

сыграли важную роль многие отечественные авторы (Г. А. Орлов, 1947; А. М. Аминев, 1948, и др.). В конце главы изложены нерешенные вопросы лапароскопии.

Во II главе приводится подробное описание перитонеоскопов различных конструкций. Наибольшую визуальную возможность при эндоскопии органов брюшной полости дает такой лапароскоп, оптическая труба которого имеет угол наблюдения 135—165°. Автор предлагает лапароскоп его конструкции, состоящий из универсального троакара, осветительной и оптической трубы с углом наблюдения 165°, а также рекомендует ряд других изобретенных им приборов (универсальный клапанный троакар, манипуляционный троакар, универсальный переходник), которые обеспечивают высококачественное проведение эндоскопии.

Большого внимания заслуживают данные, полученные автором при изучении ре-зорбции различных газов из брюшной полости. На основании собственных исследований автор пришел к выводу, что для инсуфляции газа в брюшную полость необходимо использовать только легко резорбирующиеся газы: закись азота или углекислый газ. Воздух непригоден, кислород условно годен. При применении этих газов полностью исключается возможность возникновения воздушной эмболии.

Название III главы «Этюды перитонеоскопии» не соответствует ее содержанию. Этюдом в литературе называют очерк. Автор же книги включил в главу частные вопросы перитонеоскопии. Так и следовало ее назвать. В этой главе приводятся данные различных аспектов перитонеоскопии: рациональные зоны для наложения пневмоперитонеума, влияние напряженного пневмоперитонеума на организм больного, техника цветного фотографирования лапароскопической картины, прицельная холеография и др.

Автор считает целесообразным для наложения пневмоперитонеума у больных применять эндотрахеальный наркоз с использованием миорелаксантов. Применение общего обезболивания позволяло инсуфицировать в брюшную полость до 6000 см<sup>3</sup> газа, что значительно расширило оптическую возможность лапароскопии. Обезболивание облегчало выполнение ряда необходимых манипуляций: биопсии, перитонеоскопической холецистографии, фотографирования пораженных органов и т. д.

В IV главе подробно излагаются осложнения, которые могут возникнуть при проведении лапароскопии (кровотечение, воздушная эмболия, коллапс и др.). Следует согласиться с мнением автора, что перитонеоскопия является диагностическим приемом, который может проводить только хирург. Участие терапевта ограничено отбором больных.

В V гл. подробно излагаются результаты 120 лапароскопий у больных с различными заболеваниями органов брюшной полости. По мнению автора, перитонеоскопию следует проводить лишь по особым показаниям; он перечисляет заболевания органов брюшной полости, при которых этот метод может оказать помощь в диагностике, и заболевания, при которых лапароскопия противопоказана. Автор с успехом использовал метод перитонеоскопии для диагностики острых заболеваний брюшной полости (острого панкреатита, холецистита и др.), что ранее считалось абсолютно противопоказанным.

Монография заканчивается лапароскопическим атласом. Приведенные цветные фотоснимки органов брюшной полости достаточно убедительны.

Ценным в монографии Р. Х. Васильева, на наш взгляд, является то, что в 80% перитонеоскопический диагноз был проверен во время операции.

В книге встречаются отдельные опечатки, неточности, неудачные выражения, однако они не умаляют достоинств монографии. Она читается с интересом и хорошо издана.

Проф. В. Н. Шубин, канд. мед. наук В. Е. Волков (Казань)

---

Сборник научных работ врачей Ульяновской области (под ред. канд. мед. наук А. К. Плясунова, заслуженных врачей РСФСР А. А. Смирнова, В. И. Виноградского, Б. И. Григорьева, П. П. Евдокимова, В. В. Коптева, И. П. Сорокина, Е. М. Чучкалова). Ульяновское отделение Приволжского книжного изд-ва, 308 стр., 1967 г., ц. 1 р. 45 к.

Реценziруемый сборник представляет собою творческий отчет ульяновских медицинских работников к 50-летию Советского государства.

Первый раздел сборника посвящен развитию за 50 лет и современному состоянию здравоохранения в области. В 10 раз возросло число коек, в области трудится около 2 тыс. врачей и более 7,5 тыс. средних медицинских работников. Развернулось большое строительство. В ближайшие годы в г. Ульяновске будут построены 4 больницы на 2400 коек, 4 поликлиники, медицинское училище и ряд других учреждений, в районах Ульяновской области — 6 больниц на 120—180 коек каждая.

Последующие разделы содержат статьи, отражающие результаты научной и практической деятельности ульяновских врачей. Среди них — работы по невропатологии и онкологии, офтальмологии и отоларингологии, дерматологии, рентгенологии, представляющие научный и практический интерес.

