

Положительный результат достигается комплексным лечением кишечных свищей (борьба с дерматитом, обезвоживанием и истощением, атрофией дистального отдела кишки, соблюдение диеты и пр.).

Из 13 больных с кишечными свищами, которые лечились в хирургических отделениях республиканской и районных больниц, у 10 либо свищи полностью закрылись, либо общее состояние больных настолько улучшилось, что позволило произвести оперативное закрытие свища.

По нашему мнению, подобные obturatory должны найти широкое применение для лечения больных с кишечными свищами как самостоятельный или как вспомогательный метод, а также для подготовки больных к оперативному закрытию свищей.

Простота изготовления вышеописанного obturatory дает возможность применять его в любых условиях.

БИБЛИОГРАФИЯ И РЕЦЕНЗИИ

УДК 616. 9

К. В. Бунин. Диагностика инфекционных болезней. «Медицина», М., 1965

В настоящее время назрела необходимость снабдить врачей инфекционистов и терапевтов, а также студентов медицинских институтов хорошим руководством по диагностике инфекционных болезней. Появление в свет книги К. В. Бунина, одного из авторитетнейших инфекционистов, соответствует этой потребности.

Рецензируемая книга объемом в 439 страниц включает в себя одну общую и 7 специальных глав, посвященных диагностике и дифференциальной диагностике 84 инфекционных болезней. Подробно описана клиническая симптоматология раннего периода болезни и ее динамика. Для наглядности автором составлены 24 оригинальные дифференциально-диагностические таблицы, диаграммы симптомов и температурных кривых, а также помещен ряд иллюстраций, в том числе цветных рисунков, облегчающих быструю ориентацию врача-клинициста в сложных вопросах дифференциальной диагностики инфекционных болезней.

Наряду с описанием ранних клинических признаков дана оценка важнейших лабораторных диагностических исследований. Приводятся материалы по диагностике малоизвестных широкому кругу врачей инфекционных болезней (орнитозы, мелиоидоз, болезнь Борнхольма и др.).

При изложении материала автор широко использовал исследования, выполненные коллективом руководимой им кафедры, а также данные мировой литературы. Нужно подчеркнуть, что автор сумел отразить все особенности современного течения отдельных инфекционных болезней, клиника которых в значительной степени изменилась за последние годы.

Первая глава знакомит читателя с общими принципами диагностики инфекционных болезней. К сожалению, ограниченность объема не позволила автору более подробно остановиться на этих вопросах. Однако включение в руководство данной главы даже в таком ее объеме нужно считать весьма целесообразным с дидактической точки зрения, имея в виду необходимость подготовки студентов и врачей к сознательному пониманию сущности диагноза инфекционных болезней.

Очень богатый клинический и лабораторный материал приводится в частных разделах рецензируемого руководства (главы II—VIII), вплоть до диагностики осложнений, требующих неотложной терапии при инфекционных болезнях.

На общем фоне богатого по своему содержанию руководства имеются все же некоторые дефекты.

Так, отдельные описания частных нозологических форм представлены неодинаково полно. Если большинство глав написано с исчерпывающей полнотой (в особенности главы о брюшном тифе, ботулизме, бруцеллезе и т. д.), то некоторые (пищевые токсикоинфекции стафилококковой этиологии, протейзм, токсоплазмоз, инфекционный мононуклеоз) желательно было бы пополнить в связи со значимостью этих инфекций для практического врача. Некоторые разделы (например, посвященные эндемическому сыпному тифу, пятидневной лихорадке) чрезмерно сжаты.

Недостаточно освещен вопрос о хронической дизентерии, в частности отсутствует дифференциальная диагностика ее со сходными заболеваниями. При изложении амёбиоза фиксировано внимание на острых формах заболевания и лишь мельком сказано о хронических, которые наблюдаются значительно чаще в умеренных и в более северных широтах.

Имеются отдельные, хотя и редкие, досадные опечатки

Следует отметить ясный литературный язык, которым написано руководство. Краткий список справочной литературы, приводимый в конце книги, охватывает данные по 1964 г. включительно.

