

Опухоли хиазмы и арахноидэндотелиомы обонятельной области представлены конкретно с достаточной полнотой.

В главах IV—VII описаны опухоли лобной, теменной, височной и затылочной долей. Рентгенологические данные включают информацию об общем, прямом и косвенном очаговом симптомах опухолей, пневмоэнцефалографической и ангиографической картинах. Это позволяет быстро получить сведения о рентгенологических симптомах новообразований мозга.

Небольшая VIII глава посвящена опухолям боковых желудочков, которые, занимая относительно центральное положение, отличаются рядом особенностей клиники, течения и рентгенологического отображения.

В главе IX описываются опухоли мозжечка со свойственной им сложностью клиники и многообразием симптомов на краниограммах в виде общих признаков интракраниальной гипертензии за счет сдавления IV желудочка и местных изменений в чешуе затылочной кости, спинке турецкого седла и скате, возникающих вследствие трофических расстройств на почве давления опухоли.

Автор знакомит читателя с особенностями методики пневмоэнцефалографии и вертебральной ангиографии при опухолях мозжечка.

В последней (X) главе рассматриваются метастатические опухоли мозга и черепа. Автор отмечает диагностические затруднения в установлении метастазов в мозгу и возможность их выявления при целеустремленном рентгенологическом исследовании. Легче определяются метастазы в костях черепа. Иногда возникают трудности в дифференциации с изменениями при болезни Рустицкого — Калера, множественном очаговом остеопорозе, эозинофильной гранулеме, костной кисте, остеокластической саркоме, гемангиоме.

Дифференциально-диагностические признаки метастазов черепа и перечисленных заболеваний приведены достаточно полно и в доступной форме.

Для многих врачей, интересующихся заболеваниями мозга и черепа, крайне важным является правильный, методический, последовательный разбор результатов исследований больных. Между тем автор почти не уделил этому внимания. Надо было бы в специальных главах представить методику краниологических, пневмоэнцефалографических и ангиографических исследований, что придало бы книге и инструктивное значение, весьма важное для практических врачей.

В основном работа М. Х. Файзуллина является ценным учебным пособием, представляющим большой интерес прежде всего для рентгенологов, а также и для невропатологов, нейрохирургов и офтальмологов. Монография содержит обширную отечественную и иностранную литературу. Она отражает культуру советской медицины, обобщает всю современную литературу и данные собственных исследований автора.

Тираж 3000 экземпляров слишком мал, не удовлетворит всех врачей, интересующихся диагностикой опухолей головного мозга.

Проф. В. А. Дьяченко (Москва)

Б. В. Петровский, С. Н. Ефунн. Лечебный наркоз. Изд. «Медицина», М., 1967; Изд. «Медицина», Будапешт, 1967. Ц. 1 р. 42 коп.

Книга посвящена проблеме использования ингаляционного наркоза с лечебными целями и рассчитана на широкий круг анестезиологов, хирургов и терапевтов. Авторы делятся личным опытом и приводят наблюдения сотрудников других лечебных учреждений по применению многосуточного наркоза газовой смесью закиси азота и кислорода как у больных после операции, так и у тяжелобольных, страдающих острыми нарушениями коронарного кровообращения с обширными поражениями сердечной мышцы, коллапсом и резко выраженным болевым синдромом.

Закись азота в смеси с кислородом подается больному через маску или носовые катетеры в течение нескольких часов или от 1 до 4 дней. Наркоз поддерживается в стадии анальгезии. Создается определенный комфорт без сопутствующего угнетения функций организма. Закись азота в смеси с физиологическими концентрациями кислорода дает значительно лучший эффект, чем допустимые дозы морфина, обеспечивая длительное стабильное обезболивание. При наркозе этой газовой смесью можно строго индивидуализировать дозу обезболивающего вещества. С прекращением подачи закиси азота больной быстро выходит из наркотического состояния. Длительное применение закиси азота не приводит к кумуляции и не вызывает пристрастия.

Книга включает следующие главы: Боль и ее физиологические основы. Очерк о терапии боли. Клинико-физиологическое обоснование применения лечебного наркоза. Аппаратура для проведения лечебного наркоза. Методика насыщения и поддержания лечебного наркоза газовой смесью закиси азота и кислорода. Анальгезия как оптимальная стадия лечебного наркоза. Клиническое состояние больных; состояние биоэлектрической активности мозга и газообмена у больных в условиях проведения послеоперационного наркоза. Гематологические показатели при длительном воздействии закиси азота. Послеоперационный наркоз у новорожденных и грудных детей. Применение газовой смеси закиси азота и кислорода с терапевтическими целями. Осложнения, по-

казания, противопоказания. Приведен список отечественной и зарубежной литературы по данной проблеме.

