

**Е. И. Чазов. Тромбозы и эмболии в клинике внутренних болезней.**  
Медицина, М., 1966, 263 стр.

Автор книги член-кор. АМН СССР Е. И. Чазов известен в нашей стране как ученик и ближайший помощник А. Л. Мясникова.

Особенность рецензируемой книги состоит в том, что, хотя ее автор — клиницист, в ней широко представлен патофизиологический анализ механизмов возникновения тромбозов и эмболий.

Являясь сторонником теории Б. А. Кудряшова о роли в организме физиологической противосвертывающей системы, автор на себе испытал влияние внутривенного введения тромбина, чтобы изучить реакцию противосвертывающих механизмов не в эксперименте на животных, а у человека.

В книге освещаются некоторые общие вопросы диагностики тромбозов и предтромботических состояний. Нельзя не согласиться с автором, что необходимо иметь представление как о коагулирующих возможностях крови, так и о состоянии противосвертывающих механизмов. При рекомендации того или иного метода исследования состояния свертывающей системы крови следует учитывать относительную простоту метода, возможность его применения в широкой клинической практике. В оценке коагулирующих свойств крови основная роль принадлежит изучению тромбопластической активности крови, протромбина и фибриногена, а также фибринолитической активности крови. Критерием для определения антикоагулирующих свойств служит содержание свободного гепарина. Более предпочтительными и перспективными считаются методы, дающие представление о суммарной тромбообразующей активности крови (определение толерантности плазмы к гепарину, метод тромботеста, метод тромбозластографии). Автор достаточно подробно характеризует эти методы, критически освещает значение исследуемых показателей для суждения о состоянии коагуляции крови, приводит данные из личного опыта экспериментатора-клинициста.

Автор ставит исключительно важный для клиницистов вопрос: имеется ли вообще в данном конкретном случае тромбоз или тромбоземболия и не обусловлена ли клиническая симптоматика другой патологией? Он отмечает большую роль контрастных рентгенологических методов исследования, позволяющих определить локализацию тромбоза или эмболии.

Несмотря на общие черты как в клинической картине заболевания, так и в характере биохимических изменений, тромбозы отдельных сосудистых областей значительно отличаются друг от друга по картине болезни, ее течению, прогнозу, диагностическим критериям, зависящим от локализации тромба или эмбола. Поэтому в IV главе автор специально останавливается на клинической характеристике и дифференциации диагностических признаков тромбозов и эмболий в клинике внутренних болезней.

Автор приводит достаточно подробные сведения о коронарном тромбозе, внутрисосудистом, о тромбозах при гипертонической болезни, о тромбозах аорты, артерий нижних конечностей, почечных артерий, мезентериальных сосудов и селезеночной артерии, артерий верхних конечностей, легочной артерии, о тромбозах печеночной, воротной, селезеночной, нижней и верхней полых вен.

Е. И. Чазов считает патогенетически обоснованным методом терапии коронарного тромбоза имитацию защитной противосвертывающей реакции путем увеличения антикоагулирующих и фибринолитических свойств крови. Для предупреждения возникновения повторных тромбозов и тромбоземболических осложнений терапия гепарином должна быть продолжительной.

Автор подчеркивает, что тромбоз коронарных артерий характерен и для инфаркта миокарда с рецидивирующим и затяжным течением. Близость изменений тромбообразующих свойств крови при гипертонической болезни и атеросклерозе, по-видимому, связана с общностью ряда патогенетических механизмов при этих патологических процессах. Нельзя, однако, не учитывать и некоторые особенности гипертонической болезни — нарушение функции сосудодвигательных центров, увеличение проницаемости сосудов.

Описывая клиническую картину тромбозов аорты, автор подчеркивает разнообразие симптоматики в зависимости от локализации тромбов и их характера (пристеночный или обтурирующий тромб). При появлении признаков тромбоза аорты автор считает целесообразным введение фибринолизина по 20 000—25 000 ед. с 10 000 ед. гепарина капельно внутривенно в течение 4—5 часов.

Внутрисердечный тромбоз связан с инфарктом миокарда или пороками сердца. Автор указывает на трудности диагноза тромбоза правого желудочка или правого предсердия; их диагностика облегчается при внезапном появлении грубого систолического шума на легочной артерии или при появлении тромбоземболических осложнений. Нельзя забывать о возможности изслыванного тромба ушка левого предсердия, шаровидного тромба в левом предсердии.

Подробно охарактеризована клиническая картина тромбозов артерий нижних конечностей, почечных артерий, тромбозов и эмболий мезентериальных сосудов. Автор подчеркивает наличие диагностических затруднений, порой отсутствие специфических симптомов. Острая боль в правом подреберье возможна при тромбозе печеночной артерии, а при тромбозе селезеночной артерии — боль в левом подреберье, нередко увеличение селезенки, часто отмечается лейкопения. Большое внимание автор уделяет клинической картине тромбозов и эмболий легочной артерии, считая их одной из актуальных проблем терапевтической клиникки. Он справедливо указывает, что только комплексная оценка симптомов позволяет достаточно точно диагностировать это заболевание.

