

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.

В данном руководстве изложена вся та акушерско-гинекологическая патология, которая чаще всего встречается в практике врача и требует его срочной помощи и ст которой особенно часто умирают женщины. Сюда относятся — острая кровопотеря, кровотечения от различных причин, разрывы матки, опухоли матки и яичников, перитонит, гнойные процессы, асфиксия плода и новорожденного. Вместе с тем в руководстве освещены вопросы организации акушерско-гинекологической неотложной помощи и, в частности, кесарского сечения, так как без знания этих вопросов неотложная помощь не будет эффективной.

При описании неотложной помощи при отдельных акушерско-гинекологических заболеваниях авторы простым и ясным литературным языком излагают общепризнанные современные данные по клинике, диагностике и лечению этих заболеваний.

Так как рецензируемая книга является руководством для практического врача, то желательно, чтобы в нем содержались только бесспорно полезные и проверенные практикой советы. Этому требованию данное руководство удовлетворяет. Однако в нем есть несколько положений, в отношении обоснованности которых у читателя могут возникнуть следующие возражения.

1) Стр. 50, строки 2 и 17—18 снизу. «Приступая к операции выскабливания (при выкидышах — П. М.), предварительно определяют зондом длину полости матки, «Когда зонд достигает дна матки...». Известно, что лучше не рекомендовать при выскабливании беременной матки измерять зондом длину ее полости и доходить зондом до дна, так как при такой манипуляции возможно прободение стенки матки. Зонд можно использовать здесь только для определения направления шеечного канала.

2) Стр. 51, рис. 14а. Показано неправильное держание зонда рукой. Рукоятка лежит не свободно между большим и указательным пальцами, как написано под рисунком, а находится в кулаке, что может привести к грубому зондированию и возможности перфорации матки.

3) Стр. 57, строки 10—11 снизу. Среди симптомов беременности пузырным заносом указаны — рвота, часто неукротимая, отеки лица и конечностей; белок в моче. На практике эти симптомы при пузырном заносе обычно не встречаются.

4) Стр. 61, строки 7—9 снизу. Не совсем ясно, как устанавливается хорионэпителиома на основании микроскопических данных под буквой «е».

5) Стр. 61, строки 2—3 снизу. Спорно утверждение, что «техника операции (при хорионэпителиоме матки — П. М.) аналогична применяемой при раке шейки матки». Нет, техника операций здесь не аналогичная: при хорионэпителиоме матки делают обычно простую экстирпацию матки с придатками, а при раке шейки матки — обязательна расширенная экстирпация матки.

6) Стр. 63, строки 10—12 снизу. Не верно, что при предлежании плаценты кровотечение в последние 3 месяца беременности наступает «в результате преждевременной отслойки долек плаценты от стенок матки при формировании ее нижнего сегмента». Ведь нижний сегмент формируется раньше.

7) Стр. 65, строки 4—5 сверху. При предлежании плаценты прощупывают через шейку матки «кровооточающую плацентарную ткань». Явное недоразумение. Ведь при предлежании плаценты кровоточит не плацентарная ткань, а стенка матки в месте отслойки плаценты.

8) Стр. 76, строка 12 снизу. По вытеканию жидкости из плаценты, к сожалению, обнаружить дефект (отрыв долек) в плаценте нельзя, так как жидкость будет вытекать и тогда, когда в плаценте имеется разрыв ткани без ее дефекта.

9) Стр. 83, строки 18—19 снизу. При ручном отделении плаценты наружной рукой захватывают дно матки не тогда, когда внутренняя рука войдет в полость матки, как указано в книге, а тогда, когда она входит в полость матки. Без захватывания наружной рукой дна матки нельзя внутренней рукой войти в ее полость.

10) Стр. 111, строки 5—7 сверху. По нашему мнению, в руководстве по акушерству не следует игнорировать одно из важных условий для наложения акушерских щипцов — полное раскрытие зева — и ориентировать практического врача на наложение щипцов при неполном раскрытии зева после разреза его краев. Это будет способствовать не профилактике разрывов шейки, а их возникновению.

11) Стр. 114, строки 11—12 снизу. Не следует затруднять и запутывать практического врача выделением по клинической картине, кроме угрожающего и совершившегося разрывов, еще и начинающегося. Резко очерченной картины начавшегося разрыва нет. Она сходна с угрожающим разрывом.

12) Стр. 132, строки 17—20 сверху. Непонятное предложение: «При поперечном разрыве нижнего сегмента с отрывом передней стенки шейки матки от тела ... удалять этот оторванный лоскут». А зачем это делать?

13) Стр. 150, строка 13 сверху. Недоразумение. Таз с истинной конъюгатой 7,5—9 см при нормальных размерах плода не является абсолютным показанием к кесарскому сечению. Такое утверждение ведет к нежелательному расширению показаний к кесарскому сечению.

