

В третьей главе изложены принципы лечения больных хронической формой мерцательной аритмии. Оценивая лечебные мероприятия, автор обоснованно указывает, что лечение больных мерцательной аритмией должно быть комплексным, включающим антиаритмические средства, препараты, нормализующие электролитный обмен, и применение импульсного тока.

Четвертая глава посвящена исключительно электроимпульсной терапии (ЭИТ). Отмечено, что результаты исследований современных методов, включая эхокардиографию, свидетельствуют о положительном действии ЭИТ на биоэлектрическую активность сердца и коронарное кровообращение, на сократительную способность миокарда, на показатели внешнего дыхания, состояние малого круга кровообращения при митральных пороках и на мозговую гемодинамику. ЭИТ не оказывает существенного влияния на свертываемость крови на фоне применения антикоагулянтов. Вместе с тем автор подчеркивает, что хотя не установлено влияния ЭИТ на течение ревматического процесса, все же, учитывая, что при тяжелом течении заболевания ЭИТ может способствовать активации ревмокардитов, необходимо с целью предупреждения рецидивов проводить ЭИТ на фоне противоревматических средств.

В пятой главе рассматриваются вопросы трудоспособности, врачебно-трудовой экспертизы и диспансерного обслуживания больных мерцательной аритмией.

К сожалению, монография не лишена и некоторых недостатков. Так, во 2-й главе, говоря о целесообразности использования протеинограммы для дифференциальной диагностики митрального порока и атеросклеротического кардиосклероза, осложненных мерцательной аритмией, автор опускает из виду определение уровня холестерина, липопротеидов и глюкотеидов, между тем как эти тесты также могут быть использованы в дифференциальной диагностике. В 3-й главе, касающейся вопросов лечения, ничего не сказано о применении различных витаминов, как средств, активно и положительно влияющих на метаболизм миокарда и снижающих проявления интоксикации, вызванные длительным назначением препаратов наперстянки. 4-я глава, несомненно, слишком растянута. Она рассчитана не на практических врачей, а на научных работников. Следовало бы изложить материал об электроимпульсной терапии более компактно. Можно было бы цитировать меньшее число авторов и избегать местами простого перечисления сделанного ими.

Высказанные замечания не снижают других достоинств этой весьма полезной для практических врачей монографии.

Проф. В. Е. Анисимов (Москва)

Проф. К. И. Мышкин. Роль желез внутренней секреции в адаптации организма человека к операционной травме. Изд. Саратовского ун-та, 1978. Тираж 1 500 экз. 184 стр

Монография состоит из 6 глав, в которых автор, сопоставляя свои наблюдения с литературными данными, постепенно подводит читателя к современному пониманию эндокринных реакций, возникающих у больного в ответ на операционную травму.

В I главе убедительно показано, что эндокринная ответная реакция носит многоэтапный характер. Наиболее действенным механизмом восстановления внутренней константы является функция надпочечников. Особую ценность этой главе придает тот факт, что К. И. Мышкин в ходе повествования сопоставляет сложные и простые методики определения активности функции надпочечников, давая тем самым в руки читателя — врача и доступные для практики методы исследования.

Во II главе рассмотрено участие щитовидной железы в адаптации организма на определенную травму. Функция щитовидной железы находится в прямой зависимости от состояния организма в предоперационном периоде (боль, ее продолжительность, длительность заболевания). Большой практический интерес представляют отмеченные автором закономерности функциональной активности щитовидной железы в зависимости от длительности послеоперационного периода. К сожалению, в этой главе не показана связь функции щитовидной железы с активностью и состоянием надпочечников.

III глава содержит совершенно уникальные данные о деятельности и ответе парашитовидных желез на операционную травму.

В IV главе обсуждается вопрос о биологическом смысле послеоперационной гипергликемии. Мнение автора на этот счет следует считать на данном этапе наиболее близким к истине.

Последние главы — V и VI — являются по своему содержанию итогом предшествующих исследований. Автор представляет эндокринную защиту как эшелонированный механизм, не указывая при этом на приоритет какого-либо органа, хотя из работы явно вытекает, что щитовидная железа начинает принимать участие в адаптации только в момент снижения активности и истощения коры надпочечников.

