

РЕЦЕНЗИИ

Н. Я. Червяковский. Краткое руководство по неотложной диагностике и терапии внутренних заболеваний, Медгиз, 1958

Четвертое издание «Краткого руководства по неотложной диагностике и терапии внутренних заболеваний» Н. Я. Червяковского оставляет хорошее впечатление. Оно отвечает на многие вопросы, встречающиеся в практике врача-терапевта, и особенно врача по оказанию неотложной помощи. Нам кажется, что автор правильно поступил, включив в руководство неотложную диагностику и терапию не только при внутренних заболеваниях, но и при ряде хирургических и нервных заболеваний.

Дана глава об отравлениях и укусах ядовитых животных. Она является наиболее ценной для врачей неотложной помощи, зачастую мало или неточно знающих терапевтические приемы, необходимые для оказания помощи при различных отравлениях. Актуальным является включение в руководство электротравмы, общего переохлаждения и отморожения, теплового и солнечного ударов, сывороточной болезни, утопления.

Читатель имеет возможность ознакомиться не только с основной клинической картиной того или иного заболевания, но и с данными электрокардиографии, рентгеновских и лабораторных исследований.

При описании терапевтических мероприятий указаны наиболее рациональные и новейшие методы. Автором в большинстве случаев приведены удачные примеры, логичные выводы, логика врачебного мышления, возможные врачебные ошибки с описанием их последствий.

Следовало бы расположить материал таким образом, чтобы читатель быстро мог найти ответ на интересующие вопросы. К сожалению, в этом отношении книга значительно уступает другим руководствам и даже предыдущим изданиям автора монографии.

Ценность книги уменьшается целым рядом неточностей и стилистических шероховатостей. Не конкретизированы отдельные положения. Особенно этим отличается первая часть руководства. Так, например, в разделе «Грудная жаба и инфаркт миокарда» основная симптоматология написана разбросанно. Трудно найти ответ на вопрос, как дифференцировать приступ грудной жабы от инфаркта миокарда.

При описании аускультативных данных при инфаркте миокарда (стр. 12) следовало бы упомянуть, что при инфаркте передней стенки обычно может выслушиваться шум трения перикарда.

Наряду со сравнительно кратко описанной общей клинической картиной, автор слишком много места уделяет ЭКГ. Из 21 страницы, посвященной вопросам о грудной жабе и инфаркте миокарда, ЭКГ и их описание занимают 9 стр.

Следовало бы разграничить первую помощь при грудной жабе и при инфаркте миокарда (стр. 27). Вряд ли целесообразно больному с инфарктом миокарда назначать горячие ручные и ножные ванны, как советует книга. Автор счел нужным привести процентную концентрацию общезвестного раствора глюкозы и в то же время не указал, какой должна быть концентрация раствора строфантина. Следовало бы лишний раз напомнить, что строфантин как коргликон необходимо внутривенно вводить медленно.

На стр. 32 автор пишет: «Типичный случай сердечной астмы появляется зачастую как первый признак недостаточности кровообращения у больных с относительно работоспособным сердцем, вполне активных и выполняющих свой обычный труд». Здесь нужно было бы оговориться, что это характерно именно у лиц с патологически измененным сердцем, у которых до того времени заболевание не проявлялось, а не у больных вообще.

Учитывая, что приступы сердечной астмы часто могут повторяться, при оказании помощи, нам кажется, целесообразнее рекомендовать вначале применить наркотики с камфарой или кофенном, строфантин и, если эти меры не помогают, прибегнуть к массивным кровопусканиям, а не наоборот, как советует автор. Желательно было бы упомянуть, что иногда, особенно в домашних условиях, в качестве временной меры для облегчения состояния можно вызвать венозную застой путем наложения жгутов на конечности. Следовало бы указать, что дальнейшие мероприятия должны быть направлены на лечение основного заболевания, приведшего к астматическому состоянию.

Пример, приведенный на стр. 33, как случай комбинации сердечной астмы «с элементами бронхиальной астмы» у больного, страдавшего злокачественным нефросклерозом и погибшего от уремии, нам кажется правильнее расценивать как проявление уремической астмы. Кстати сказать, о существовании последней в книге совсем не упоминается.

На стр. 54 хотя и отмечается, что одышка при приступе бронхиальной астмы является защитной реакцией организма и что подавление этой реакции морфином иногда может привести к тяжелой асфиксии, вплоть до летального исхода, автор, однако, категорически не высказывается против применения наркотиков. Более правильно было бы подчеркнуть, что при бронхиальной астме морфин, как и пантопон, противопоказан.

В разделе «Крупозная пневмония» говорится о возможности срочного оперативного вмешательства при пневмококковом перитоните (стр. 55), хотя на следующей странице рекомендуется лечить таких больных консервативно массивными дозами антибиотиков.

