

ремиссии и стабильную. Лечение атеросклероза должно быть длительным, многолетним, систематическим, индивидуализированным и видоизменяющимся в зависимости от присоединения возрастных сдвигов.

Книга написана хорошим языком и легко читается. Она принесет большую пользу не только терапевтам, но и специалистам, работающим в других областях клинической и теоретической медицины.

Проф. Н. Е. Кавецкий (Куйбышев-обл.)

3. Ш. Гилязутдинова. Туберкулез женской половой сферы. Татарское книжное издательство, Казань, 1970

Рецензируемая монография посвящена вопросам диагностики, терапии и профилактики воспалительных заболеваний женских половых органов туберкулезной этиологии.

Автор описывает ряд существенных изменений нервных волокон и их окончаний в очаге поражения с учетом тяжести процесса. При продуктивной форме в нервных элементах обнаруживаются реактивные изменения (аргентофилия, варикозность), избыточное разрастание нервных волокон. По мере нарастания в очаге патологических изменений в нервных окончаниях и волокнах начинают преобладать дегенеративные процессы.

Большую практическую ценность представляет глава о клинике и диагностике (4-я). При раскрытии симптоматики обращается особое внимание на явления общей интоксикации, характер нарушения менструальной функции, а также подробно излагаются данные гинекологического статуса, имеющие значение при постановке диагноза. Касаясь методов диагностики (диагностическое выскабливание полости матки, лимфография), а также осложнений при генитальном туберкулезе, автор не приводит собственных данных (количество случаев, характер локализации и поражения и др.).

Следует согласиться с заключением автора, что туберкулинодиагностика (реакции Пирке, Манту, Коха) находит слишком ограниченное применение, несмотря на доступность в повседневной практике. Практическим врачам следует шире использовать эти тесты в неясных случаях у женщин с длительным бесплодием, хроническими воспалительными процессами при неэффективности лечебных мероприятий. Для оценки локализации процесса автор рекомендует пробу Коха, вызывающую возникновение и усиление болей в нижнем отделе живота, увеличение размеров воспалительной опухоли, появление выделений из половых путей.

Описывая сочетание туберкулеза и опухолей, автор приводит 5 собственных наблюдений и приходит к выводу, что при этих патологических состояниях, как правило, диагноз устанавливается во время операции или при гистологических исследованиях.

Последняя глава посвящена лечению и профилактике туберкулеза женских половых органов. Данный раздел написан полно, приведены наиболее часто применяемые противотуберкулезные препараты, их дозировка, побочное действие.

Ценность монографии значительно повысилась бы при включении раздела о дифференциальной диагностике.

Книга представляет практический интерес как для акушеров-гинекологов, так и для физиотрав, занимающихся вопросами генитального туберкулеза.

Канд. мед. наук В. А. Кулавский (Уфа)

Л. Б. Розин. Обезболивание у обожженных. Медицина, Л., 1970

В монографии обобщен опыт анестезиологической работы клиники термических поражений Военно-медицинской ордена Ленина Краснознаменной академии им. С. М. Кирова, одного из наиболее крупных ожоговых центров в СССР.

И в предисловии проф. Т. Я. Арьева, и во введении в монографию подчеркивается, что обезболивание является непременным условием типичного хирургического лечения тяжелых ожогов.

Первая глава монографии посвящена организационным вопросам. Уже всеми осознана необходимость лечения обожженных в специализированных центрах. В них должны быть созданы реанимационные отделения. Лечение ожогового шока — реанимационная проблема, которая должна решаться анестезиологами совместно с хирургами.

Противошоковая палата рассчитана на одного больного. В ней находятся кровати, системы и растворы для инфузионной терапии, стерильные наборы для веносекции и трахеостомии, каркас для бесповязочного лечения больного, подведены кислород и закись азота. Здесь устанавливается индивидуальный сестринский пост.

Для ожогового шока характерны гипонатриемия и гиперкалиемия. Выраженная гиперкалиемия указывает на очень тяжелое течение ожогового шока.

Основной причиной гибели больных в периоде ожогового шока нередко является острая почечная недостаточность. Величина диуреза служит главным критерием тя-