

медицины, учителя и воспитателя молодых хирургических кадров в высокой должности главного хирурга Советской Армии.

В «Дневнике» высказывается много ценных мыслей о том, как надо готовить врачей-хирургов, и Министерство здравоохранения может учесть эти полезные советы. Многие в этой книге А. А. Вишневого должно не только послужить укором за ошибки прошлого, но и возбудить твердо осознанное стремление избежать ошибок в настоящем и будущем. Всем своим построением и содержанием она и призывает бороться за эту вдохновляющую цель.

Проф. А. К. Шипов (Ярославль),
доц. В. И. Парменов (Гомель)

С. И. Кошкина. Биохимические исследования и их прогностическое значение в клинике поздних токсикозов беременности. Ярославль, 1967 г.

Токсикозы беременности являются относительно частым и тяжелым осложнением беременности. Между тем со времени издания труда Г. А. Бакшта «Беременность и обмен веществ» в 1929 г. в отечественной литературе не было опубликовано крупных работ по вопросу обмена веществ при нормальной и патологической беременности. В монографии А. А. Логинова «Обмен веществ между плодом и матерью», вышедшей в 1966 г., рассматриваются механизмы влияния плода на обмен веществ матери. При этом влияние плода оценивается по показателям углеводного обмена у матери.

За последние годы накопилось много новых данных в области обмена веществ при токсикозах беременности, поэтому следует приветствовать выпуск монографии С. И. Кошкиной, посвященной этой актуальной проблеме. Автор вполне справедливо указывает, что некоторые биохимические показатели могут помочь раннему выявлению токсикозов и определению прогноза и эффективности лечения.

В первых разделах книги автор излагает в сжатой форме данные об этиологии, патогенезе и клинике токсикозов беременности, описывает морфологическую картину крови при поздних токсикозах. Далее автор приводит собственный материал, почерпнутый из наблюдений над 179 беременными с явлениями позднего токсикоза и 126 беременными контрольной группы.

В монографии указаны наиболее чувствительные биохимические тесты, помогающие ставить прогноз исхода беременности, что является весьма важным для практического акушерства. Автор относит к ним альбумино-глобулиновый коэффициент, выделение мочевины с мочой, определение антитоксической функции печени по выделению гиппуровой кислоты с мочой после нагрузки бензойноокислым натрием. Она приводит убедительные клинические примеры, указывающие на прогностическую ценность перечисленных биохимических показателей и рекомендует пользоваться ими для решения вопроса о необходимости и сроках прерывания беременности в тяжелых случаях поздних токсикозов беременности.

Отмечая положительные качества монографии, следует указать, что в ней имеется ряд неточностей и неудачных выражений. Некоторые положения автора являются не совсем обоснованными. Так, суммируя данные по фракционному составу белков сыворотки крови, автор пишет, что бета-глобулины при поздних токсикозах особенностей не имеют. В то же время в табл. 10 (стр. 39) дана динамика фракций при нефропатии, закончившейся преждевременными родами, и показан значительный рост фракции бета-глобулинов (с 16,2 до 24,7%) на протяжении 3 недель беременности.

Автор считает, что уменьшение альфа-липопротеидов при поздних токсикозах беременности важно для прогноза преждевременных родов, но из полученных автором данных видно, что в содержании альфа-липопротеидов при нормальной беременности и токсикозах различие незначительное (22,5% при нормальной беременности и 21,9% — при позднем токсикозе).

А. М. Королева (Москва)

ДИСКУССИЯ

По поводу статьи В. М. Соловьевой «Применение кортикостероидных гормонов у больных стенокардией и хронической коронарной недостаточностью» *

Работа В. М. Соловьевой вызывает возражение уже с первого абзаца.

Приводится перечень различных обменных нарушений, вызываемых глюкокортикоидами (стимуляция глюконеогенеза, катаболизма белков, задержки солей Na и пр.),

* Казанский мед. ж., 1967, 6.

причем все эти метаболические сдвиги отнюдь не благоприятны для больных коронарсклерозом. Но тут же отмечаются и положительные, по мнению автора, стороны действия глюкокортикоидов. Так, подчеркивается анальгезирующее действие гормонов. Действительно, таковое существует, но использовать его при стенокардии опасно. Боль при стенокардии — «сигнал о неблагополучии, который вынуждает больного остановиться и принять какие-то меры. Снятие боли вредно» (Б. Е. Вотчал), так как увеличения коронарного кровотока при этом не происходит.

