

# ГОЛОВОДЕРЖАТЕЛЬ ДЛЯ РЕНТГЕНОГРАФИИ ЧЕРЕПА

В. А. Новиков

Кафедра рентгенологии и радиологии № 1 (зав.—проф. М. Х. Файзуллин)  
Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

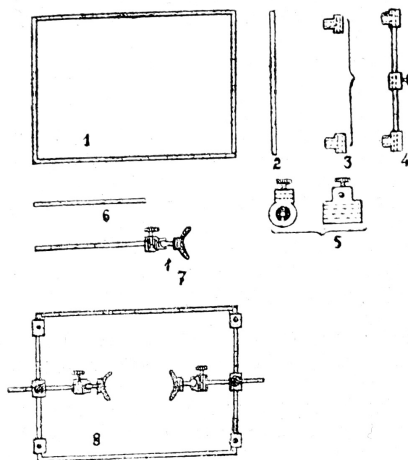


Рис. 1. Головодержатель: 1) площадка — 1 шт.; 2) трубка 300 мм — 2 шт.; 3) стойки алюминиевые — 4 шт.; 4) трубка со стойкой — 2 шт.; 5) кронштейны — 2 шт.; 6) трубка 200 мм — 2 шт.; 7) прижимы — 2 шт.; 8) головудержатель в сборе.

Промышленностью выпускается головудержатель системы проф. Гинзбурга. Он сложен и мало удобен. Нами рекомендуется головудержатель простой и более удобный. Он состоит из следующих частей. Площадка из гетинакса — размером 320 × 440 мм, толщиной 3 мм, служащая основанием. К этой площадке на высоте 45 мм прикреплены две горизонтально расположенные трубки диаметром 19 мм, длиной 300 мм (2, 3, 4). На трубках расположены два передвижных кронштейна (5), которые вдоль трубки могут передвигаться, устанавливаться и укрепляться в любом положении. В отверстия кронштейнов вставляются трубки диаметром 19 мм и длиной 200 мм (6), на концах которых посредством шаровых шарниров установлены деревянные прижимы для фиксации головы рентгенографируемого (7).

Наш головудержатель (8) занимает мало места, легок, удобен, допускает фиксацию черепа в любом положении (в горизонтальном и вертикальном), может быть изготовлен в любой механической мастерской из доступных материалов.

Поступила 14 января 1961 г.

## БИБЛИОГРАФИЯ И РЕЦЕНЗИИ

Н. С. Заноздра. Кислородная недостаточность при гипертонической болезни.  
Медгиз УССР, Киев, 1959

Книга рассчитана на широкие круги практических врачей. Описанию конкретных данных о кислородной недостаточности при различных стадиях гипертонической болезни предшествует изложение общих сведений о физиологии дыхания, его нарушениях и методах исследования функционального состояния дыхательного аппарата.

Основные данные о физиологических процессах, связанных со снабжением организма кислородом, и о кислородном голодании излагаются последовательно в ясной и доступной форме. Кратко освещаются физиология внешнего дыхания, роль системы крови в обеспечении организма кислородом, значение сердечно-сосудистой системы и внутреннего дыхания. Хорошо описаны рефлекторная (и, в частности, условнорефлекторная) регуляция дыхания и газообмена, взаимодействие дыхательного и сосудодвигательного центров и т. д.

Во второй главе изложены данные о кислородной недостаточности у больных с первой стадией гипертонической болезни. Интересно, что у части этих больных, у которых имеются лишь нерезкие функциональные изменения сердечно-сосудистой системы, обнаруживаются признаки дыхательной недостаточности. Некоторые больные жалуются на одышку при физической нагрузке. Хотя автор говорит о нормальных величинах дыхательных резервов, приведенные цифры (40—60 л/мин) свидетельствуют о снижении этих резервов. Представляет интерес, что у трети обследованных больных этой группы выявлена артериальная гипоксемия. Определяются и признаки нарушения внутреннего дыхания — повышено использование тканями кислорода и увеличено содержание в крови окисленного глутатиона. Автор говорит об изменении у части больных газообмена. Однако этот вывод мог бы считаться убедительным, если бы были представлены не отвлеченные цифры поглощения кислорода, а величины основного обмена. Очень жаль, что не изучено функциональное состояние бронхов, нарушение которого легко ожидать у больных с неврозом высших вегетативных центров.

