

холециститу и панкреатиту, но как самостоятельное заболевание встречается сравнительно редко.

Автор рекомендует использовать стереоскопический микроскоп для прижизненного изучения слизистой тощей кишки без предварительной гистологической обработки. При этом более четко дифференцируются морфологические признаки состояния слизистой тонкой кишки. В сущности, аспирационная биопсия — единственный метод вполне объективной оценки состояния слизистой оболочки тонкой кишки, которая почти недоступна для физикального и рентгенологического исследования.

В последней главе автор приводит результаты параллельного изучения слизистых оболочек желудка, двенадцатиперстной и тощей кишок, которые показывают наличие генетической связи между язвенной болезнью и хроническим гастритом, с одной стороны, и хроническим дуоденитом и энзитом — с другой. Последние клинически не всегда четко выявляются, но служат причиной атипичного течения язвенной болезни и хронического гастрита и недостаточной эффективности лечебных мероприятий при них.

Книга написана хорошим литературным языком, описания гистологической картины отличаются четкостью и исчерпывающей полнотой, иллюстрируются хорошо выполненными микрофотографиями. К недостаткам технического оформления книги следует отнести отсутствие цветных микрофотографий, мягкий бумажный переплет. Книгу, которая, несомненно, будет служить повседневным руководством и справочным пособием при аспирационной биопсии, следовало издать в твердом переплете. Тираж книги (8000) явно недостаточен, и в ближайшее время возникнет необходимость в ее переиздании. В литературный указатель не включен ряд работ отечественных и зарубежных авторов (К. С. Вирсаладзе и Б. Х. Рачвелишвили, В. Ф. Евдокимов, В. С. Новиков и соавт., М. И. Разумов и Г. Д. Вилявин, Finch и Faft; Williams; Krentz и Merten; Moll и Petzel и др.).

Отмеченные недостатки и спорные положения не могут существенно повлиять на весьма высокую оценку этой оригинальной и полезной книги, издание которой явилось важным вкладом в развитие отечественной гастроэнтерологии.

Проф. А. И. Левин и доц. Я. С. Циммерман (Пермь)

И. Ю. Юдин. Неспецифический язвенный колит. Медицина, 1968, 185 стр.

Монография И. Ю. Юдина, которой предпослано предисловие академика Б. В. Петровского, посвящена одному из трудных и сложных разделов гастроэнтерологии. Проблема язвенного колита до настоящего времени не нашла должного отражения в печати. Книга построена в традиционном плане. После введения и краткого исторического очерка автор приводит подробный статистический анализ по заболеваемости язвенным колитом. Справедливо утверждение о повышении заболеваемости неспецифическим язвенным колитом за последние два десятилетия. Значительно возрос и процент хирургических вмешательств при этом заболевании. К сожалению, суммарная отечественная статистика по этому вопросу отсутствует.

Контагиозность при неспецифическом язвенном колите не доказана, а наблюдения различных авторов о семейных формах колита свидетельствуют о том, что в ряде случаев можно говорить о наследственной природе этого заболевания.

В главе «Этиология и патогенез» приведены современные взгляды, в частности, касающиеся аутоиммунного фактора на патогенезе язвенного колита. Автор совершенно обоснованно считает язвенный колит полиэтиологическим заболеванием и среди прочих причинных факторов указывает на роль стресса.

С большим знанием дела написана глава «Патологическая анатомия». Автор первым в нашей стране начал оперативное лечение язвенного колита и проводил исследование биопсийного материала как из удаленных отделов толстой кишки, так и всего толстого кишечника в целом. Мы полностью разделяем взгляд автора об исключительной редкости атипичных форм язвенного колита, протекающего без поражения прямой кишки. Бесспорно, существует прямая зависимость между тяжестью клинического течения и распространенностью процесса, и большинство тяжелых прогрессирующих форм неспецифического язвенного колита наблюдается при тотальном поражении толстого кишечника. Но несомненно также и то, что ограниченное поражение прямой и сигмовидной кишок встречается чаще всего. Наблюдают такие случаи, как правило, терапевты.

Автор детально рассматривает гистологические изменения в резецированной кишке, а также на секционном материале.

Весторонне и глубоко изложена глава «Клиника». Безусловно, предлагаемая автором классификация язвенного колита, несмотря на свою схематичность, найдет применение в клинической практике гастроэнтерологов. Скрупулезно описана симптоматология различных форм язвенного колита.