К. И. Мышкиным предложен ряд диагностических и лечебных мероприятий. Большое впечатление оставляет простота рекомендованных автором диагностических методов, обеспечивающих точное и эффективное выявление эндокринных расстройств.

В заключение упомянем о прекрасном стиле изложения материала, благодаря чему он, несмотря на высокую специфичность, легко усваивается. Малочисленные погрешности в формулировках и терминах следует отнести к нелепой случайности. Несомненно, книга будет прочитана с большим интересом врачами всех специальностей.

Заслуж. врач ТАССР проф. В. В. Талантов (Казань)

ДИСКУССИЯ

УДК 618.7—08—031.81

ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ПЕРИНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

Проф. Г. М. Савельева

Кафедра акушерства и гинекологии (зав. — чл.-корр. АМН СССР проф. Г. М. Савельева) педиатрического факультета 2 МОЛГМИ им. Н. Пирогова

В статье «Некоторые актуальные вопросы современного акушерства и пути их решения» (Казанский мед. ж., 1978, 4) проф. С. М. Беккер выдвинул для обсуждения 3 аспекта проблемы снижения материнской и детской заболеваемости и смертности, каждый из которых имеет большое значение, требует обсуждения и дальнейших научных разработок. В связи с этим хотелось бы остановиться на двух первых вопросах, которые в большой мере связаны между собой.

Совершенно справедливо С. М. Беккер подчеркивает, что рождение в асфиксии представляет большую опасность для здоровья детей в последующем, и предлагает при выработке методов терапии асфиксии новорожденных больше внимания уделить изучению отдаленных последствий для детей.

Охрана здоровья ребенка в антенатальном периоде заключается в своевременном выявлении осложнений и заболеваний у матери во время беременности (включая экстрагенитальные) и их лечении или уменьшении степени неблагоприятного влияния патологического процесса в организме беременной на плод.

С этой точки зрения следует считать правильной постановку вопроса С. М. Беккером о необходимости более глубокого изучения преморбидного фона у беременных с поздним токсикозом и ранних симптомов как претоксикоза, так и токсикоза, хотя на современном уровне наших знаний трудно говорить о развитии «чистого» токсикоза в ранние сроки беременности.

С. М. Беккер подробно разбирает вопрос о роли патологического течения родов в возникновении осложнений для плода и среди причин заболеваемости детей указывает на такие, как роды в тазовом предлежании, перенашивание, крупный плод и т. д. Следует считать весьма целесообразным для акушеров пересмотр некоторых устоявшихся позиций в отношении ведения родов, расширение показаний при ряде осложнений для своевременного производства кесарева сечения.

Несмотря на профилактические и лечебные мероприятия во время беременности и родов, определенное число детей (3—7%) рождается в асфиксии. С. М. Беккер полагает, что для снижения неврологической заболеваемости детей в последующем большое значение имеют время реанимации детей, родившихся в асфиксии, и показания к реанимационным мероприятиям. Иными словами, он считает, что не следует оживать всех детей, родившихся в асфиксии, и проводить реанимационные мероприятия чрезмерно долго. Однако решать эти важные вопросы однозначно нельзя. Известно, что часть детей, родившихся в тяжелой асфиксии, несмотря на минимальные меры по восстановлению жизнедеятельности, остаются живы, а в последующем у них развиваются тяжелые неврологические заболевания.

Опыт нашей клиники свидетельствует, что отдаленные последствия асфиксии новорожденных зависят не только от времени начала реанимационных мероприятий, но и от их полноты. Чем раньше начата реанимация, чем более полно она осуществлена, тем лучших результатов удастся достигнуть.

В последние годы работами ряда специалистов, в том числе и исследованиями, проведенными в нашей клинике, показано, что кислородная недостаточность у плода приводит к выраженному нарушению метаболизма и гемодинамики в организме новорожденного, а также к изменению жизнедеятельности почти всех органов и систем. Учитывая эти изменения, необходимо при рождении детей в асфиксии проводить комплексную терапию, направленную на устранение гипоксии и метаболических