14) Стр. 154, строки 12—13 снизу и рис. 104. Неверно указано место разреза брюшной стенки при классическом кесарском сечении. Разрез смещен книзу, а нужно от середины между лоном и пупком до середины между пупком и мечом.

15) Стр. 157, строки 4—6 сверху. Если делают указанный здесь разрез, то матку разрезают в нижнем сегменте, а это будет не корпоральное кесарское сечение.

16) Стр. 168 — рис. 126 напечатан в перевернутом виде.

17) Стр. 200, строки 8—14 сверху. Здесь указан при внематочной беременности ряд изменений, которые обычно не встречаются, а бывают редко: задержка месячных, синюшная окраска, толщина отпадающей оболочки до 1 см и токсикозы.

18) Стр. 214, строки 19—22 снизу и стр. 215, рис. 142. Описание в тексте не соответствует рисунку.

19) Стр. 239, строки 15—17 снизу. При раке матки бывает не меноррагия, а метроррагия.

20) Стр. 283, строки 2—3. Рекомендация тепловых процедур по окончании приступа при яичниковых кровотечениях не обоснована и вредна. Она может усилить кровотечение.

21) Стр. 311, рис. 223. Под этим рисунком, демонстрирующим скопление экссудата в заднем дугласе, неправильно написано — «экссудативный пельвеоцеллюлит», что значит — эксудат в тазовой клетчатке, вместо — «экссудативный задний периметрит».

22) Стр. 323, строки 5—11 сверху. Наш опыт противоречит этому утверждению. Лечение ранних гнойных маститов отсасывающими пункциями с антибиотиками, к которым чувствительны микробы, вызвавшие мастит, — эффективно.

Так как ценность всякого руководства определяется не только обоснованностью общих положений, но и правильностью приведенных в нем сведений по отдельным конкретным вопросам, то учет и устранение авторами указанных недостатков при подготовке второго издания, несомненно, улучшат его качество.

Проф. П. В. Маненков (Казань)

Д. К. Закутинский, Ю. Д. Парфенов, Л. Н. Селиванова. **Справочник по токсикологии радиоактивных изотопов.** М., 1962, 116 стр., цена 45 к.

Широкое применение радиоактивных излучений за минувшее десятилетие, все новое получение и применение искусственных радиоактивных изотопов, среди которых немало «долгоживущих», засорение атмосферы, почвы и водных пространств земли радиоактивными продуктами ядерных испытаний резко повысили интерес специалистов и неспециалистов к токсикологии радиоактивных веществ.

Накопившийся в этой области экспериментальный материал, содержащий массу цифровых сведений и значений и разбросанный в различных литературных источниках, давно заслуживал концентрации в едином отечественном издании справочного характера. В связи с этим целесообразность издания справочника для врачей, биологов и научных работников, занимающихся вопросами радиологии и радиобиологии, несомненна.

В восьми разделах справочника читатель найдет сведения о физических и химических свойствах наиболее распространенных и широко применяемых радиоактивных элементов, а также по их обмену в организме. Наряду с токсикологической характеристикой радиоактивных изотопов, приводятся данные их дозиметрии, необходимые для вычисления предельно-допустимых концентраций в организмах. Раздел о предельно-допустимых концентрациях представляет собой сведенный в таблицы материал ряда положений, утвержденных Государственной санитарной инспекцией СССР и Государственным Комитетом Совета Министров СССР по использованию атомной энергии.

В разделе «Фоновое облучение организма человека» помещены сведения об облучении половых желез, легких и скелета от естественного фона радиации (естественными семействами изотопов урана, тория и актиния, космическими лучами, а также внутреннего облучения находящимися в организме радием с его продуктами, радиоактивными калием и углеродом).

В разделе «Некоторые сведения, касающиеся человека и экспериментальных животных» читатель найдет материалы, относящиеся к понятию «стандартный человек», принятому на различных конференциях и пересмотренному и утвержденному на VII Международном конгрессе по радиологии в 1953 г.

Подробные сведения о «стандартном человеке» содержат данные о процентно-весовом соотношении органов и тканей, составе тела, среднем содержании всех имеющихся химических элементов в организме и в отдельных органах, среднее ежедневное потребление химических элементов организмом человека, водном обмене, газообмене и другие материалы, крайне необходимые для учета токсикологического действия радиоактивных веществ.

Справочнику предпосланы определения некоторых терминов, наиболее часто употребляемых в токсикологии радиоактивных веществ. Эти определения, занимающие первый раздел, подобраны не особенно удачно. Вряд ли теперь есть необходимость объяснять, что гамма-излучение — это «поток гамма-квантов, то есть электромагнитное излучение с очень короткой длиной волны», или что ионизирующее излучение — это «электромагнитное или корпускулярное излучение, способное при взаимодействии с веществом прямо или косвенно создавать в нем заряженные атомы и молекулы — ионы». То же относится к помещению определений: «изотопы», «меченое вещество», «нейтронное излучение», «радиоактивное вещество», «радиоактивные излучения» и т. п.