

шированным хирургом, эрудированным врачом, обладающим большим стажем, опытом в организационной, научной, лечебной работе и пользующимся авторитетом как специалист. Если он действительно обладает всеми этими качествами, он является именно той основной фигурой, которая способна возглавить сложную работу по снижению числа хирургических ошибок».

Нельзя не согласиться с авторами, что «научно-исследовательская и научно-учебная работа помогает установить наиболее высокий уровень обслуживания больных, соответствующий современному состоянию медицинской науки».

На фоне общего благоприятного впечатления необходимо отметить отдельные улучшения авторов.

Неудачной и малопонятной следует признать фразу на стр. 40: «Все остальные «причины» следует рассматривать, как повод для ошибки, но эти поводы в конечном итоге приводят либо к неправильному сбору всех фактов, характеризующих больного и его болезнь, либо к неправильной оценке и сопоставлению этих фактов».

Нам кажется также мало удачным пример на стр. 85, где авторы пишут: «Ошибка в данном случае заключалась также в том, что перед началом наркоза не проводилась проверка качества эфира». Это касается больной 55 лет, страдавшей раком сигмовидной кишки с метастазами в печень. Безусловно, что проверка качества эфира пробой с лакмусом может иметь некоторое значение, однако в приводимом наблюдении у читателя складывается впечатление, что смерть больной наступила вследствие передозировки эфира.

Малый объем книги не позволил авторам полно использовать литературные данные выдающихся русских хирургов И. И. Грекова, В. А. Опеля, А. В. Мельникова, В. И. Разумовского, А. М. Заблудовского и др., посвятивших ряд своих работ ошибкам в хирургии.

Перечисленные недостатки, как и некоторые другие, в сравнении с громадными достоинствами книги незначительны, поскольку она вносит в отечественную хирургию много нового, оригинального и интересного. Анализ причин ошибок, оригинальная интерпретация фактов и организационные выводы будут способствовать росту наших хирургов.

Ознакомление же с нею молодых хирургов, в особенности на периферии, будет способствовать и снижению числа их ошибок и значительному расширению их кругозора. Полезна будет книга и для организаторов здравоохранения, руководителей клиник и преподавателей хирургии, поскольку эта книга — не только превосходный справочник, облегчающий разбор встречающихся в хирургии ошибок, но и пособие для подготовки научных докладов и лекций.

Читается эта книга легко, как увлекательная повесть о клиническом пути хирургов, «на котором было много переживаний, волнений, страданий и порой долгих тяжелых горьких дум», и неудивительно, что у читателя невольно возникают ассоциации прожитого и пережитого. Вместе с тем с каждой страницы этой книги веет оптимизмом, новым и прогрессивным. При чтении ее возникает мысль о целесообразности представителям и других специальностей последовать примеру Н. И. Краковского и Ю. Я. Грицман, взяв на себя труд освещения ошибок в практике.

Если учесть то обстоятельство, что рецензируемую книгу с удовольствием прочтут не только хирурги, но и врачи различных специальностей, то тираж в 20 000 экземпляров следует полагать недостаточным.

М. Ю. Розенгартен
(Казань)

РАЦИОНАЛИЗАТОРСКИЕ ПРЕДЛОЖЕНИЯ

НОВЫЙ ОФТАЛЬМОСКОП¹

Н. В. Бусыгин

(Казань)

Офтальмоскопия в обратном виде обычно производится ручными офтальмоскопами, при этом приходится ловить в воздухе изображение глазного дна, что очень трудно сделать начинающим окулистам.

Известно, что для того, чтобы хорошо видеть глазное дно, необходимо, чтобы на одной линии находились центр зрачка врача, центр линзы и центр зрачка пациента,

¹ Доложено 26/III-58 г. на заседании Казанского офтальмологического общества.

а этого можно добиться простым укреплением на подставках зеркала, линзы и подбородка больного.

В настоящее время мне удалось сконструировать офтальмоскоп, который был изготовлен в 5-м Казанском техническом училище.

Офтальмоскоп (рис. 1) состоит из плиты *а*, на которой укреплены 3 подставки:

1) Подставка *б* расположена от пациента на расстоянии 10—12 см, на ней поставлены на шаровых шарнирах две линзы +12,0 Д в узких оправках, они двигаются во всех направлениях.

