

вой деятельности затягивается до 15—20 мин. В 15 родах, когда головка плода была прижата ко входу в малый таз либо находилась малым или большим сегментом во входе, извлечение плода длилось 15—20 мин. В 25 родах головка располагалась в широкой части полости малого таза, и тракции длились от 5 до 20 мин. Если головка плода находилась в узкой части полости таза (30 родов), то операция, как правило, продолжалась 5—10 мин. Извлечение плода в то время, когда головка плода была на тазовом дне (8 родов), шло 5 мин.

Во всех 77 родах тут же после рождения ребенка приступали к отсасыванию слизи из дыхательных путей с помощью того же самого электроотсосывателя. После снижения разрежения до нуля чашечку снимали с головки и отсоединяли от отсасывающего шланга. Пока ручными приемами выводили головку и извлекали плод, к отсасывающему шлангу присоединяли дополнительную баночку для приема отсасываемой жидкости. К отсасывающему шлангу, идущему от баночки, присоединяли наконечник от ручного аппарата искусственного дыхания. Наконечник вводили в трахею новорожденного. Разрежение воздуха доводили до 200 мм рт. ст. При необходимости наконечник можно, не вынимая из трахеи, быстро переключить на ручной аппарат искусственного дыхания. Непосредственно к наконечнику иногда присоединяется резиновый катетер. Как правило, слизь удаётся отсосать полностью.

Правила эксплуатации электроотсосывателя указаны в инструкции, прилагаемой к аппарату.

БИБЛИОГРАФИЯ И РЕЦЕНЗИИ

Р. А. Калюжная. Хронические интоксикации детского возраста. «Медицина», М., 1966.

Монография Р. А. Калюжной посвящена изучению состояния детского организма при хронически действующих вредностях, вызывающих интоксикацию, неблагоприятные изменения реактивности детей, нарушение их гармонического развития и создающих предпосылки для возникновения тяжелых заболеваний, в патогенезе которых аллергия является ведущим фактором (ревматизм, туберкулез, нефрит, бронхиальная астма, хроническая пневмония и др.).

До последнего времени отсутствовали четкие данные об особенностях течения хронических интоксикаций, характере возникающих при этом нарушений, последовательности и механизме их развития.

Приведенные в монографии данные убедительно показывают, что хронические интоксикации детского возраста — заболевание всего организма, протекающее со значительной сенсбилизацией с вовлечением в реакции всех органов и систем, в первую очередь нервной и сердечно-сосудистой системы.

В монографии всесторонне излагается клиническая картина хронических интоксикаций детского возраста. Часто встречающиеся при интоксикациях сердечно-сосудистые расстройства не всегда правильно трактуются. Иногда их принимают за проявление ревмокардита, что ведет к непоказанным терапевтическим и режимным мероприятиям, в частности к необоснованному назначению постельного режима, а в последующем к ограничению в играх, движениях и занятиях физической культурой.

В монографии приведены характерные симптомы сердечно-сосудистых расстройств при важнейших хронических интоксикациях детского возраста (при хронической очаговой инфекции в рото-носо-глотке, хронической туберкулезной интоксикации, глистной интоксикации и интоксикации, обусловленной хроническими заболеваниями печени и желчных путей) с их дифференциацией от ревмокардита.

Исследование функции сердечно-сосудистой системы проводилось в комплексе с изучением функции центральной и вегетативной нервной системы, крови, функции органов пищеварения и ряда показателей реактивности детей.

Изучение сердечно-сосудистой системы сочеталось с длительными (до 10 лет) катamnестическими наблюдениями. Это позволило получить сведения о последовательности возникновения нарушений функции сердца и сосудов по мере прогрессирования интоксикаций.

Работа разрешила вопрос об отсутствии специфичности поражений сердца тосико-инфекционного происхождения, доказав их клиническое и патогенетическое единство при различных, с этиологической точки зрения, хронических интоксикациях детского возраста.

Изложенные в монографии факты свидетельствуют о преобладании в клинической картине неспецифических, сходных при различных интоксикациях, реакций всех органов и систем. В частности, выявлены неспецифические реакции в поведении этих детей, обусловленные нарушением функционального состояния коры головного мозга, которое в конечном итоге приводит к формированию неврастенического синдрома. На фоне указанных расстройств со стороны нервной системы при различных с этиологической точки зрения интоксикациях установлены разнообразные изменения

функции межучного мозга, проявляющиеся, в частности, в ожирении (при очаговой инфекции в рото-носо-глотке), сосудистой гипертензии и ряде других симптомов симпатических реакций. В подростковом периоде у ряда детей, страдающих хроническими интоксикациями, обнаружены признаки дисфункции щитовидной железы и нарушение полового созревания, гипертонические кризы у девочек в периоде, предшествующем менструальному циклу.