Мы согласны с утверждением автора о необратимости процесса, во всяком случае морфологического, в наиболее тяжелых случаях язвенного колита. Ремиссии, спонтанные или после консервативного лечения, наблюдаются в более легких случаях.

Из диагностических методов автор отводит основное место ректороманоскопии и ирригоскопии, не забывая и различные вспомогательные лабораторные тесты, позволяющие осуществить углубленную диагностику язвенного колита.

Достаточно полно освещен вопрос о дифференциальной диагностике заболеваний, сходных по клинике с язвенным колитом, что имеет большое практическое значение.

Являясь разумным сторонником хирургического лечения язвенного колита, автор четко дифференцирует абсолютные и относительные показания к операции. Он рекомендует прежде чем назначить операцию максимально исчерпать все возможности консервативного лечения.

По нашему мнению, совершенно справедливо указание автора, что на первом этапе производство илеостомии — единственно допустимая операция, которую могут вынести тяжелые больные. Однако радикальной операцией может быть только колэктомия, выполняемая на втором этапе с последующей илеоректостомией.

Написанная хорошим языком, отлично иллюстрированная и основанная на большом опыте автора, монография, безусловно, окажется полезной в практике всех врачей, занимающихся гастроэнтерологией.

Я. А. Макаревич (Астрахань)

СЪЕЗДЫ И КОНФЕРЕНЦИИ

III ВСЕРОССИЙСКИЙ СЪЕЗД ФТИЗИАТРОВ

(16—20/IX 1968 г., Рязань)

В настоящее время при туберкулезе отмечается скудность клинических симптомов, физикальных данных, гематологических сдвигов, олигобациллярность. Нередко даже при распаде легких БК выявляют лишь после повторных многократных исследований мокроты; в то же время у лиц, страдающих нетуберкулезными заболеваниями, обнаруживают микобактерии, морфологически похожие на туберкулезные, но не дающие роста на питательных средах и не вызывающие заболевания у животных. Широкое применение антибактериальной терапии привело к возникновению стертых и атипичных форм заболевания. Изменился микробный пейзаж и при неспецифических воспалительных поражениях легких.

Проф. Д. Д. А с е в (Москва) отметил, что из 2,5 тыс. больных, направленных за последние десять лет в диагностическое отделение с подозрением на туберкулез легких, интриторакальных лимфоузлов и плевры, у 40—60% в разные годы исключался туберкулез и диагностировались заболевания другой этиологии.

В. Л. Э й н и с (Москва) пришел к выводу, что одним из существенных источников диагностических ошибок является отсутствие психологического контакта между врачом и больным, недостаточно тщательный сбор первичных фактов о больном, погрешности при оценке рентгенологических исследований. Последние должны рассматриваться обязательно на фоне всех анамнестических данных в сопоставлении с тщательным осмотром и физикальным обследованием. Собственно говоря, рентгеновского диагноза нет. Другой причиной диагностических ошибок является недооценка единства бронхо-легочной патологии и данных обследования всех верхних дыхательных путей. Докладчик особенно подчеркивает несовершенство бактериологической и цитологической диагностики. При первоначально отрицательном результате обязательно повторное исследование. При повторном цитологическом исследовании мокроты у больных, направленных с подозрением на рак легких, диагноз был подтвержден в 14%.

М. И. О й ф е б а х и В. Р. Л е в и н (Москва) сообщили, что из числа лиц, направляемых поликлиниками для диагностики в противотуберкулезный диспансер, у 80% отвергается наличие легочного туберкулеза и у 25% признается неспецифическое заболевание легких.

Д. Д. Я б л о к о в (Томск) обратил внимание на то, что в последние годы кроме больных с ограниченными и распространенными пневмо- и плевросклерозами различной этиологии и генеза, а также воспалительными заболеваниями хронического и подострого течения чаще стали встречаться больные с легочной формой саркоидоза, пневмомикотом и силикозом.

В настоящее время по мере снижения заболеваемости населения туберкулезом все большую долю в работе противотуберкулезных учреждений начинает занимать дифференциальная диагностика легочных заболеваний. По данным М. Л. Ш у л у т к о (Свердловск) из 1385 больных с нетуберкулезными заболеваниями легких, лечившихся в клинике, 81% был на приеме у фтизиатров.