

через 4 часа или по 250 000 ед. стрептомицина 2 раза в сутки и внутримышечно по 50 мл 10% раствора желатины ежедневно.

Пострадавшей конечности придается возвышенное положение. Рекомендуется охлаждение пострадавшей конечности, обкладывание пузырями со льдом (охлаждение 3—4 часа, отдых — 2 часа) иногда в течение 8—10 дней.

При массивных отеках пострадавшей конечности показаны послабляющие (лампасные) разрезы на поврежденной конечности или даже ампутация. М. И. Кузин прибегал к разрезам и ампутации редко и производил их в поздние сроки, что и привело к тому, что из 5 оперированных скончалось 3.

М. А. Серебров высказывается за раннюю (на 3—4 день) ампутацию даже жизнеспособной конечности при первых же признаках развития гломерулонефрита. При развившихся симптомах поражения печени и почек ампутация уже не спасает пострадавшего.

Наблюдения М. И. Кузина охватывают 114 человек, пострадавших при землетрясении. Погибло 34 (29,8%); 20 — в состоянии шока, 13 — при явлениях уремии (на 5—15 день после катастрофы, у двух была ампутация), один — от сепсиса (на 36 день, была ампутация).

У 30 человек наступило полное восстановление функции поврежденной конечности, двум была произведена ампутация; у 48 были ограничения движений, атрофия мышц поврежденной конечности (в результате невритов или формирования рубцов мышечной ткани), из них 7 выписалось с контрактурами и тугоподвижностью в суставах.

В заключение, следует отметить, что вопросу тупых травм мышц уделяется еще не достаточно внимания, а встречается этот вид травмы, как справедливо отмечает М. А. Серебров, „значительно чаще, чем думают“.

А. М. Окулов

(Казань)

В. Я. Шлапоберский. Острые гнойные перитониты. Медгиз. Москва, 1958, 189 стр.

Книга В. Я. Шлапоберского широко охватывает проблему патогенеза, клиники и лечения острых перитонитов различной этиологии.

Монография состоит из двух частей. В первой, общей части представлены исторические данные, топографоанатомические и анатомо-физиологические сведения о брюшинном покрове, патологическая физиология и патологическая анатомия гнойных перитонитов. Во второй, специальной части описываются клиника, диагностика и лечение перитонита.

Экскурс в историю учения о перитонитах составлен кратко, но в нем приведены почти все наиболее важные вехи этого вопроса. „Анатомо-физиологические данные“ представлены хорошо. Вызывает лишь возражение заявление автора, что „кровопускания задерживают всасывание“ из брюшной полости (стр. 37, строка 5 сверху).

Действительно, по данным некоторых авторов, обескровливание тормозит всасывание из брюшной полости (Экснер, Гара, Мельцер и Анер). Но мнение это давно уже опровергнуто советскими хирургами (И. Л. Брегадзе, С. В. Гейнац, Э. А. Бунимович) и гистологами (А. А. Савиновская). К сожалению, ни в тексте, ни в литературном указателе ссылок на только что указанных авторов мы не обнаружили.

Своеобразно написана глава „Патологическая анатомия разлитых гнойных перитонитов“. Чувствуется, что она написана пером хирурга, а не патологоанатомом. Впрочем, нам кажется, что читатель-практический врач от этого только выиграет.

Клиническая картина острых разлитых гнойных перитонитов дана вполне удовлетворительно. Может лишь вызвать возражение заявление автора о том, что при перитоните боли в животе могут быть такими сильными, что „из-за них некоторые больные кричат, мечутся в постели“ (стр. 86).

Известно, что больные с уже развившимся разлитым перитонитом стараются лежать спокойно и даже дышат поверхностно, ибо каждое неосторожное движение вызывает у них резкие боли. Наоборот, стоит хирургу увидеть, что больной „кричит и мечется в постели“, как мысль о перитоните отходит на задний план и появляется предположение о колике, чаще всего почечной.

Вызывает сожаление отсутствие в этой главе особенностей клинического течения острого гнойного перитонита у детей¹, стариков и беременных. Ничего не говорит об этом автор и в главах, где трактуются вопросы диагностики и хирургической тактики при остром перитоните. Во всей книге особенностям течения перитонита у пожилых людей отведена лишь одна фраза: „перитонит у пожилых людей и особенно стариков протекает исключительно тяжело“ (стр. 102). Нам кажется, что правильнее было бы написать, что протекает перитонит у пожилых людей вяло и поэтому поздно диагностируется.

¹ В аннотации же (стр. 3) написано, что книга „может быть использована... педиатрами“.

