

По формам заболевания 234 болело хроническим алкоголизмом, 27 дипсоманией и 16 человек алкогольными душевными расстройствами. Из данной группы 28⁰/₀ болело венболезнями. Обычное количество выпиваемой водки 1—2 бутылки ежедневно. Почти у всех алкоголиков отмечалось понижение внимания, памяти и комбинаторной способности. Соматическое обследование выявило у 12,5⁰/₀ больных органические поражения сердца, у 8⁰/₀ заболевания легких и плевры. Увеличена и болезненна печень у 11⁰/₀ больных. Катарральные состояния желудка и кишок отмечались у 23⁰/₀. В 3⁰/₀ был положительный (с. Romberg'a. В 18⁰/₀ невротические боли по ходу нервных ветвей. Положительный Phrenicusphenomen у 37⁰/₀. Положительный симптом Quinquaud у 68⁰/₀.

Результат лечения, проведенного мной по вышеописанному способу, следующий. Из 277 перестало пить 208, продолжало пить 69. Из переставших пить дали срыв в конце 1-го месяца 13; на 2-м месяце 18; на 3-м месяце 12; на 4-м месяце 13; на 5 месяце—5; на 6 месяце—18; на 7 месяце и дальше срывов не наблюдалось. Всего срывов 79; особенно много срывов на 2 и 6 месяцах. Перевалившие за 6 месяц остаются пока абстинентами в течение 1—2 лет. Анализируя ряд срывов, я пришел к выводу, что большая часть срывается благодаря соблазну своих товарищей, часть желает испытать силы, а часть из-за любопытства: что, мол, с ним станется, когда он выпьет. Таким образом, мы видим, что из 277 человек—129 человек (46,56⁰/₀) не пьет в течение 1—2 лет; 79 человек (28⁰/₀ с дробью), хотя и сорвались, но дали известное улучшение; 69 человек (24,9⁰/₀) без улучшения. Результаты лечения нужно считать вполне удовлетворительными, учитывая, что лечение проводилось амбулаторно и контингент больных состоял из старых алкоголиков с солидным стажем. Соматические расстройства лечились по методам, применяемым современной терапией. Результаты лечения у переставших пить быстро сказываются. Больные быстро прибывают в весе, улучшается внимание, восстанавливается, хотя и более медленно, память, улучшается самочувствие, сон и аппетит, восстанавливается также соматическое здоровье. Каждый излечившийся алкоголик является живой антиалкогольной рекламой и проводником антиалкогольных идей. Важно в дальнейшем не порывать связи с больными, патронируя их, втягивая их в общественную и антиалкогольную работу.

Специфического средства против алкоголизма нет и трудно таковое предвидеть, а посему многие врачи-скептики считают напрасным трудом лечить алкоголиков. Успешность лечения зависит не так от лекарств, как от такта и умелого подхода врача, а потому и неудивительно, что результаты лечения у разных авторов не одинаковы: колеблются от 0 до 70⁰/₀. Только терпеливая, стойкая работа врача, не опускающего рук при неудачах, может служить залогом успешности в его трудной работе.

Библиография и рецензии.

Д-р П. Белошапко и прив.-доц. И. Яковлев. *Руководство по оперативной помощи при родах*. Госмедиздат 1930 г. 388 стр. Цена в переплете 3 р. 50 коп.

Эта книга, изданная под редакцией проф. Р. В. Кипарского и с предисловием прив.-доц. М. Елкина, представляет собой краткое практическое пособие по оперативному акушерству, предназначенное не только для специалиста акушера-гинеколога, но и для участкового врача (врача-универсалиста).

Содержание книги расположено в 2-х частях—общей и специальной. В общей части кратко очерчены задачи акушера, даны основные акушерские сведения по анатомии головки плода и костного таза матери, изложены практически-важные способы акушерского исследования роженицы и затронута вкратце клиническая картина родового акта. В специальной части, обнимающей около 300 страниц, изложены—нормальный механизм родов при затылочном предлежании и механизм родов при узких тазах; общие показания и условия для оперативного вмешательства при родах; техника операции щипцов при нормальном механизме и при механизме узких тазов—техника, основанная на точном знании этих механизмов; далее приведены оперативные пособия при тазовых предлежаниях, техника опе-

рации поворота, плодоразрушающих и тазоразрушающих операций и, наконец, операции кесарского сечения. В описании операции наложения щипцов уделено большое внимание технике высоких щипцов и среди них—щипцов Kielland'a.