Диуретический и натрийуретический эффект глюкокортикоиды оказывают у больных с отечным синдромом благодаря снижению выработки альдостерона (при гиперальдостеронизме!), антагонизму между кортикостероидами и АДГ и пр. У больных подобных наблюдаемым автором, преднизолон не окажет положительного действия на водно-солевой обмен.

Крайне удивляет утверждение автора о том, что, по указаниям Селье, «глюкокортикоиды и минералокортикоиды, будучи введенными в организм даже в токсических дозах, не вызывают некротических поражений сердечной мышцы». Напомним автору хотя бы одну из работ Селье с явно недвусмысленным названием «Conditioning by cortisol for the production of acute, massive myocardial necroses during neuromuscular exertion» либо раздел о некрозах миокарда, вызываемых ДОК, в переведенной на русский язык его монографии. В работе И. Я. Усватовой, приводимой автором, показано, что ДОКА усугубляет течение экспериментального инфаркта миокарда.

Клинические данные Daneo, Bregani и Ortenzi, а также Глина свидетельствуют о возникновении инфаркта миокарда при лечении преднизолоном больных ревматоидным артритом. По мнению Adlersberg и соавт., тромбозы коронарных сосудов при гормонотерапии возникают особенно часто у больных с повышенным до лечения уровнем холестерина в сыворотке крови.

Положительный эффект лечения, полученный автором, не может быть отнесен за счет преднизолона, так как часть больных с гипертоническим вариантом атеросклероза параллельно с преднизолоном получала резерпин, другие получали половые гормоны, сами по себе с успехом применяемые для лечения атеросклероза (А. Л. Мясников, М. Г. Шершевский, Р. Л. Реут и др.), причем именно у больных последней группы автором отмечено «значительное улучшение».

Необходимо помнить, что преднизолон является «обоюдоострым оружием». Назначение даже 10—15 мг преднизолона в сутки, но в сочетании с резерпином, грозит тяжелыми осложнениями, связанными с ulcerогенностью обоих препаратов. Если цитрат натрия, применяемый *per os*, оказывает антикоагулянтное действие (к сожалению, автор сообщает только о протромбиновом индексе, что в данном случае ни о чем не говорит), то опасность желудочно-кишечного кровотечения еще более возрастает.

Вместо изучения гликемии нужно было исследовать на сахар суточную мочу в течение всего курса гормонотерапии. Только так можно достоверно убедиться в отсутствии диабетогенного эффекта преднизона.

«Отсутствие противопоказаний к кортизонотерапии не обязательно означает, что она показана». Это правило Глина, на наш взгляд, никогда не следует забывать.

С. Г. Вайнштейн (Казань)

Ответ на замечания С. Г. Вайнштейна

Мы в своей работе основывались на действии не ДОК (ДКА), который, как известно, относится к минералокортикоидам и обладает резко выраженной активностью в отношении задержки иона натрия и выведения иона калия, а глюкокортикоидов (преднизона, преднизолона), особенно эффективных в увеличении отложения гликогена в печени. Поэтому нам совершенно непонятны приводимые С. Г. Вайнштейном примеры из работ Селье и И. Я. Усватовой, касающиеся действия ДОК в эксперименте. Наши указания относились к работе И. Я. Усватовой, где вводился животным с уже имеющимся инфарктом миокарда гидрокортизон, который оказывал благоприятный эффект, зависящий от уменьшения воспалительных явлений в очагах некроза сердечной мышцы.

Необходимо отметить, что существует большая разница между дозами, вводимыми животным экспериментаторами, и терапевтическими дозами, применяемыми клиницистами. Если в первом случае вводятся большие дозы для получения разительного эффекта, то при лечении больных соблюдается большая осторожность и применяются наименее токсичные препараты. Кроме того, побочное действие у глюкокортикоидов (которые применялись нами) выражено значительно слабее, чем у минералокортикоидов (ДКА).

В нашей клинике также обследовалось большое количество больных с ревматоидными артритами, которые с успехом получали кортикостероидную терапию, но ни разу мы не наблюдали у них развития инфаркта миокарда (Э. Д. Иванова, Врач. дело, 1957. Приложение. Тр. врачей дорожной клинич. больницы Приволжской ж. д., 1967), на что указывает С. Г. Вайнштейн.