Последняя глава посвящена лечению при тромбозах. Основу его составляет применение антикоагулянтов, в частности путем одновременного введения гепарина и повышения фибринолитической активности крови. Гепарин обеспечивает быстроту и выраженность антикоагулирующего эффекта, не вызывая существенных побочных реакций. Его спазмолитическое, обезболивающее, антилимемическое и противошоковое действие также имеет значение. Гепарин назначают как средство, ограничивающее развитие атеросклероза, так как внутримышечное введение гепарина по 5000—10000 ед. 2 раза в день нормализует нарушенный липидный обмен и улучшает состояние больных. Такой метод лечения в течение 10—14 дней показан у больных коронарным атеросклерозом с приступами стенокардии (его можно назначать и амбулаторно). При остром инфаркте миокарда автор вводил препарат внутримышечно по 50 000 ед. в первые сутки со снижением дозы на 2—3-й день до 25 000 ед. Часто первоначальную дозу (10 000—15 000 ед.) вводят внутривенно, а затем внутримышечно через 6 часов по 10 000 ед. Автор считает целесообразным внутривенное введение гепарина капельным способом. Он давал гепарин в течение 5—6 дней, причем первые 3—4 дня по 40 000—50 000 ед. в сутки, а затем постепенно снижал дозу до 20 000 ед.

При тромбозах эмболии легочной артерии он наблюдал хорошие результаты от капельного внутривенного введения гепарина (20 000—30 000 ед. гепарина разводятся в 150 мл физраствора и вводят внутривенно по 20—25 капель в мин.).

Являясь пионером фибринолитической терапии в нашей стране, Е. И. Чазов большое внимание уделяет этому методу лечения.

При экспериментальном коронарном тромбозе установлено, что медленное введение фибринолизина в дозе 4000 ед. на 1 кг веса приводит к разрушению тромба в сосуде и восстановлению кровотока. Оказалось, что капельное внутривенное введение фибринолизина дает лучший эффект, поэтому рекомендуют продолжительное введение препарата до 6—8 часов в сутки с повторением в течение 2—3—4 дней; иногда непрерывно вводят в течение 1—2 суток.

В монографии содержатся данные о применении активаторов фибринолизина (никотиновой кислоты, стрептокиназы, урокиназы). Автор уделяет внимание и антикоагулянтам непрямого действия, подробно описывает механизм влияния разнообразных синтетических антикоагулянтов, их дозировку и клиническую характеристику, методы применения, способы лабораторного контроля при их назначении.

Монография Е. И. Чазова, одного из ведущих клиницистов, занимающихся проблемой тромбозов эмболий, — безусловно ценный научный труд. Она написана хорошим литературным языком, богато иллюстрирована. В ней даны конкретные и точные рекомендации по профилактике и терапии тромбозов эмболий. Труд Е. И. Чазова окажет большую помощь в борьбе с такими грозными патологическими состояниями, какими являются тромбозы и эмболии в клинике внутренних болезней.

Проф. Д. М. Зубаиров, доц. Ф. Т. Красноперов (Казань)

**М. У. Мирсагатов, А. М. Голосовкер. Трихомониаз мочеполовых органов у мужчин.**  
Медицина, Уз. ССР, Ташкент, 1965

Небольшая по объему (54 стр.) монография написана узбекскими специалистами-венерологами. Книге предпослано предисловие проф. И. М. Порудоминского. Книга читается легко, содержит ряд сведений, необходимых врачам венерологам и урологам. Хорошо изложены разделы о патогенезе трихомониаза и патогистологических изменений при нем.

К сожалению, в книге имеется ряд упущений. Говоря о цистах трихомонады, авторам следовало бы указать, что цисты наблюдали не только Х. Кейтель, но и С. Л. Козин и др., а цистозидные формы трихомонад — Г. М. Ткаченко, А. М. Корчемкин и др. Ничего не сказано о способах питания трихомонад.

В главе об эпидемиологии авторы не отметили, что трихомонады при известных условиях могут выживать в воде (данные И. К. Падченко). О. Прейслер считает возможной передачу трихомонад от больной женщины к здоровой, если пребывание трихомонад во внешней влажной среде продолжается не более 15 мин.

Вызывают недоумение цифры, касающиеся контингента наблюдавшихся авторами больных. Среди больных с негонорейным уретритом авторы за 5 лет выявили трихомониаз лишь в 18,6%. Это противоречит наблюдениям других авторов, в том числе на