития *chorda dorsalis*, где могут образоваться различной формы перегородки, препятствующие нормальному окостенению позвоночника.

Госхейм считает, что нарушение процесса окостенения позвонков может наблюдаться в 1—4-ю эмбриональные недели. Учитывая, что хорда индуцирует образование позвонков, а нейральная трубка — дужек, следует помнить об их взаимосвязи и возможностях комбинированных деформаций в виде *spina bifida*, *meningomyelocelae* и др. *Spina bifida aperta* всегда осложняется участием спинного мозга или его оболочек, нередко наблюдаются менингит и гидроцефалия, которые являются причиной высокой смертности.

Прохаска, анализируя боли в крестцовой области, считает необходимым уточнить 3 вопроса: 1) связаны ли боли с рентгенопределяемыми деформациями скелета; 2) стойкие ли это боли и могут ли они привести к инвалидности; 3) не связаны ли они с имевшейся травмой.

Врожденные деформации, которые имеются более чем у трети всех людей, редко приводят к стойким болевым ощущениям. Чаще они бывают при различных формах нарушенной ассимиляции, в то время как при неполном срастании дужек боли скорее