

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 гемопоза, 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.

В клинической части в развернутом виде представлены все основные заболевания половых органов девочек.

Книга написана на уровне современных достижений науки, литературным языком. Текст иллюстрируется многочисленными таблицами, фотографиями, рисунками, схемами, цветными микрофотограммами, выписками из историй болезни. Все это обогащает содержание книги.

Необходимо, однако, сделать ряд замечаний. Название книги лучше бы отвечало содержанию, если бы она была озаглавлена: «Гинекологические заболевания у девочек».

Автор очень часто использует малоизвестные иностранные термины. Это излишнее увлечение не совсем оправданно. Если же возникает крайняя необходимость в таких терминах, то их нужно расшифровать.

Некоторые положения о взаимосвязи центральной нервной системы с половыми органами носят чисто декларативный характер. Они много раз повторяются и ничем не подтверждаются.

В главе о половом развитии девочек следовало бы указать на состояние других эндокринных желез как на общий подготовительный фон для начала функции половых желез. Ритм цикла присущ не самим половым железам, а навязывается им центральной нервной системой.

Не в меру много внимания уделяется строению девственной плевы. К тому же рис. 1 по небрежности перевернут.

Предваряющая порокам развития глава об эмбриогенезе мочеполовых органов очень схематична и вряд ли необходима.

Пероральное и внутримышечное применение медикаментозных средств у девочек является наиболее приемлемым. На них нужно настаивать и следует возражать против внутривенного введения. Трудно применять рекомендуемые автором средства — кровь беременных и плацентарную кровь, так как заготовка их требует специальных условий. Полагаем, что они могут принести мало пользы и больше вреда.

Автор почему-то не упомянул о лечении ювенильных геморрагий электростимуляцией. С. Н. Давыдов считает этот метод чуть ли не уникальным в борьбе с подобными кровотечениями. Мы также иногда получали хорошие результаты.

В главе IV заглавие не соответствует содержанию.

В главе V мало понята приводимая дозировка антибиотиков.

Автор излишне категорично настаивает на обязательном вагинальном исследовании тотчас после рассечения гимена и освобождения вагины от крови. Оно уместно на более поздних сроках из-за реальной опасности инфекции. Излишняя активность автора при обнаружении гематосальпинксов. Здесь всецело оправданна точка зрения Л. Л. Окинчица: не торопись, не вреди. Есть много спорного и в лечении высоких атрезий вагины.

Автор указывает, что особенно подозрительными на гонорею должны считаться мазки, в которых обнаруживается большое количество лейкоцитов при отсутствии микрофлоры. Здесь нужно было бы сделать оговорку — при исключении трихомониаза, так как и при нем может наблюдаться подобная картина.

Для лечения гонореи автор почему-то рекомендует мало употребляющийся экмоновоциллин. Пенициллинотерапию он предлагает сочетать с сульфодимезином, в то время как даже у взрослых при гонорее сульфаниламидные препараты давно не применяются.

Рекомендация доводить общее количество гоновакцины до 10, а молока до 8 инъекций вызывает некоторые опасения в отношении вредности для детского организма столь форсированной иммунотерапии (у взрослых для лечения гонореи, согласно инструкции ЦКВИ, общее число инъекций гоновакцины или молока не должно превышать 4—5).

Приведенное автором мнение Б. А. Теохарова и собственное об исключительной редкости трихомониаза у девочек едва ли соответствует действительности. Так, А. Г. Кан отмечал трихомониаз у девочек в 11%, А. А. Родионченко-Кулакова — от 3,1 до 19,6%. Данные упомянутых исследователей автором почему-то не учтены. Вряд ли можно согласиться с указанием автора, что заражение девочек трихомониазом неполным путем происходит исключительно редко. Многие авторы, например А. А. Родионченко-Кулакова, неоднократно отмечали неполную передачу трихомонад, особенно у девочек. Заявление, что трихомонады могут находиться в симбиозе с гонококками, в большинстве случаев не соответствует действительности. Нами давно доказано, что они находятся в состоянии паразитоценоза.

Приведенные автором прописи с осарсолом уже устарели, так как последний снят с производства, а о возможности замены осарсола аминарсоном не упомянуто. Рекомендуется применение весьма дефицитного препарата флагила. О возможности замены его аналогичными препаратами (клон, трихопол, метронидазол), а также антибиотиками тетрациклинового ряда ничего не сказано.

При лечении детей с молочницей, по нашему мнению, нужно было бы применять перорально нистатин.

Не указано, какими средствами лучше производить дегельминтизацию при энтеробиозе (острицах).

Приведенные замечания не умаляют большой значимости рецензируемой книги. В ней много полезного, нового и оригинального.

Проф. Н. Е. Сидоров и канд. мед. наук А. М. Корчемкин (Казань)