Руководство с внешней стороны издано хорошо, написано кратким, понятным языком и снабжено большим количеством (281) рисунков, делающих книгу наглядным пособием для усвоения техники оперативного акушерства. Все это, вместе взятое, а также доступная для рядового врача цена книги, позволяют приветствовать появление данного руководства и рекомендовать последнее врачам, ведающим оперативной помощью при родах.

Однако, не останавливаясь на бесспорных достоинствах этого руководства, я позволю себе, в интересах дела, привести несколько указаний о тех неясностях и опечатках, которые бросились мне в глаза при первом чтении книги и которые могут нарушить ценность последней как практического руководства по оперативному акушерству. Располагаю свои указания по степени их важности.

На стр. 46 (строка 9, 10, 11 и 12) указано «более частые тоны (учащение) могут расцениваться по сравнению с редкими (замедление) сердцебиениями плода, как явление более легкого характера» и далее на стр. 134 (строки 18—31). «Состояние асфиксии имеет две степени, резко отличные друг от друга по частоте ударов. При первой степени недостаток кислорода является раздражителем сердечного центра... В это время частота пульсовых ударов доходит до 160 и выше в минуту. При нарастании кислородного голодания эта фаза раздражения сменяется фазой угнетения; частота сердечных ударов падает (меньше 100), наступает их неправильное чередование (аритмия)... Понятно, что вторая фаза (угнетение) является более тяжелой степенью асфиксии и знаменует собою близкую гибель плода». Это положение авторов, касающееся одного из важных вопросов акушерства—диагностики внутриутробной асфиксии плода, прямо противоречит принятому в классических учебниках акушерства мнению на этот счет. Последнее гласит, что действительно существуют две степени асфиксии, но при первой (более легкой, начальной) степени происходит не *учащение*, а *замедление* сердцебиений плода вследствие раздражения центра блуждающего нерва (центр, тормозящий деятельность сердца) накапливающейся при асфиксии в крови плода углекислотой; при нарастании же кислородного голодания наступает вторая (более тяжелая) степень асфиксии, сопровождающаяся не *замедлением* (угнетением) сердцебиений (ниже 100), а *учащением* их и аритмией вследствие паралича центра n. n. vagorum (В и т. т. Руков. к изуч. акуш., стр. 463, изд. 1912 г. и Груздев. Акушерство, т. II, 1922 г., стр. 192). Отсюда следует, что более частые тоны (учащение) сердца могут расцениваться по сравнению с редкими (замедление) сердцебиениями плода не как явление более легкого характера, что утверждают авторы, а как признак тяжелой (2-ой степени) асфиксии, знаменующий близкую гибель плода.

Далее, на стр. 370 не вполне обоснованы в изложении авторов недостатки разреза матки по Fritsch'y (поперечный, в дне) при кесарском сечении. Главным преимуществом этого разреза, выставляемым его приверженцами, являются не те, которые указали авторы (конец 369 и начало 370 стр.), а меньшая кровопотеря при нем. И вот, это преимущество разреза Fritsch'a не поколеблено доводами авторов. Кроме того, неясным кажется мне и возражение авторов против разреза матки по Fritsch'y, что «мы здесь, рассекая мышцы перпендикулярно длине волокон, несомненно, нарушаем нервный аппарат матки и кровеносные сосуды, неизбежно получая кровотечение». А разве при продольном разрезе не происходит то же? Нам кажется, не только происходит, но даже в большей степени. Между тем авторы не приводят доказательств тому, что именно при разрезе Fritsch'a эти нарушения имеют место в большей степени, чем при продольном разрезе тела матки.

Наконец, укажу несколько опечаток. На стр. 44 (последняя строка) опечатка в ссылке на рисунок (Рис. 29). На стр. 45 (предпоследняя строка) под словами «при поперечных положениях» следует, повидимому, понимать—«при головных положениях». На стр. 145 (строка 18), повидимому, под словом «неопытного» нужно подразумевать слово «опытного». На странице 175 (строка 4) напечатано «кпереди от уха», вместо «кзади от уха».

В заключение отмечу, что все эти указания отнюдь не умаляют достоинств рецензируемого руководства, и надеюсь, что оно будет иметь должный успех у врачей.

Прив.-доц. П. Маненков.