

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-

жести шока. При олигурии происходит нарастание в организме продуктов азотистого обмена и продуктов распада тканевого белка на фоне поражения других органов выделения. Таким образом, азотемия имеет как ретенционное, так и продукционное происхождение.

Наибольшее значение в лечении ожогового шока придают инфузиям. Большинство авторов считает нецелесообразным переливать в сутки более 3—3,5 л жидкости; в первые 6—8 часов рекомендуется вводить 1—2 л. Диурез не ниже 30 мл в час и АД выше 100 указывают на эффективность инфузионной терапии. При венозном давлении 150—200 мм вод. ст. вливание жидкости уменьшают или прерывают.

Если нет рвоты, обильное питье существенно помогает лечению шока; на литр воды добавляют чайную ложку NaCl и $\frac{2}{3}$ чайной ложки бикарбоната натрия.

Лучше действуют гемотрансфузии. В среднем достаточно ввести 300 мл крови. Переливают также плазму или полиглокин.

Для устранения гиперкалиемии вливают 100—300 мл 3—5% раствора NaCl. Мягкая коррекция гипонатриемии достигается инфузией сухой плазмы на физиологическом растворе.

Метаболический ацидоз корректируют внутривенным вливанием 5% раствора бикарбоната натрия (до 350 мл, в зависимости от веса больного).

Показано применение осмотических диуретиков: 500—1000 мл 4—9% раствора мочевины, 25—30 мл 30% раствора гипосульфита натрия, 250—500 мл 20% раствора маннитола. Мочевина эффективна и при приеме внутрь (100 мл 30% раствора мочевины на 5—10% растворе глюкозы). В случае рвоты этот раствор можно вводить в микроклизме.

При олигурии рекомендуют паранефральную новокаиновую блокаду и внутривенное введение 600—700 мл 0,125% раствора нозокаина.

Автор считает, что абсолютных противопоказаний к общему обезболиванию у обожженных нет, а относительными являются распространенная пневмония, сердечно-сосудистая недостаточность, выраженные нарушения функции печени и почек, опасная анемия и гипопротейнемия. Лучше всего сочетать поверхностный эндотрахеальный наркоз с миорелаксантами.

При ранних превентивных операциях современное общее обезбоживание в сочетании со своевременным и полным возмещением кровопотери значительно уменьшает риск обширных некрэктомий.

Одной из нерешенных проблем в терапии обожженных является обезбоживание их в палате, т. е. в то время, когда нет ни операций, ни перевязок. Сейчас с этой целью назначают опиаты в сочетании с липольфеном. Малые транквилизаторы неэффективны. При умеренных болях вводят внутримышечно 50% раствор анальгина.

В настоящее время местная анестезия при операциях у обожженных в значительной степени уступает свои позиции общему обезболиванию.

Применяют обезбоживание методом электрофореза новокаина.

Местная анестезия допустима при небольших вмешательствах у взрослых и при невозможности использовать другие виды обезбоживания.

Возможность и относительная безопасность наркозов при перевязках обеспечиваются кратковременностью (от 8 до 25 мин.) и поверхностным уровнем наркоза. За 30—40 мин. до наркоза вводят 0,8—1 мг атропина и 10—20 мг промедола или пантопона.

Масочный наркоз закистью азота при перевязках не нашел широкого применения. Весьма перспективен фторотановый наркоз.

Автор указывает, что после нескольких наркозов часто возникает «привыкание» к наркотическому веществу, повышается устойчивость к нему, увеличивается период индукции, уменьшается глубина сна от одинаковых количеств наркотиков.

По мнению автора, изменения внутренних органов в связи с многократным применением наркоза невелики и обратимы.

До сих пор не ясно, влияет ли наркоз на течение ожоговой болезни.

В заключение автор пишет, что многие частные вопросы обезбоживания и реанимации у обожженных в настоящее время остаются еще не решенными.

Данная монография принесет, безусловно, большую пользу всем врачам, курирующим обожженных.

А. М. Окулов (Казань)

НЕКРОЛОГ

УДК 57 (092 Файзуллин)

ДОЦЕНТ САЛИХ ГИРФАНОВИЧ ФАЙЗУЛЛИН

10 июня 1971 г., на 67-м году жизни, скончался бывший проректор по учебной работе, доцент кафедры биологии Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова, кандидат биологических наук, член КИСС с 1944 г. Салих Гирфанович Файзуллин.