Нужно отметить обстоятельное клинико-экспериментальное исследование минеральной воды Ундоровского источника (Е. М. Чучкалова); материалы по хронической неспецифической пневмонии (канд. мед. наук Л. Е. Ермолаева); статьи, посвященные результатам широко применяющихся в области современных методов обезболивания и обследования, позволяющих с успехом производить самые сложные операции,

в частности лобэктомии и пульмонэктомии по поводу хронических нагноительных заболеваний и туберкулеза легких, операции по поводу врожденных пороков сердца (А. П. Иванов, В. К. Земков, Н. Г. Шабаев, Р. К. Павлов, В. И. Иванова); работу, в которой дан анализ эффективности слияния акушерско-гинекологических стационаров с женскими консультациями (Е. А. Эткин); данные о значении ранее перенесенных травм и рефлекторных влияний в развитии атеросклеротических катастроф (П. П. Евдокимов).

За последние годы в Ульяновске, на родине В. И. Ленина, выпущено уже несколько книг трудов, скромно именуемых сборниками работ. Их с интересом прочтут врачи и научные работники разных специальностей.

Канд. мед. наук **П. С. Гуревич** (Казань)

## СЪЕЗДЫ И КОНФЕРЕНЦИИ

### XVI ВСЕСОЮЗНЫЙ СЪЕЗД ТЕРАПЕВТОВ

(25—30/VI 1968 г., Москва)

На съезде обсуждались четыре проблемы.

#### *I. Основные принципы и методы лечения в клинике внутренних болезней*

**Е. М. Тареев** (Москва) доложил об общих принципах и методах лечения внутренних болезней. Несмотря на то, что медицина вправе гордиться достижениями, основанными на глубоком изучении происхождения, патогенетических механизмов болезней и применении рациональной действенной терапии, успехи лечения при болезненных состояниях внутренних органов все еще скромны. Это зависит от ряда обстоятельств. Докладчик указывает на недостаточное внимание к принципам рациональной терапии, на упрощенный подход к устранению обнаруживаемых у больных отклонений от нормы. Эффективное лечение невозможно без своевременного точного диагноза. Однако нередко довольствуются анатомическим диагнозом цирроза печени, миокардита и т. д. без уточнения этиологии заболевания у данного больного, которая определяет истинную патологию и возможность рационального лечения и профилактики.

**Б. Е. Вотчал** (Москва) считает основными проблемами современной терапии лечение на ранних стадиях заболевания, полное излечение острых форм для предупреждения развития хронических заболеваний, предварительное лечение болезней с циклическим характером течения. Современная терапия сочетает в себе регуляцию труда и быта, питания, применения лечебной физкультуры, физиотерапии, медикаментозного лечения и психотерапии. За последнее время все эти методы подверглись изменениям, порой существенным. Диетологи стали осторожнее суживать круг пищевых веществ, проявлять больше заботы о качественной стороне питания, обращать внимание не только на белки, витамины, но и микроэлементы. Бурное развитие физики принесло физиотерапевтам большое число новых мощных методов воздействия, требующих четкости в показаниях и дозировке.

**И. А. Кассирский** (Москва) остановился на вопросах тактики драматической терапии. Под драматической терапией понимается напряженная борьба за жизнь тяжелых больных, когда быстро по оперативности лечение с использованием современных лекарственных и технических средств способствует устранению угрожающих жизни патологических нарушений. При применении сильных методов и средств следует учитывать возможные реакции организма в конкретной ситуации, степень его толерантности к данным лекарственным или техническим методам. Нередко четкое представление о сущности патологии, резервных функциональных и органических потенциях тех или иных органов и систем позволяет врачу отклонить суперактивную и опасную терапию и принять более консервативную тактику, которая тоже оказывается спасительной.

**Д. Ф. Чеботарев** (Киев) подчеркнул, что у лиц пожилого и старческого возраста медикаментозная терапия при лечении внутренних болезней должна быть только одним из звеньев в сложном комплексе лечебных мероприятий. В начале лечения следует применять малые дозы медикаментов. Это особенно относится к сердечным глюкозидам, барбитуратам, гормональным средствам. Кумулятивное действие ряда препаратов развивается быстрее. При применении сосудорасширяющих и гипотензивных средств на фоне атеросклеротических изменений мозгового и коронарного кровообращения значительное и быстро наступающее снижение АД особенно нежелательно, так как у каждого больного существует определенный, иногда довольно высокий, уровень, ниже которого кровоснабжение жизненно важных органов становится недостаточным.

**Н. С. Молчанов и Л. Ф. Швецова** (Москва) отметили, что при болезнях сердца, легких, желудочно-кишечного тракта тщательное диспансерное наблюдение позволяет уточнить их этиологию, выявить причины, ведущие к обострению хронических