

При использовании РСК-10 следует руководствоваться тем, что оптимальный доступ создается, когда проекция объекта операционных действий ограничивается пределами окна доступа. Органы, расположенные вне его, менее доступны для манипуляций. Качество доступа ухудшается по мере удаления органа от указанной плоскости.

Доступ при каждой операции не может рассматриваться статически. Ряд условий может потребовать его изменений по ходу самой операции. Обычно это осуществляется нанесением дополнительных разрезов. Расширитель же дает возможность в подавляющем большинстве случаев сместить окно доступа в соответствии с новыми, по сравнению с предполагавшимися, условиями операции.

Опыт работы с РСК-10 показал, что он представляет возможность значительного изменения формы, величины и расположения окна доступа при обычно применяемых разрезах.

Изменение доступа может осуществляться косвенно. Так, удлинение разреза книзу способствует смещению с помощью РСК-10 всего «окна» к головному концу при верхней срединной лапаротомии.

Расширителем можно осуществлять коррекцию доступа во время операции, применительно к требованиям отдельных ее этапов.

Оказалось, что реберно-хрящевое заграждение поддиафрагмальной области при использовании РСК-10 не служит препятствием для операций на органах, здесь расположенных. С введением в практику описываемого расширителя в клинике ни разу не пришлось прибегнуть к рассечению хрящей, ребер, дополнительным разрезам брюшной стенки. Расширитель дает возможность шире использовать более щадящую методику операций при раковых поражениях нижнего отдела пищевода по А. Г. Савиных.

Применение указанного устройства обнаружило значительную растяжимость брюшной стенки, ее смещаемость, а также пластичность реберно-хрящевых дуг.

Следует, далее, указать, что растяжение при применении расширителя сравнительно щадящее. РСК-10 не нарушает дыхательных экскурсий, так как его поворотнотфиксирующее устройство свободно смещается при вдохе и выдохе. Отведение стенок осуществляется постепенно — благодаря винтовому механизму. Большая площадь соприкосновения крючка с краями раны создает сравнительно малое удельное давление.

Никаких осложнений в послеоперационном периоде мы не встретили.

Личные наблюдения, а также многочисленные отзывы, полученные нами, дают основание рекомендовать расширитель-подъемник для операций в брюшной полости.

ЛИТЕРАТУРА

1. Петров Б. А. и Данилов И. В. Эксперим. хир., 1960, 1. — 2. Сигал М. З. и Кабанов К. В. Бюлл. изобрет., 1959, 23. — 3. Созон-Ярошевич А. Ю. Анатомо-клинические обоснования хирургических доступов к внутренним органам. 1954. — 4. Топчибашев М. А. Хирургия, 1952, 2. — 5. Rosenberg S. A., Sampson A. A. Archives of Surgery, 1955, 71, 4. — 6. Spelling E. Zentralblatt für Chirurgie, 1957, 6. — 7. Spivack I. The Surgical Technic of Abdominal Operations. Chicago, 1937.

Поступила 24 февраля 1961 г.

БИБЛИОГРАФИЯ И РЕЦЕНЗИИ

Вопросы кардиологии и ревматизма, труды факультетской терапевтической клиники, Свердловск, 1959

Сборник подводит итог 25-летней плодотворной деятельности кафедры факультетской терапии и одновременно посвящен 70-летию ее руководителя — проф. Б. П. Кушелевского (первая статья сборника). Вторая статья характеризует основные направления научной работы факультетской терапевтической клиники за 25 лет, 17 статей посвящены актуальным вопросам кардиологии и 8 — вопросам ревматизма.

В работе проф. З. В. Горбуновой на основании двадцатилетнего опыта автора предполагаются опорные пункты для распознавания врожденных пороков сердца, диагностика которых встречает значительные трудности. Между тем, правильное распознавание точного характера пороков на современном этапе наших хирургических возможностей во многих случаях дает основание для избавления больных от недугов и возвращает их в трудовой строй. Значительное число наблюдений (100 больных) делает это сообщение особенно интересным. Приводимые ею опорные пункты для диагностики и показания к хирургическому вмешательству обоснованы. Использованы и результаты изучения ЭКГ, гемодинамических и обменных нарушений у этих боль-

них. Единственный упрек, который может быть сделан,— это отсутствие данных катеризации и контрастной ангиокардиографии. Однако отсутствие этих методов в клинике не обесценивает чисто клинической стороны работы.

Клиника, патогенез, профилактика и лечение склероза легочной артерии получили достаточно подробное освещение в статье Ф. Я. Розенблат, как бы подводящей итоги в настоящем сообщении своим длительным предыдущим исследованиям.

