

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 бóльшим 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 преагональном 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

Петрова. При тяжелой кровопотере следует добавлять к ним 10—15% совместимой крови.

При тах. АД 90—70 мм показано внутривенное введение крови или ее заменителей.

При тах. АД 30—20 мм целесообразно начинать с внутриаартериального введения крови (под давлением 100—140 мм) до установления тах. АД на уровне 80—70 мм и уже затем переходить на внутривенное.

Описанная методика терапии травматического шока включает общеизвестные рекомендации.

Для предупреждения необратимых изменений при кровопотере и травматическом шоке экспериментально (и частично — клинически) испытывались дибазол, коразол, глюкоза.

Дибазол применяли в следующей прописи — дибазол 25 мг/кг, димедрол 1 мг/кг, витамины С — 25 мг/кг, В₁ — 5 мг/кг, В₆ — 3,5 мг/кг в 10 мл 10% раствора глюкозы.

Дибазол (10 мг) с глюкозой и витаминами давали для предупреждения операционного шока.

Коразол (3 мг/кг) вводили также в растворе глюкозы (50 мл 40%).

Заслуживает внимания заключительная часть монографии, где перечислены основные нерешенные вопросы, изучение которых приведет к установлению рациональных комплексных методов лечения как травматического шока, так и массивной кровопотери.

В целом книга безусловно с интересом будет прочитана как теоретиками, так и практическими врачами, оказывающими помощь при шоке и кровопотере.

А. М. Окулов (Казань)

СЪЕЗДЫ И КОНФЕРЕНЦИИ

УДК 616—053. 3—617

ПЕРВАЯ ВСЕСОЮЗНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ ДЕТСКИХ ХИРУРГОВ

22—24/XII 1965 г. Москва

Первое заседание было посвящено состоянию и мерам улучшения хирургической помощи детям в СССР. С основным докладом по этому вопросу выступил проф. Ю. Ф. Исаков (Москва), который отметил, что в 1965 г. количество детских хирургических коек по Союзу возросло по сравнению с 1962 г. на 4300. Общее число детских хирургов достигло 1200. Создаются центры по детской хирургии во многих областях и республиках. Кадры детских хирургов должны готовиться из выпускников педиатрических факультетов, для чего необходимо увеличить прием в ординатуру и аспирантуру по хирургии детского возраста, расширить курсы специализации в ГИДУВах. Предусматривается расширение учебных планов по детской хирургии на педиатрических факультетах и введение детской хирургии на лечебных факультетах. Докладчик выделил 3 основные проблемы детской хирургии: 1) хирургия новорожденных; 2) изучение критических состояний у детей; 3) хирургическая коррекция пороков развития.

Доклад проф. А. З. Маневича (Москва) был посвящен путям развития детской анестезиологии и реаниматологии.

Основным методом обезболивания у детей должна являться общая анестезия. Показания к использованию мышечных релаксантов у детей возникают чаще, чем у взрослых (диагностические исследования и манипуляции).

С. Н. Ефунин (Москва) показал, какую неоценимую помощь оказывает электроэнцефалографический контроль при наркозе. Запись биотоков мозга позволяет получить точную и быструю информацию о глубине наркоза и степени гипоксии. Изменения биопотенциалов мозга возникают значительно раньше клинических симптомов.

Целый ряд докладов был посвящен применению новых препаратов в детской анестезиологической практике.

В. В. Катков, Р. Б. Франтов, С. К. Баталина (Москва) доложили о применении препаратов стероидного ряда, которые близки по своей химической структуре к эстрогенным гормонам, но гормональной активностью не обладают. Наиболее распространенным стероидным препаратом с выраженным анестетическим действием является виадрил. Этот препарат практически неогексичен, анестетическая доза его в 2 раза превышает дозу тиопентала натрия; в отличие от барбитуратов, он не угнетает дыхания и кровообращения, не оказывает отрицательного влияния