Несмотря на указанные недочеты, рецензируемое руководство, несомненно, представляет собой ценную книгу, которая по праву должна войти в список наиболее солидных пособий по диагностике инфекционных болезней. Не подлежит сомнению, что руководство будет иметь успех среди широкого круга практических врачей.

Можно лишь пожелать, чтобы данное руководство было переиздано большим тиражом.

Доц. А. Д. Брискер (Челябинск)

УДК 616—001. 36—616—005. 1

И. Р. Петров и Г. Ш. Васадзе. Необратимые изменения при шоке и кровопотере.
«Медицина». Л., 1966. 12,5 п. л.

Монография включает следующие главы: I. Рефлекторная теория шока. II. Сходства и различия травматического шока и кровопотери. III. Значение нарушений функций различных систем и органов в развитии необратимых изменений при шоке и кровопотере. IV. Лечение острой кровопотери и травматического шока. V. Предупреждение необратимых изменений при кровопотере и травматическом шоке. Г. Ш. Васадзе принадлежит III глава, остальные написаны И. Р. Петровым.

В предисловии приведено определение понятия «необратимые изменения». Это такое состояние организма, при котором самые эффективные лечебные мероприятия оказываются недостаточными для сохранения жизни больного. Во введении авторы подчеркивают, что «необратимый шок», «необратимая кровопотеря» — понятия относительные «для данных методов терапии».

Одни исследователи признают возможность возникновения необратимых изменений при шоке и кровопотере, другие же их отрицают. Так, Allen (1943) считает шок обратимым в любой стадии его развития. Moore (1961) подчеркивает, что до настоящего времени еще нет ни одного клинического признака необратимости состояния.

Авторы монографии считают, что необратимые изменения при тяжелом шоке и кровопотере возникают в предагональном и агональном периодах за 10—20 мин. до клинической смерти, поэтому врач не должен терять надежды на возможность сохранения жизни больного даже в тех случаях, когда ему приходится оказывать помощь в поздних стадиях.

Очень важный признак необратимости — отсутствие эффекта от трансфузии плазмозамещающих растворов или крови (АД не повышается, деятельность сердца не улучшается).

И. Р. Петров различает при шоке три фазы изменения центральной нервной системы (цнс) — фазу возбуждения, фазу торможения и фазу истощения цнс (истощение энергетических ресурсов). Соответственно этому выделяются три фазы развития травматического шока — эректильная, торпидная и фаза истощения нервной системы.

Проводя параллель между травматическим шоком и кровопотерей, авторы подчеркивают, что при обоих этих состояниях могут возникнуть необратимые изменения, если длительное время наблюдается тяжелая гипотензия (тах. АД 60—50 мм).

Симптомы тяжелой кровопотери: понижение артериального и венозного давления, одышка, тахикардия, обморочное состояние, алкалоз, а затем ацидоз, общая слабость, рвота и др.

Длительная гипотензия при кровопотере, так же как и при шоке, способствует истощению цнс.

Болевое раздражение, наркоз, искусственная гипотермия, перегревание, охлаждение организма повышают его чувствительность к кровопотере.

Когда тах АД снижено до 60—40 мм, необратимые изменения функции при кровопотере наступают в 2 раза позднее, чем при травматическом шоке.

При кровопотере переливание крови значительно более эффективно, чем при шоке.

При шоке поступление тканевой жидкости в кровеносное русло выражено слабо, а нередко и не наблюдается, возникает плазмопотеря вследствие трофических нарушений сосудистой стенки и повышения проницаемости сосудистой мембраны, что усугубляет течение шока.

При острой кровопотере необходимо восстановить до должной величины массу циркулирующей крови, лучше всего путем переливания совместимой крови.

При тяжелой кровопотере и запоздалом оказании помощи необходимо одновременно с переливанием крови вводить такие средства, как норадреналин и эфедрин, давать кислород для дыхания. Помощь должна быть комплексной и нацеленной в первую очередь на нормализацию жизненно важных функций организма.

Из разнообразных плазмозамещающих растворов более эффективными авторы считают растворы декстрана, поливинилового алкоголя, желатина, а также жидкость