Это до некоторой степени относится и к статье доц. Т. Г. Реневой о развитии гипертонической болезни у лиц, перенесших закрытую травму мозга. И хотя мы лично, как впрочем и другие клиницисты, не наблюдали такого большого числа больных гипертонической болезнью (137 человек), у которых развитие заболевания можно было бы, как это делает автор, поставить в патогенетическую связь с перенесенной травмой мозга, тем не менее и по своим принципиальным установкам, и по ряду сообщаемых фактов работа заслуживает внимания. Добавим, что клиника проф. Б. П. Кушелевского давно уже интересуется вопросом о значении травмы головного мозга в возникновении ряда заболеваний (например, эмфиземы), и работа Т. Г. Реневой продолжает «линию» клиники в этом направлении.

Клиника и лечение антикоагулянтами инфаркта миокарда и стенокардии и некоторые другие вопросы этого волнующего раздела кардиологии отражены в ряде работ (доц. О. И. Ясаковой, А. А. Абрамовой, Н. К. Валейко, проф. Ф. Я. Розенблат и Ф. С. Кокман).

В разделе «Вопросы кардиологии» приведены материалы об относительно новых инструментальных методах исследования БКГ в сопоставлении с ЭКГ (Р. М. Баевский, А. Н. Кокосов), адекватной оптической хроноаксиметрии (И. А. Селиванова), бескровном методе определения скорости кровотока (Е. И. Лихачева). Не оставлены без внимания и выявляемые при этом патологические изменения, не диагностируемые обычным путем, как, например, синдром Вольф — Паркинсон — Уайта (А. В. Лирман) и др.

Статья проф. Б. П. Кушелевского посвящена спорным вопросам учения о ревматизме и, в частности, его латентным формам. И хотя ряд высказываний является отчасти дискуссионным, в частности и пропагандируемая им номенклатура типов ревматизма: латентно-хронический и активно-аллергический, концепция о стрептококковой инфекции как о «втором микробном ударе» и т. п., тем не менее у читателя после ознакомления с этой работой, кроме приобретения некоторых относительно новых сведений, возникает ряд собственных соображений, а это представляется весьма важным и может быть отнесено в актив автору.

Ряд последующих работ в разделе о ревматизме является дополнением и как бы обоснованием для обобщающей статьи Б. П. Кушелевского.

Следует упомянуть о статье Г. Г. Лебедевой об острой рассеянной красной волчанке по наблюдениям клиники. Хотя работа опирается только на 3 случая этого заболевания, но достопримечательно то, что первый случай был (правда, предположительно) диагностирован Б. П. Кушелевским еще в 1940 г. и секционно подтвержден, когда острая диссеминированная волчанка, по-видимому, встречалась очень редко, а главное — о ней очень мало знали.

Оценивая настоящий сборник трудов факультетской терапевтической клиники Свердловского мединститута, нельзя не порекомендовать ознакомиться с ним широкому кругу практических врачей и научных работников в области внутренних болезней.

Проф. А. Я. Губергриц
(Сталино, Донбасс)

Поступила 2 ноября 1960 г.

Л. И. Шулутко и Д. Е. Гольдштейн. Вопросы клинко-рентгенологической диагностики закрытых переломов трубчатых костей

108 стр. с 57 иллюстрациями. Казань (изд. ГИДУВа им. Ленина), 1960

Рецензируемая книга отражает комплексный опыт одного из виднейших наших травматологов и столь же видного рентгенолога, известного своими трудами в области патологии скелета. Труд этот особенно ценен для повседневной клинической практики общих хирургов, в руках которых по сей день сосредоточено до $\frac{4}{5}$ всех травматологических больных, нуждающихся в стационарной или поликлинической помощи.

Хотя в заглавии анонсирована диагностика, однако, помимо нее, в книге читатель найдет также основные установки и по лечению закрытых переломов трубчатых костей, и это заслуживает одобрения. Вопросы диагностики уточнены не только для ориентировки непосредственно после травмы, но и на различных стадиях лечения. Читатель ориентируется и относительно средних сроков лечения закрытых переломов костей конечностей. Может оказаться спорным вопрос лишь относительно сроков иммобилизации при переломах костей запястья (ладьевидной, полулунной); мы полагаем, что они у авторов несколько занижены.

На стр. 38 указано: «Если несрастание продолжается 5—6 и более месяцев, то к этому сроку на месте перелома возникают такие морфологические изменения, кото-