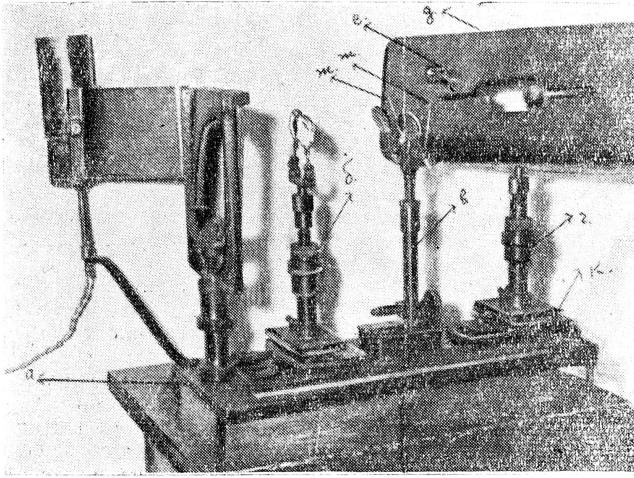


Рис. 1.

обратного изображения, F — фокусное расстояние линзы, f — фокусное расстояние глаза) при рассматривании с +12,0 Д увеличивается в 11 раз.

2. На штативе *г* укреплены в узких оправках (имеющих шаровые шарниры) два плоских зеркала от ручного офтальмоскопа, причем центральное их отверстие должно быть не более 3 мм.

К перекладине зеркал прикреплен железный лист *д*, по нему легко передвигается магнит с блестящей, покрытой красной фольгой колбочкой, это — указатель направления взгляда больного — *е*.

3. К перекладине штатива *в* укреплены вблизи линз +6,0 Д указывающие на найденный нужный фокус на дне глаза две стрелки *ж*, они свободно поворачиваются во все стороны и могут быть направлены своими концами на подлежащий исследованию фокус на дне глаза.

Преимущества нового офтальмоскопа

1. Щит с указателем *е* обеспечивает точность наводки на сосок зрительного нерва, этому же служат стрелки *ж*, укрепленные вблизи штатива *в*.
2. Им можно исследовать глазное дно при разных увеличениях, для чего стоит только повернуть линзы +6,0 Д, укрепленные на подставке *в*, поставив их на пути лучей, возвращающихся из глаза больного.
3. При исследовании свободны обе руки, и правой из них можно делать зарисовку дна.

Инструкция по пользованию офтальмоскопом

1. Повертывая муфту подбородника, добиваемся положения глаза пациента на уровне белой отметки рамки для лица.
2. Опрокинув вниз линзы *ж* +6,0 Д и отодвинув вправо (при исследовании правого глаза) подставку *б*, наводим зайчик от зеркала на глаз до тех пор, пока не засветится зрачок красным светом, смотрим через отверстие зеркала, прозрачны ли среды глаза пациента.
3. Подставку *б* снова передвигаем влево и, поворачивая муфту этой подставки, ставим линзу +12,0 Д на пути лучей, отраженных сетчаткой глаза так, чтобы черная точка зайчика оказалась в центре зрачка больного.
4. Повертывая барашек внизу на подставке *б*, закрепляем ее неподвижно перед глазом.
5. Исследуя правый глаз, заставляем пациента смотреть на блестящую красную колбочку магнита и, перемещая рукой магнит по щиту, устанавливаем последний на том месте, когда ясно увидим сосок зрительного нерва; изучив сосок, начинаем водить

На подставке *в* 2 линзы +6,0 Д, они находятся от глаза исследуемого на расстоянии 28—30 см. Передвижение линз в боковые стороны производится просто рукой, а вверх и вниз — поворачиванием муфт подставок.

Вперед и назад подставка *б* передвигается ручкой *к*, которой заканчивается проходящий под плитой длинный винт, припаянный к подставке *б*.

Линзы желательно иметь плоско-выпуклые, но можно — перископические диаметром в 40 мм, которые обычно продаются в магазинах для очков.

