

звоночных артерий, могут проявиться клинически не обязательно в раннем детском, а в подростковом, юношеском и даже в зрелом возрасте. По мнению автора, «многие заболевания нервной системы взрослых являются иногда поздней платой за неблагоприятные периоды новорожденности». Это мнение глубоко аргументировано рядом клинических примеров и служит веским основанием к дальнейшему поиску самых ранних истоков столь распространенных ныне цереброваскулярных заболеваний.

Данные о нарушениях мозгового и спинального кровообращения у детей вследствие поздней манифестации нередко незначительных повреждений в родах шейного отдела позвоночника и позвоночных артерий достаточно хорошо обоснованы и в предыдущих работах А. Ю. Ратнера и стали уже общепризнанными. Вот почему особенно большой интерес вызывают приводимые в монографии сведения о возможной связи с натальной патологией таких синдромов, как минимальная церебральная дисфункция, минимальная спинальная недостаточность, цефалгические и вегетососудистые кризы, эпилептические припадки и др. Следует лишь приветствовать стремление автора установить возможное отношение к натальным травмам позвоночника и других патологических состояний — нарушений зрения у детей, так называемой цервикальной близорукости, раннего детского и юношеского остеохондроза, сколиозов, энуреза. Автор проявляет вполне обоснованную осторожность в интерпретации такой возможности, так как данная проблема еще мало исследована.

Представлены параклинические критерии диагностики натальных повреждений нервной и сосудистой систем (спондилография, РЭГ, ЭЭГ, ЭМГ и др.), в особенности малосимптомных или субклинических.

Не может не вызвать восхищения яркий, образный и убедительный язык, которым написана книга. Заслуга в этом принадлежит не только автору, но и редактору издательства, бережно отнесшихся к рукописи и не увлекшихся сомнительной задачей «усреднить» манеру изложения внесенем в нее привычных для журналов оборотов.

Монография А. Ю. Ратнера знаменует собою дальнейшее развитие созданного автором перспективного направления в современной клинической медицине, возникшего на стыке неврологии, акушерства и педиатрии. Поэтому она будет встречена с несомненным интересом не только специалистами, связанными с данной темой, но и всеми практическими врачами.

Проф. Е. М. Бурцев (Иркутск)

---

**В. А. Козлов. Хирургическая стоматологическая помощь в поликлинике. М., «Медицина», 1985, 272 с.**

Рецензируемая работа посвящена организации стоматологической службы, методам обследования, диагностике, обезболиванию и лечению больных с разнообразной патологией челюстно-лицевой области. Книга состоит из 10 глав.

В первой главе изложены принципы организации стоматологической помощи в поликлинике. Автором описаны условия амбулаторной работы врача, перечислены обязанности хирурга-стоматолога, а также отмечены некоторые организационные ошибки при направлении больных в стационар. В этой же главе очень лаконично освещены вопросы реабилитации и диспансеризации стоматологических больных.

Во второй главе приведены методы обследования больных и обоснование показаний для их госпитализации. Следует отметить необходимость создания лаборатории для анализа крови и цитологических исследований в амбулаторных стоматологических учреждениях.

В третьей главе рассмотрены вопросы местного и общего обезбоживания в поликлинических условиях, а также осложнения при различных видах обезбоживания, возможные при амбулаторных хирургических операциях, в том числе при удалении зубов.

Четвертая и пятая главы посвящены оперативным вмешательствам на зубах и альвеолярных отростках челюстей. Достаточно четко обоснованы показания и противопоказания, а также отмечены возможные осложнения, что поможет рационально организовать работу врача в условиях амбулатории.

В шестой главе описываются одонтогенные воспалительные процессы челюстей и их осложнения (флегмоны), специфические воспаления челюстно-лицевой области (актиномикоз, туберкулез, сифилис), посттравматические воспалительные процессы челюстей, заболевания слюнных желез, верхнечелюстной пазухи. Однако автор обходит вниманием фурункулы и карбункулы лица, которые также встречаются в амбулаторной практике врача и нередко требуют незамедлительного вмешательства.

Седьмая и восьмая главы книги посвящены повреждениям челюстно-лицевой области. Дается характеристика ран мягких тканей лица, а также возможных осложнений, указываются меры профилактики. Следует отметить, что при ранениях мягких тканей лица следует воздержаться от раннего (на 6—7-й день) снятия швов, поскольку эластичность тканей и повреждения волокон мимической мускулатуры создают натяжение сближенных краев раны. Швы лучше снимать на 10-й день. Кроме того, желательно дать описание клинической картины сотрясения головного мозга при

повреждениях челюстно-лицевой области, что поможет дифференцировать эти повреждения в поликлинических условиях для определения лечебной тактики.