Уже одно перечисление глав книги свидетельствует о детальном изучении больных, получавших лечебный наркоз.

Авторы наблюдали хороший эффект при использовании лечебного наркоза в послеоперационном периоде.

Остановимся несколько подробнее на главе о применении лечебного наркоза у тепервических больных.

В 1881 г. С. К. Кликович, ассистент проф. С. П. Боткина, впервые успешно применил смесь закиси азота и кислорода для купирования приступа грудной жабы. В 1954 г. А. В. Сергеев, в 1958 г. К. И. Смолинский и в 1961 г. В. С. Белкин получили хороший терапевтический эффект от этой смеси в практике скорой помощи при транспортировке больных с острым болевым синдромом различной этиологии, в том числе и при коронарной недостаточности.

Авторы книги с 1960 г. стали применять лечебный наркоз (наряду со всеми необходимыми мероприятиями — введением кардиоваскулярных средств, антикоагулянтов и пр.) у больных, страдающих выраженным болевым синдромом, с обширными инфарктами миокарда и грубыми нарушениями гемодинамики. Продолжительность лечебного наркоза колебалась от нескольких часов до 3 суток, в последнем случае с краткими перерывами. Длительное подавление эмоциональной сферы больного снимает психическое напряжение, а высокая концентрация кислорода в подаваемой больному газовой смеси значительно улучшает оксигенацию тканей. Лечебный наркоз у терапевтических больных лучше начинать на фоне действия одного из анальгетиков (морфина, пантопона, промедола).

В процессе лечебного наркоза АД и пульс не изменяются. Дыхание остается ритмичным и достаточно глубоким. По данным ЭКГ, улучшаются сократимость и питание миокарда. У части больных с экстрасистолической аритмией восстанавливается нормальный ритм. Мерцательная аритмия не поддавалась терапевтическому воздействию. У больных с острой коронарной недостаточностью при лечебном наркозе намечается выраженная тенденция к уменьшению тромбообразующих свойств крови, что проявляется повышением фибринолитической активности крови и снижением содержания фибриногена.

Применение лечебного наркоза у больных инфарктом миокарда на фоне ацидоза способствует нормализации кислотно-щелочного равновесия, применение же на фоне нормального кислотно-щелочного равновесия — к невыраженному метаболическому алкалозу.

При инфаркте миокарда больной в течение 1—2 суток должен находиться под действием лечебного наркоза, который периодически следует прекращать и возобновлять при малейшем беспокойстве больного, не обязательно связанном с появлением боли.

Лечебный наркоз исключительно эффективен при приступах стенокардии, с успехом применяется для купирования болей при почечной колике. Перспективно его применение при бронхиальной астме. Особенно показан лечебный наркоз у психически лабильных больных с повышенной чувствительностью к болевым раздражениям. Гуманна дача лечебного наркоза погибающим больным, страдающим от сильных болей.

Используя закись азота при длительной анестезии, необходимо помнить о возможности подавления этим наркотиком гемопозза, поэтому целесообразно ограничить срок применения его 2—3 днями. При появлении выраженной тромбоцитопении и агранулоцитоза наркоз следует прекратить. Нельзя длительно применять наркоз закисью азота у женщин на ранних сроках беременности. Противопоказан лечебный наркоз закисью азота при выраженном кровотечении. Малоэффективен длительный наркоз закисью азота при различного рода наркоманиях (морфинизм, алкоголизм и др.).

Такие осложнения лечебного наркоза, как тошнота и рвота, как правило, исчезают при кратковременном прекращении наркоза или уменьшении концентрации закиси азота в газовой смеси.

Представленный авторами материал о лечебном наркозе побудит многих хирургов и терапевтов включить этот прием в свою повседневную практику.

А. М. Окулов (Казань)

И. И. Богоров. Гинекология детского возраста. Медицина, Л., 1966. 298 стр.
2-е издание, переработанное и дополненное

Рецензируемая книга является почти единственной в советской медицинской литературе монографией на указанную тему. Она состоит из двух частей: общей и клинической. Общая часть посвящена особенностям физического развития девочек, клинической симптоматиологии гинекологических заболеваний у них. Последовательно излагается методика исследования девочек. Автор подчеркивает важность и обязательность обследования всего организма больной девочки. Большое внимание уделено гигиене девочки и девушки.