Обратное воздушное изображение глазного дна (согласно формуле: $y = \frac{F}{f}$, где y — увеличение

магнит в разные стороны, пока не найдем какой-либо патологический фокус на дне. Повертывая винт *к*, добиваемся, чтобы красный рефлекс со дна глаза разлился по всему зрачку.

6. После исследования дна с линзой +12,0 Д начинаем рассматривание дна при большом увеличении, для чего стоит только поднять опущенную линзу +6,0 Д.

Перечисленные достоинства данного офтальмоскопа позволяют рекомендовать его для введения в повседневную практику окулистов и врачей других специальностей, пользующихся офтальмоскопией, а также для преподавания офтальмоскопии студентам и врачам.

Поступила 3 апреля 1958 г.

КРАТКОЕ СОДЕРЖАНИЕ СТАТЕЙ, ПОСТУПИВШИХ В РЕДАКЦИЮ

Канд. мед. наук **М. С. Шнейдер** (Сталино). **Трактовка кожной пробы с трипановой синью (пробы Лещинского-Кавецкого)**

Кожная проба с трипановой синью рассматривается многими авторами как показатель функционального состояния соединительной ткани. Ее активность считается тем большей, чем сильнее выражено распространение краски в коже. Такая трактовка трипановой пробы, предложенная еще четверть века назад, поддерживается рядом исследователей и в настоящее время.

Автором пробы Лещинским (1932) высказано предположение, что введенная в кожу трипановая синь поглощается гистиоцитами и распространяется в ней благодаря подвижности соединительнотканых клеток. Эта гипотеза и подвергнута проверке в настоящей работе, причем мы не нашли зависимости между величиной трипанового индекса и активностью кожных гистиоцитов.

Второй этап работы был посвящен решению вопроса о том, является ли диффузия основным фактором в распространении краски.

Мы вводили в кожу нижней трети предплечья 0,2 мл 0,1% раствора трипановой сини и в кожу симметричного участка второй руки такое же количество 0,1% раствора другого окрашенного вещества с большим или меньшим радиусом частиц (тушь, конгорот, индигокармин). При этом предполагалось, что если краска распространяется в коже посредством диффузии, площадь окрашенного пятна через определенный промежуток времени должна быть тем больше, чем меньше диаметр частиц введенного вещества. При этих опытах мы обнаружили обратную зависимость интенсивности распространения от радиуса частиц красок в растворе, то есть диффузия является основным фактором в распространении красок в поверхностных слоях кожи. Скорость распространения краски обратно пропорциональна сопротивлению, оказываемому основным веществом соединительной ткани распространению краски, то есть прямо пропорциональна его проницаемости.

Таким образом, наши данные свидетельствуют, что интенсивность распространения трипановой сини в коже (выпадение пробы Лещинского-Кавецкого) зависит главным образом от проницаемости основного вещества соединительной ткани.

К. Ф. Ширяева и А. П. Максимкина (Куйбышев-обл.). **Случай полного врожденного отсутствия перикарда у больной с пентадой Фалло**

Ребенок Б., 3 г. 8 мес., поступил в хирургическую клинику 19/V-58 г. по поводу синего врожденного порока сердца из Ленинграда, где дважды обследовался в клинике, занимающейся хирургией сердца. Установлен диагноз тетрады Фалло с гипертрофией левого желудочка. Операция после обследования была отложена на 1 год, но в связи с ухудшением состояния родители привезли ребенка в нашу клинику.

Девочка от 1 беременности, родилась в срок с весом 3200,0. Мать страдает ревматическим пороком сердца, во время беременности наблюдался тяжелый токсикоз.

Диагноз врожденного порока сердца был поставлен в двухмесячном возрасте, с 1,5 мес. появился цианоз слизистых и ногтей при крике ребенка. В 10 мес. появились приступы сердечно-легочной недостаточности, сопровождающиеся судорогами и потерей сознания. Приступы были особенно часты до двухлетнего возраста. С двух лет ребенок начал ходить, но часто присаживается на корточки.

Девочка значительно отстает в физическом и психическом развитии. Перенесла краснуху, грипп, воспаление легких и ангину.

Общее состояние средней тяжести, цианоз кожных покровов и слизистых, пальцы в форме «барабанных палочек».