Наблюдается геморрагический синдром, вторичная тромбопения, капилляротоксикоз, возникают различные дискинезии желудочно-кишечного тракта, обусловленные главным образом изменением функционального состояния вегетативной нервной системы. Появляются артралгии.

Анализ клинической картины позволил автору доказать сходство клинических синдромов при различных хронических интоксикациях у детей и их неспецифический характер.

В тесной связи с нарушением функции вегетативной нервной системы показано постепенное истощение реактивности организма ребенка (извращение реакции фагоцитоза, снижение содержания пропердина, появление гипогаммаглобулинемии, лейкопении и т. д.), достигающее наибольшей выраженности в поздних стадиях интоксикации.

Всестороннее изучение клинической картины различных хронических интоксикаций детского возраста позволило автору доказать, что реакции сердца и сосудов являются хоть и ведущими, но не единственными; они входят в комплекс общих стереотипных неспецифических реакций организма.

При всех рассматриваемых интоксикациях наиболее ранним проявлением свойственных им ангиокардиопатий является системный спазм кожных артериол и склонность к повышению давления в более крупных артериях. Вслед за сосудистыми возникают функциональные нарушения, вначале в предсердиях, а затем и в желудочках. Более раннее поражение предсердий, в которых расположены основные нервные аппараты сердца и синусовый узел, подтверждает экстракардиальную природу первоначальных изменений сердца при хронических интоксикациях у детей. В ряде случаев при длительной интоксикации трофические нарушения могут перейти в склеротические, о чем свидетельствуют соответствующие электрокардиографические изменения.

Установлено положительное влияние физических упражнений и активного режима на сердце и сосуды при хронических интоксикациях.

Выявлено значительное усиление дисфункций в подростковом периоде. Хронические интоксикации детского возраста создают предпосылки для последующей сердечно-сосудистой патологии.

В работе описана дифференциальная диагностика токсических миокардиодистрофий в сопоставлении с ранними и латентно протекающими формами ревмокардита. Исход дистрофии миокарда в детском возрасте зависит от своевременного устранения источника хронической интоксикации и повышения общей неспецифической резистентности организма путем соответствующего режима, физической культуры и правильно построенных трудовых процессов.

Монография Р. А. Каложной является ценным пособием для педиатров, которые получили нужную и очень полезную книгу.

Проф. К. А. Святкина (Казань)

А. Ю. Ратнер. Шейная мигрень. Изд. Казанского университета, 1965

Выход в свет монографии А. Ю. Ратнера «Шейная мигрень», посвященной описанию клиники, диагностики и лечения своеобразного заболевания, развивающегося вследствие шейного остеохондроза, является весьма своевременным. В отечественной литературе монографий на эту тему нет.

В предисловии справедливо указано, что остеохондроз и его неврологические проявления встречаются более часто, чем диагностируются. Автор признает, что термин «шейная мигрень», применяемый для обозначения нового самостоятельного заболевания, в котором на первый план выступает обширная церебральная и радикулярная симптоматика, является весьма условным и не отражает всей сущности и тяжести болезни. Однако автор отдает ему предпочтение перед другими, еще менее удачными (заднешейный симпатический синдром, синдром позвоночного нерва).

В I главе описана морфология шейного отдела позвоночника, прилегающих сосудов и нервов, патологические изменения межпозвоночных дисков и позвонков при шейной мигрени, изложены вопросы этиологии и патогенеза этих изменений. II глава посвящена истории изучения шейной мигрени и современным теориям патогенеза ее.

В III главе, самой большой, дана детальная клиническая картина шейной мигрени. Глава состоит из нескольких разделов. Подробно описывается шейный радикулярный синдром, вегетативные сдвиги, нарушения сна, координаторных функций, памяти, психической деятельности, приводятся данные ЭЭГ. Обращено внимание на частоту дисогенных мислопатий. При рассмотрении клинических синдромов и синдромов автор пытается раскрыть их патогенез.