При лечении неосложненной, и особенно осложненной крупозной пневмонии, автором рекомендуются сульфаниламидные препараты или пенициллин, тогда как общепризнанным является комбинированное лечение.

Рекомендация назначать витамин К при всех легочных кровотечениях не всегда уместна, так как при кровотечении, связанном с тромбозами легочных сосудов, наоборот, показано назначать антикоагулянты. Кроме того, пропись витамина К по 5—10 капель не совсем понятна, так как обычно он для перорального употребления бывает в таблетках. Кроме того, нужно было указать дозу или концентрацию.

На стр. 91 приводится диагностика асцита. Нам кажется, что этот раздел можно было пропустить, так как обычно асцит остро не развивается, а накапливается в течение некоторого времени, и поэтому не было необходимости его описывать в кратком руководстве по неотложной терапии. Вместо этого раздела, очень уместно было бы включить описание острого панкреатита.

Неудачно построена фраза в начале описания печеночной колики (стр. 93).

На стр. 99 автор пишет, что должны направляться в стационар те больные с печеночной коликой, у которых появляются те или иные осложнения: водянка желчного пузыря, стойкая желтуха или длительная лихорадка. Нам кажется, что правильнее было бы рекомендовать обязательную госпитализацию и лучше в хирургическое отделение уже в тех случаях, где оказанная первая помощь спазмолитическими средствами и наркотиками не дает эффекта.

При описании дифференциальной диагностики печеночной колики от острого аппендицита говорится: «при остром аппендиците может наблюдаться желтушность покровов», что не присуще, по нашему мнению, клинике острого аппендицита (стр. 95).

Автор почему-то решил содержание билирубина крови выражать в единицах, в то время как общепринято его выражать в мг/%, с указанием характера реакции. Так, на стр. 108 при описании истории болезни б-ной К. (диагноз — цирроз печени) указано на «умеренную билирубинемия» (14—22 ед.).

Едва ли следует в разгаре кровотечения при язвенной болезни через каждые 2 часа (как советует автор на стр. 111) давать мясные фрикадельки, крепкий куриный бульон. Этим нарушается основной принцип о покое больного органа. Другое дело, что следует диету расширять до полноценной в ближайшие дни после остановки кровотечения.

Нам кажется также несколько рискованным высказывание на стр. 111—112, что «переливание больших количеств крови резко анемизированным больным может вызвать у них явления коллапса в результате неспецифической белковой реакции. В подобных случаях не следует прекращать переливание, так как явления коллапса быстро проходят и т. д...» Не опасна ли такая рекомендация?

На стр. 115 пример маточного кровотечения не удачен по сомнительности диагноза. Так же не удачен пример (по тем же соображениям) в разделе «Расстройство мозгового кровообращения» на стр. 139.

В описании первой помощи при отравлениях едкими щелочами и кислотами (на стр. 166) надо было бы оговориться, что промывание желудка при помощи зонда показано только в первый момент после отравления. В более позднее время, нам кажется, промывать желудок не следует, ввиду крайней болезненности этой процедуры у данных больных и ее небезопасности. Но автор почему-то подчеркивает: «выраженные признаки ожога и даже примесь крови к рвотным массам не являются противопоказанием к промыванию».

На стр. 181 больным, отравленным тетраэтилсвинцом, рекомендуется внутривенное введение 10—20% раствора гипосульфита натрия по 10—20 мл, «лучше вместе с 25% глюкозой», тогда как нам известно, при смешивании этих растворов происходит помутнение. Следовательно, одновременно их вводить не следует.

Кроме уже отмеченных недостатков, в книге есть целый ряд опечаток и неудачных стилистических оборотов, как, например: «всякий ангинозный (имеется в виду приступ грудной жабы) приступок нужно начинать с назначения нитроглицерина» (стр. 26). Ясно, что автор имел в виду начинать лечить. Или: «при оказании помощи отравленным морфином необходимо прежде всего направить свои мероприятия на введение (вместо, очевидно, выведения) и нейтрализацию ядов» (стр. 174). Или: «отравление морфином протекает сравнительно быстро, и, если больной не погибает в течение первых 6—8 часов, то спустя сутки он оказывается совсем здоровым» (там же). Неудачно построены на странице 125 фразы: «Принимая во внимание патогенез эклампсии, где основными факторами являются отек мозга и спазм мозговых сосудов, в основу ее лечения должна быть положена разгрузка водно-солевого обмена». На стр. 104 напечатано: «полиуремией», вместо «полиурией», «гипотаргия» вместо «гепотаргия».

