

Е. Н. Бычкова на секционном материале, подтвержденном гистологическим исследованием I случая рассеянного энцефаломиелиита и I случая рассеянного склероза, выделила из мозга вирус с антигенными свойствами клещевого энцефалита.

По поводу гнойных менингитов у грудных детей менингококковой и пневмококковой природы сообщалось, что при их лечении предпочтительно применять пенициллин без эндолюмбального введения (Н. Я. Покровская, С. Л. Кипнис). Этот метод исключает раздражающее влияние на ЦНС, является щадящим.

Что касается стойких дефектов в форме церебральных параличей, то К. А. Семёнова подчеркивала, что не родовые травмы, а инфекции во время внутриутробного развития или в раннем постнатальном периоде повинны в них. Лечебного эффекта автор достигал, используя парабиотическое влияние импульсного тока на систему проприорецепторов.

Влиянию инфекций в пре- и постнатальном периоде на развитие эпилепсии у детей был посвящен доклад группы авторов (Г. Б. Абрамович, Э. К. Мерин, И. С. Тец, Р. А. Харитонов, И. В. Яковлева-Шнирман). По их данным, преобладали менингиты, менинго-энцефалиты и энцефалиты, чаще параинфекционные, нежели первичные. Среди инфекций нередко имели значение ангины и хронические тонзиллиты. При импульсивных малых припадках авторы отмечали большую роль первичных энцефалитов, среди которых можно было предполагать и клещевые. Рецидивы припадков после их успешного лечения были связаны с дополнительными инфекциями (грипп, ангина, пневмония, хронические тонзиллиты, риниты, поражение придаточных пазух).

По поводу тонзиллогенных и ревматических инфекций отмечалось, что психозы при ревматизме часто начинаются после ангин, повторных обострений хронического тонзиллита и протекают по типу «эндогенных» психозов, не отличимых от шизофрении.

Хотя успешное лечение, отсутствие дефекта и связь с соматическими симптомами исключали шизофрению, но ключ для понимания «эндогенных» психозов, в частности шизофрении, авторы видят в изучении реактивности организма (Н. Е. Бачериков, А. С. Чистович). К. А. Вангейм, однако, находит более четкие опорные пункты для дифференцирования ревматических психозов с шизофренией.

Е. Е. Сканави, В. Я. Деянов, М. Г. Блюмина при ревматизме у детей (хореической, суставной и сердечной формах), ангилах и хронических тонзиллитах отмечали сходные астенические состояния. Последние трудно дифференцировались и в равной степени могли служить основой для развития психотических состояний.

В тематике съезда отражены и некоторые другие осложнения у детей в период заболевания острым энцефалитом, менингитом, энцефаломиелиитом. В частности, подчеркивалась частота расстройств дыхания периферического и центрального характера, вследствие нарушения функции периферического аппарата, бульбарных расстройств, нарастающего отека мозга, нарушений газообмена и пр. (Ю. А. Якунин). Нарушения дыхания отмечены также при полиневрите типа Гильен — Барре, который в последние годы стал часто встречаться и у детей (М. А. Дадюмова, Э. Д. Каганова, Р. М. Пратусевич, Э. М. Французов). По данным авторов, указанное заболевание (на их материале) сопровождалось типичными симметричными вялыми параличами. Заболевание развивалось постепенно, большей частью без повышения температуры, сопровождалось выраженными радикулоневритическими болями.

При дыхательных нарушениях авторы применяли аппаратное искусственное дыхание и в единичных случаях — трахеотомию. Без своевременной респираторной помощи больные могли не перенести острую фазу нейроинфекции с осложнениями со стороны дыхания.

Е. С. Станкевич

(Казань)

БИБЛИОГРАФИЯ И РЕЦЕНЗИИ

С. В. Шестаков. Мерцательная аритмия. Медгиз, М., 1961

Мерцательная аритмия занимает особое место среди других нарушений функции ритма сердца, часто являясь причиной его недостаточности. Вместе с тем правильное ее распознавание и соответствующая терапия в большинстве случаев ликвидируют если и не самую аритмию, то ее последствия в гемодинамике. Знание механизма этого нарушения ритма, условий его возникновения, умение разобраться в природе заболевания, при котором оно возникло, необходимы практическому врачу. Поэтому надо приветствовать появление второго издания книги С. В. Шестакова «Мерцательная аритмия».