В девятой и десятой главах содержатся вопросы клиники и диагностики доброкачественных и злокачественных новообразований челюстно-лицевой области, которые помогут врачам-стоматологам проявить онкологическую настороженность и своевременно направить больного в специализированное учреждение.

Монография В. А. Козлова хорошо иллюстрирована, написана лаконичным доступным языком. Нет сомнения, что она принесет большую пользу врачам-стоматологам, работающим в условиях амбулатории.

Проф. Ф. С. Хамитов (Казань)

## СЪЕЗДЫ И КОНФЕРЕНЦИИ

### IV СЪЕЗД УРОЛОГОВ УКРАИНСКОЙ ССР

(г. Киев, 3—6 сентября 1985 г.)

С докладом по диспансеризации в урологии выступила доктор мед. наук Л. П. Павлова (Киев). Она обратила внимание на роль диспансеризации в предупреждении как возникновения урологических заболеваний, так и их трансформации в хронические формы, в своевременном лечении больных с урологической патологией. Предлагается расширить объем диспансеризации за счет наблюдения за практически здоровыми людьми, а также за лицами, имеющими факторы риска. Вопрос о целесообразности участия уролога в ежегодных осмотрах населения решен на основе анализа степени нуждаемости в консультации уролога. Сделан вывод, что предварительный отбор больных для специализированного осмотра урологом должен проводиться терапевтами, хирургами и педиатрами, при этом указано на необходимость официального разрешения органами здравоохранения трудностей с урорентгеновским обследованием больных. Для более динамичного наблюдения за оперированными больными централизованную диспансеризацию предложено осуществлять в тех лечебных учреждениях, в которых им было оказано соответствующее лечение.

В. Н. Ткачук (Ленинград) коснулся принципов диспансеризации больных с пиелонефритом. По рекомендуемой им схеме сроки диспансеризации должны составлять не менее 2 лет. В первые 6 месяцев профилактические осмотры рекомендуется проводить ежемесячно, а в последующем — один раз в 3 месяца.

Многими докладчиками предложены профилактические обследования мужчин старше 40 лет для раннего выявления заболеваний предстательной железы. И. П. Шевцовым и Н. С. Левковским (Ленинград) выделено несколько групп диспансерного учета при мочекаменной болезни. К 1-й должны быть отнесены здоровые люди с фактором риска; ко 2-й — клинически излеченные больные по истечении трехлетнего контрольного периода; к 3-й — больные с различными хроническими заболеваниями, предрасполагающими к возникновению мочекаменной болезни; к 4-й — больные после отхождения или удаления камней со сроком до 3 лет; к 5-й — больные с камнями, не требующими хирургического удаления; к 6-й — больные мочекаменной болезнью с выраженными морфологическими и функциональными изменениями при коралловидных и рецидивных камнях.

Доклад по гидронефрозу сделал В. С. Карпенко (Киев). В диагностике гидронефроза большое значение уделено интраоперационной электромиографии, а в качестве наиболее эффективной операции предложен метод Андерсона — Хайнса по возможности с отказом от нефростомии. По мнению докладчика, лечение гидронефроза, связанного с аномальным нижнеполярным сосудом, должно проводиться путем резекции лоханочно-мочеточникового сегмента. В докладе А. М. Романенко (Киев) такая тактика обоснована данными морфологических и электронно-микроскопических исследований, которые показали связь между добавочным сосудом и так называемой сочетанной нейромышечной дисплазией лоханочно-мочеточникового сегмента. радикальное лечение которого возможно лишь резекцией измененного отдела мочевой трубки. Показания к оперативному лечению во всех стадиях заболевания и возрастных группах больных ставятся достаточно широко.

Н. А. Лспацкий и соавт. (Москва) отметили, что тактика лечения позднего гидронефроза и послеоперационного ведения больных определяется тяжестью обструктивной нефропатии, выраженностью и обратимостью нарушений моторики пораженных мочевых путей, а также функциональными ресурсами контралатеральной почки. Ю. А. Пытель и В. Г. Казимиров (Москва) предлагают резекцию нижнего полюса почки как метод лечения гидронефроза, обусловленного aberrантным нижнеполярным сосудом, а также достаточно обширную резекцию мочеточника при его стенозе. Киевскими урологами В. В. Жила и В. С. Черненко в лечении гидроне-