Из таблицы 7 (стр. 164) — „летальность по возрасту среди больных разлитыми перитонитами, по данным госпитальной хирургической клиники Вильнюсского университета“, — видно, например, что из 20 больных в возрасте от 60 до 69 лет умерли 9 больных. Летальность, действительно, очень высокая. Может быть, причиной их смерти были запоздалая диагностика и позднее оперативное вмешательство?

С большим знанием дела написана глава о лечении перитонитов. Хирург, начинающий свою деятельность, найдет в ней много ценных сведений. Хорошо изложены показания к введению дренажей (что очень важно) и разделы, посвященные применению антибиотиков, комплексному лечению и ведению послеоперационного периода. Мы хотели бы возразить только против подчеркнутых рекомендаций обработки операционного поля антибиотиками „к концу оперативного вмешательства“ (стр. 133). Мы много лет пропагандируем повторное введение антибиотиков. Введение антибиотиков сейчас же после вскрытия брюшной полости и перед ушиванием ее уже широко применяется, и об этом следовало бы сказать несколько слов.

Можно пожалеть, что автор не приводит многих методик, предложенных русскими и зарубежными хирургами. Нам известно, например, что некоторые практические хирурги пользуются способом Б. А. Полянского (введение антибиотиков через прокол брюшной стенки над пупочным кольцом). Все шире и шире для профилактики перитонита антибиотики применяются перорально (Мортон, Смит и др. в США, Б. А. Петров, В. Н. Курлов и др. — у нас). Естественно, что читатель, купив книгу В. Я. Шлапоберского, будет искать в ней оценки этих предложений, но найдет в ней и серопротективную, и введение в брюшную полость эфира, и солянокислого пепсина и, даже, камфарного и оливкового масла, а введения антибиотиков внутрь (профилактического метода, имеющего чрезвычайное большое значение, особенно перед операциями на толстом кишечнике) не найдет.

Книга написана хорошим языком. Стилистических погрешностей мало. Например: „Брюшина обладает очень большой поверхностью и может быть сравнена с наружной кожей“ (стр. 31). Как будто бы в природе существует „внутренняя“ кожа! „Под общим наркозом“ (стр. 116), „множественность дренажей“ (стр. 128). На стр. 35 вкралась опечатка — „разорбции“, вместо — „резорбции“.

Указанные недостатки в последующих изданиях могут быть легко исправлены, они не умаляют значения книги, которая, вне всякого сомнения, принесет большую пользу молодым хирургам нашей страны.

Проф. И. Л. Брегадзе
(Новосибирск)
Поступила 10 июня 1959 г.

НЕКРОЛОГИ

ПАМЯТИ доцента Г. М. ШАРАФУТДИНОВА

26 октября 1959 г. после непродолжительной тяжелой болезни скончался доцент 1-й кафедры акушерства и гинекологии Гариф Мугинович Шарафутдинов.

Родился он в 1898 г. В 1919 г. окончил Казанскую учительскую семинарию, а в 1925 г. — медицинский факультет Казанского университета. С 1925 г. по 1929 г. работал в аппарате Наркомздрава Татарской республики и состоял ординатором



клиники проф. В. С. Груздева. После года практической работы в акушерско-гинекологической больнице г. Казани и преподавания в Казанской фельдшерско-акушерской школе он в течение 9 лет состоял ассистентом акушерско-гинекологической клиники Казанского ГИДУВа. В 1936 г. ему была присуждена ученая степень кандидата мед. наук и звание приват-доцента по кафедре акушерства и гинекологии.

Последние 20 лет Г. М. Шарафутдинов проработал в стенах Казанского мединститута. В 1939 г. он был избран по конкурсу зав. кафедрой акушерства и гинекологии педиатрического факультета, которую возглавлял 4 года. С 1943 по 1945 гг. он находился на фронтах Отечественной войны. После демобилизации, с 1945 по 1951 гг., заведовал филиалом кафедры акушерства и гинекологии, а затем до 1954 г. организованной им 2-й кафедрой акушерства и гинекологии КГМИ. С 1954 г. по день смерти он состоял доцентом 1-й кафедры акушерства и гинекологии.

За 34 года врачебной деятельности Гариф Мугинович выполнил большую научную, педагогическую и лечебную работу.

Систематически ведя научно-исследовательскую работу, Г. М. Шарафутдинов выполнил 11 солидных научных исследований по различным теоретическим и практическим вопросам акушерства и гинекологии и сделал ряд новаторских предложений. Из этих исследований особого внимания заслуживают рабо-