

вины, что весьма легко определить, сосчитав количество перерывов, сделанных отметчиком времени.

Эти несложные технические приспособления легко выполнимы и вполне доступны.

Использование в клинической практике определения скорости кровотока при помощи оксигеографа дает врачу ценные объективные методы исследования сердечно-сосудистой системы.

С помощью изложенных методов представляется возможным объективно определить скорость кровотока в участках кровяного русла большого и малого кругов кровообращения и, таким образом, дифференцированно оценивать функциональное состояние правого и левого сердца.

Поступила 15 марта 1963 г.

БИБЛИОГРАФИЯ И РЕЦЕНЗИИ

Проф. М. Я. Арьев. Сердечная астма, Л., 1962

Небольшая монография проф. М. Я. Арьева «Сердечная астма» посвящена чрезвычайно важному вопросу. Автор рассматривает патогенез приступа сердечной астмы с позиций рефлекторной природы приступа. Основываясь на собственных наблюдениях и литературных данных, он считает неправильным сложившийся взгляд на приступ сердечной астмы как на состояние, обусловленное острой левожелудочковой недостаточностью. По данным автора, эта недостаточность является проявлением, но не причиной приступа. Подчеркивается, что наилучшим средством, купирующим приступ сердечной астмы, является морфин, а не препараты, усиливающие работу миокарда.

Весьма важно привлечь внимание врача к бронхоспазму при сердечной астме. Автор подчеркивает, что приступ сердечной астмы может протекать с симптомами острого сужения просвета бронхов, с затрудненным выдохом, сухими, порою свистящими хрипами. Безусловно, в таких случаях возможны диагностические ошибки. Бронхолитические средства здесь показаны (наряду с кардиальной терапией). Однако едва ли можно полностью согласиться со следующим объяснением приступа сердечной астмы: «...постоянно действующая импульсация с расширенного и гипертрофированного левого желудочка получает свою реализацию в виде сопряженного рефлекса с сердца к бронхам. В результате острое сужение просвета последних — приступ астмы» (стр. 29).

Подобная трактовка несколько односторонняя. Так можно объяснить лишь те случаи сердечной астмы, которые протекают с выраженным бронхоспастическим компонентом, сводить же приступ сердечной астмы к бронхоспазму нельзя.

В монографии рассматривается клиника сердечной астмы. Автор подчеркивает, что чаще всего сердечная астма встречается при гипертонической болезни с атеросклеротическим кардиосклерозом. При дифференциальной диагностике с бронхиальной астмой правильно указано на то, что эозинофилия крови не всегда может быть использована как дифференциально-диагностический тест. Можно добавить, что и отсутствие эозинофилии отнюдь не свидетельствует в пользу того, что врач имеет дело с больным с явлениями сердечной астмы, так как эозинофилия может отсутствовать даже при тяжелой бронхиальной астме, особенно возникающей после простудных заболеваний в зрелом и пожилом возрасте. Дифференцировать в некоторых случаях сердечную и бронхиальную астму весьма затруднительно, между тем дифференциальный диагноз весьма важен для терапевтического вмешательства. В монографии следовало бы подробнее остановиться на дифференцировании по клиническим данным, а также больше подчеркнуть разницу между сердечной астмой и дыханием типа Чейн-Стокса, которое наблюдается у больных церебральным атеросклерозом, усиливается во время сна и подчас ошибочно трактуется как проявление сердечной астмы.

Важно указание на прогностически неблагоприятное значение появления приступов сердечной астмы у больных с инфарктом миокарда. К сожалению, вопросы терапии приступа сердечной астмы рассматриваются в монографии очень кратко, всего на нескольких страницах. Подчеркивается благоприятное действие морфина и промедола, указано на хороший эффект от кровопускания. Следовало бы подробнее изложить действие кровопускания, не ограничиваясь ссылкой на рефлекторный механизм. Указано на применение «бескровных кровопусканий» — перетягивания конечностей, технически более доступного в любых условиях. Излагаются вопросы профилактики приступа.

В монографии патогенез и клиника сердечной астмы рассмотрены с позиций рефлекторного возникновения приступа. Не со всеми положениями автора можно

согласиться. Однако издание монографии специально по сердечной астме является нужным и своевременным. Книга с интересом будет прочитана как практическим врачом, так и научным работником.