Между первым и вторым изданиями прошло почти 10 лет. Главы книги расширены и дополнены современными данными. Автор подчеркивает, что мерцательная

аритмия возникает преимущественно у больных с выраженными поражениями сердца. Появлению ее способствуют обострение миокардита, перенапряжение сердца, возникновение интеркуррентного процесса, усиление токсикоза, коронарная недостаточность, сильные нервные переживания, травмы и т. д. Вместе с тем иногда она возникает у здоровых в остальном лиц. Хорошо и подробно разобрана ЭКГ-картина мерцательной аритмии. Но лучше волны мерцания называть \bar{f} , а не P в скобках. Автор не останавливается на значении вольтажа волн мерцания. Между тем, дифференциация мелковолновой и крупноволновой форм, как это подтверждено в настоящее время в иностранной литературе, имеет непосредственный практический смысл.

Не убедителен отказ автора от термина «пароксизмальные» формы мерцания. Терминологически такое обозначение приступообразного характера мерцательной аритмии мне кажется более отвечающим клинической картине в этих случаях. Да и нередко приходится дифференцировать пароксизмальную тахикардию и пароксизмальные формы мерцания и трепетания предсердий. То, что внесердечные причины не играют здесь доминирующей роли, не противоречит понятию «пароксизма»-приступа. Совершенно справедливо, что трепетание предсердий 1:1 и предсердная пароксизмальная тахикардия — состояния весьма близкие, если не идентичные.

Подробно разобраны течение заболевания сердца при мерцании и трепетании предсердий, прогноз и осложнения. Автор указывает, что прогноз зависит прежде всего от основного страдания и состояния миокарда. Вместе с тем мерцательная аритмия ухудшает прогноз иотяжеляет течение болезни. Если мерцание предсердий и не рассматривается как противопоказание к комиссуротомии при митральном стенозе, то операция в этих случаях сложнее и послеоперационный период тяжелее, чем обычно.

Интересно излагается природа пресистолического шума, который иногда выслушивается при мерцании предсердий. Связь этого феномена с продолжительностью диастолы и соотношениями фаз систолы наиболее вероятна.

Совершенно справедливо, что мерцание предсердий часто затрудняет диагностику заболеваний сердца, особенно это относится к митральному стенозу. Автор в этих случаях ориентирует врача на сохранение у части больных мезо- и протодиастолического шума. Нередко единственными признаками стеноза в подобных случаях являются характерные первый тон и так называемый «щелчок открытия» на верхушке.

Подробно изложено лечение больных с мерцанием и трепетанием. Мы так же, как автор, не видим оснований к отказу от хинидина и считаем, что страхи перед его применением преувеличены. Все же отбирать больных для терапии хинидином следует не только с точки зрения отсутствия противопоказаний, но и перспективы сохранения синусового ритма, если его удастся восстановить. Поэтому автор совершенно прав, подчеркивая целесообразность применения хинидина, когда органические изменения сердца относительно незначительны и аритмия возникла недавно. Новокамиду уделено заметно меньше места, чем хинидину. Автор не высказывается в остающемся дискуссионном вопросе о том, имеет ли преимущество терапия новокамидом при мерцании предсердий по сравнению с хинидином. Наш материал по применению новокамиды при мерцании предсердий тоже слишком мал для выводов, но ни в одном случае мы не наблюдали положительного эффекта от новокамиды там, где его не было от хинидина.

В лечении наперстянкой, остающейся при тахикардической форме основным средством, автор является сторонником непрерывной терапии малыми дозами. Наш опыт говорит в пользу такого применения наперстянки при мерцании как более выгодного, чем прерывистое. Необходимо только индивидуализировать дозы.

Библиотека практического врача, несомненно, пополнилась ценным пособием. К сожалению, отсутствуют указания об экспертизе трудоспособности при мерцательной аритмии. Это необходимо учесть в следующем издании.

Проф. Л. М. Рахлин (Казань)

И. Л. Брауде, Л. С. Персианинов. Неотложная помощь при акушерско-гинекологической патологии. Медгиз, М., 1962. Цена 1 руб. 67 коп.

Немало женщин гибнет от неправильных действий врачей при оказании неотложной акушерско-гинекологической помощи. Причины этого кроются в незнании профилактики, в неправильной или запоздалой диагностике и, особенно, неправильной врачебной тактике. Всякая мера, помогающая врачу научиться правильному оказанию неотложной акушерско-гинекологической помощи, заслуживает одобрения. Одной из таких мер является издание хороших учебников по этому вопросу. К таким учебникам и относится рецензируемое коллективное руководство. Особая ценность последнего состоит в том, что оно рассчитано на сельских районных и участковых врачей.