Весьма интересны данные об увеличении кислородной задолженности при физической нагрузке в первой стадии гипертонической болезни. При оценке результатов исследования автором правильно учтена роль фактора тренированности. Основную причину медленной ликвидации кислородной задолженности он видит в скрытой патологии сердечно-сосудистой системы. Это, очевидно, соответствует действительности. Все же не следовало бы упускать и роли нарушения функции аппарата внешнего дыхания.

Наиболее важны в этом разделе, по нашему мнению, данные о целесообразности и эффективности в начальной стадии заболевания оксигенотерапии и лечебной дыхательной гимнастики. В книге подробно изложены хорошо себя оправдывающая методика лечения ингаляциями кислорода в палатках и методика лечебной дыхательной гимнастики, которая в виде приложения приведена в конце книги. Следует особенно подчеркнуть обоснованность предложения автора проводить лечебную гимнастику и после выписки из стационара в течение длительного времени (на протяжении ряда лет).

Для оценки результатов лечения больных гипертонической болезнью I стадии автор не ограничился учетом данных клинического исследования. Его эффективность подтверждалась изучением некоторых показателей вентиляционной функции легких, а главное — на основании исчезновения или уменьшения артериальной и венозной гипоксемии, снижения содержания в крови окисленного гемоглобина и нормализации времени ликвидации кислородной задолженности организма.

В третьей главе представлены материалы об изменении снабжения организма кислородом у больных гипертонической болезнью II и III стадий. Само собой разумеется, что они выражены здесь в большей степени, чем в начальной стадии заболевания, и прогрессируют по мере его развития. Однако автором установлены очень интересные особенности патологии внешнего дыхания у больных различными формами гипертонической болезни. При сердечной форме заболевания, даже при отсутствии явлений недостаточности кровообращения, обнаруживаются учащенное и поверхностное дыхание, увеличение минутного объема дыхания (то есть увеличение интенсивности вентиляции), повышение потребления кислорода и артериальная и венозная гипоксемия. Эти изменения заметно более выражены при развитии застойных явлений. Мы вполне присоединяемся к мнению автора, что выявленная у этих больных гипоксемия есть результат нарушения корреляции между вентиляцией и кровообращением в отдельных участках легких. Что же касается пневмоноза, то, видимо, здесь, как и при других патологических процессах, его значение отступает на задний план. Роль его, по крайней мере автором, не доказана, ибо мы не можем считать убедительными данные о повышении градиента давления кислорода между альвеолярным воздухом и артериальной кровью, если содержание кислорода в альвеолярном воздухе определяется по методу Холдена.

При мозговой форме гипертонической болезни, в отличие от сердечной, выявляется заметное уменьшение минутного объема дыхания, связанное со значительным угнетением деятельности дыхательного центра. Здесь развивается редкая форма дыхательной недостаточности, обусловленная выраженной общей гиповентиляцией, при которой возникает не только обнаруженная автором резкая артериальная гипоксемия, но и гиперкапния. К сожалению, автор не определял содержание в крови  $\text{CO}_2$ .

Характерно, что и при сердечной, и при мозговой форме заболевания оксигенотерапия и дыхательная гимнастика благоприятно влияют на общее состояние больного и приводят к ликвидации или уменьшению кислородной недостаточности. При тяжелой недостаточности кровообращения автор совершенно справедливо предпочитает оксигенотерапию, которая применяется наряду с кардиотоническими и мочегонными средствами, а лечебную гимнастику рекомендует назначать очень осторожно.

При почечной форме заболевания выявленные изменения близки к тем, которые определяются при сердечной форме, но отличаются от них необратимостью.

В заключении автор правильно указывает, что ингаляция кислорода и лечебная дыхательная гимнастика являются мощными средствами для профилактики и лечения кислородной недостаточности при гипертонической болезни.

Книга с интересом и пользой будет прочитана практическими врачами и научными работниками.

Доцент М. С. Шнейдер  
(Донецк)

**Грудная и неотложная хирургия.** Горький, 1960. 776 стр. Цена 2 р. 20 к.

Рецензируемая книга — сборник трудов, написанный в основном коллективом сотрудников госпитальной хирургической клиники, руководимой проф. Б. А. Королевым, и изданный в связи с его пятидесятилетием, освещает актуальные проблемы современной хирургии сердца, легких, пищевода и кардии и вопросы неотложной хирургии органов брюшной полости.

Основой для сборника послужил огромный опыт клиники по затрагиваемым вопросам. В клинике произведено более 700 операций на сердце, из них при митральном стенозе — 450 с летальностью в 3,5%. Резекций легких при хронических нагноительных процессах, раке и туберкулезе легких произведено свыше 800. Накоплен