Канд. мед. наук Т. З. Гуревич,
канд. мед. наук И. Я. Кармазин,
В. И. Ровинский
(Москва)

А. И. Гефтер. Клинические лекции по внутренним болезням, часть II,
Горький, 1962, стр. 364, 1 р. 38 к.

Вслед за первой частью клинических лекций по внутренним болезням А. И. Гефтера, с отзывом о которых читатель «Казанского медицинского журнала» мог познакомиться в № 5 за 1958 г., Горьковское книжное издательство в конце 1962 г. выпустило в свет вторую, заключительную, часть интересного цикла лекций.

Не приходится доказывать огромное значение вообще клинических лекций в формировании мышления врача, ибо они, по образному выражению В. И. Глинчикова, есть «мысли вслух думающего врача, являются клинической школой для молодежи и материалом для размышления того поколения врачей, которое имеет свой собственный жизненный опыт и свое медицинское мировоззрение».

Вторая часть клинических лекций А. И. Гефтера, так же как и первая, на наш взгляд, полностью отвечает высоким и ответственным требованиям, предъявляемым к подобного рода руководствам.

Книга написана в живой форме, представляя собой переработанные стенографические записи лекций, в которых после клинического разбора больного приводятся соответственные его основному заболеванию сведения об этиологии, патогенезе, клинике, профилактике и лечении.

Вторая часть книги состоит из 22 клинических лекций (20—41), из которых две посвящены гастриту (острому и хроническому), две — язвенной болезни, три — болезни Боткина и дистрофии печени, по одной — циррозам печени и хроническому холециститу, две — острому нефриту, две — хроническому нефриту и уремии, одна — нефрозу, две — сахарному диабету, одна — тиреотоксикозу, две — болезням системы крови (пернициозная анемия и инфекционный мононуклеоз), две — коллагенозам и, наконец, последняя — является заключительной лекцией.

Следует отметить особую удачу автора в изложении вопросов гастроэнтерологии, составляющих половину объема книги. Этому, очевидно, способствовал тот интерес, который в свое время А. И. Гефтер, как ученик Н. И. Лепорского, проявлял к этой ныне незаслуженно недооцениваемой области клинической медицины.

Образно и удачно изложены лекции по гастриту, язвенной болезни, болезни Боткина и циррозам печени, от уровня которых несколько отстает лекция о хроническом холецистите и других хронических заболеваниях желчных путей. Автор справедливо в патогенезе хронических гастритов и язвенной болезни подчеркивает, наряду с другими факторами, значение нарушений режима питания, хотя и не развивает подробно этот вопрос, заслуживающий особого внимания.

В полном согласии с автором следует признать и осторожность в трактовке анацидного гастрита как предракового состояния и помнить, что «это значит травмировать 90% такого рода больных, создавать у них ятрогенные заболевания, канцерофобию».

Кстати сказать, вызывает сожаление отсутствие в книге лекции, специально посвященной раку желудка, раннее распознавание которого во многом зависит от соответствующей «нацеленности» врача-терапевта. Мы прекрасно понимаем, что автор был ограничен определенными лимитами для выбора тем лекций, но можно было бы предпочесть лекцию о раке желудка, хотя бы за счет острого гастрита, заболевания, которое скорее должен был бы читать лектор по курсу госпитальной терапии. Жаль также, что не освещен вопрос о хронических колитах, которые обычно плохо знают студенты и молодые врачи.

В осложнениях, довольно удачно обрисованных в лекциях по язвенной болезни, к сожалению, отсутствуют два весьма важных: пенетрирующая язва и перигастрит, диагностика которых относится к компетенции врача-терапевта. Попутно у нас возникает некоторое сомнение в целесообразности рекомендуемого автором назначения больным язвенной болезнью внутрь раствора новокаина, который часто в таком виде возбуждает желудочную секрецию. Неудачно отнесение бикалина к группе «щелочных препаратов» (стр. 61). Едва ли можно принять безоговорочно утверждение автора о том, что «мы не можем согласиться с тем, что так же, как Железноводск, показаны Ессентуки для лечения больных язвенной болезнью» (стр. 61). К недостаткам всего этого раздела относится отсутствие четких указаний на необходимость диспансерного наблюдения над больными хроническими гастритами и язвенной болезнью и об огромной значимости этого прогрессивного метода советской медицины.

В то же время нельзя не признать весьма высокий уровень остального изложе-