Эти нечеткости, конечно, несколько понижают ценность монографии. Однако, в

общем она заслуживает положительной оценки, так как автор в сравнительно небольшом объеме книги со знанием дела приводит диагностику и терапию основных неотложных заболеваний. Книга необходима как для терапевтов, так и для врачей других специальностей, ибо оказать неотложную помощь должен уметь любой врач, независимо от профиля его работы. Можно только пожелать автору при дальнейшем переиздании монографии учесть недостатки и написать ее более доступным языком.

И. Л. Билич
А. М. Милославская
(Казань)

Поступила 26 мая 1959 г.

Проф. А. И. Гефтер. Клинические лекции по внутренним болезням, часть первая. Горький, 1959, 276 стр. 10 р. 95 к.

Значение клинических лекций в формировании подлинно врачебного мышления студентов-медиков старших курсов и молодого врача едва ли можно переоценить. Они, по удачному выражению покойного В. И. Глинчикова, «есть мысли вслух думающего врача». Недаром корифеи отечественной внутренней медицины, начиная с С. П. Боткина, Г. А. Захарьина, А. А. Остроумова и кончая в советское время В. И. Глинчиковым, С. С. Зимницким, М. Г. Курловым и М. П. Кончаловским, охотно прибегали к этой форме печатного слова, как лучшему способу общения с медицинской молодежью, передавая при этом ей не только ценные фактические знания, но и методологию клинического мышления.

Поэтому вполне закономерно стремление проф. А. И. Гефтера воспользоваться этой оправдавшей себя формой обучения студентов и молодых врачей, для которых и предназначается недавно вышедшая из печати первая часть его «Клинических лекций». Хотя печатная клиническая лекция по живости и образности изложения, как правило, всегда проигрывает по сравнению с устным ее изложением, тем не менее нельзя после ознакомления с книгой проф. А. И. Гефтера не признать ее весьма удачной, в первую очередь именно в силу того, что она сохраняет как бы сказать «разговорный» характер излагавшихся перед слушателями лекций. Это делает с самого начала «Клинические лекции» проф. А. И. Гефтера легко читаемыми даже при изложении относительно трудных для понимания студентов разделов, как, например, лекция об аритмиях.

В первую часть «Клинических лекций» входят, кроме краткого введения, 19 лекций, посвященных, за исключением первой, клинике, профилактике и лечению важнейших заболеваний сердечно-сосудистой и дыхательной систем.

Особо хотелось бы остановиться на первой лекции, озаглавленной автором «Значение учения И. П. Павлова для клиники внутренних болезней». Споры нет относительно огромной значимости великого творческого подвига И. П. Павлова в развитии отечественной медицины, в том числе и клинических дисциплин и среди них, в частности, внутренней патологии. Ведь недаром многие крупные отечественные терапевты, как, например, А. З. Былина, М. М. Губергриц, С. С. Зимницкий, Н. И. Лепорский, Н. Д. Стражеско, С. М. Рысс и др. являлись непосредственными учениками великого физиолога, выполнившими в его лабораториях свои диссертационные работы или же были горячими его последователями, как М. П. Кончаловский, Г. Ф. Ланг, М. С. Вовси, В. Н. Виноградов, А. И. Мясников, А. И. Нестеров, Е. М. Тареев и другие. Поэтому бесспорно огромное значение учения И. П. Павлова для клиники внутренних болезней. Однако, вряд ли только значению учения И. П. Павлова следовало уделять внимание в вводной лекции в курс клиники внутренних болезней, излагаемой для студентов. Ведь не меньшая, если не большая роль в формировании отечественной клиники внутренних болезней, оригинальность и самобытность ее связаны с практической и научной деятельностью С. П. Боткина, Г. А. Захарьина, А. А. Остроумова, В. П. Образцова, а до них — М. Я. Мудрова, С. Г. Зыбелина и других корифеев отечественной внутренней клиники. Да, и сам автор, в сущности, в своей лекции говорит о том же, но, очевидно, отдавая дань некоторому в свое время несоразмерно большому «увеличению», озаглавил ее как значение только учения И. П. Павлова для клиники внутренних болезней. Мы остановились на этом вопросе не только из чисто формальных причин, а и потому, что, во-первых, студент, а затем и молодой врач неоднократно и при том не без пользы для себя возвращаясь к чтению этой книги, могут вывести не совсем точное представление о значимости только исследований И. П. Павлова и незаслуженно забудут ценнейший вклад в клинику внутренних болезней наших клинических первоучителей, как С. П. Боткин и других. Во-вторых, в этой главе следовало бы больше, чем это делает автор, отметить роль и значение наших отечественных корифеев внутренней медицины, сообщивших ей самобытность и заложивших ее научные основы.

Значительно удачнее изложение остальных 18 лекций, из которых 12 посвящены клинике заболеваний сердечно-сосудистой, а 6 — болезням дыхательной системы.