

24. *Falk R. J., Bardin C. W.* // *Endocrinology*. — 1970. — Vol. 86, N 5. — P. 1059–1063.
25. *Gemelli A., Re M., De Ruvo S. et al.* // *Panminerva Med.* — 1990. — Vol. 32, N 2. — P. 65–66.
26. *Haarbo J., Leih-Expensen P., Stender S., Christiansen C.* // *J. clin. Invest.* — 1991. — Vol. 87, N 4. — P. 1274–1279.
27. *Hirvonen E., Malkonen M., Manninen V.* // *N. Engl. J. Med.* — 1981. — Vol. 304, N 10. — P. 560–563.
28. *Horwitz K. B., Horwitz L. D.* // *J. clin. Invest.* — 1982. — Vol. 69, N 4. — P. 750–758.
29. *Ingegno M. D., Money S. R., Thelmo W. et al.* // *Lab. Invest.* — 1988. — Vol. 59, N 3. — P. 353–356.
30. *Iversen L., Salt P.* // *Brit. J. Pharmacol.* — 1970. — Vol. 40, N 3. — P. 528–530.
31. *Jensen J., Nilas L., Christiansen C.* // *Brit. J. Obstet. Gynecol.* — 1986. — Vol. 93, N 6. — P. 613–618.
32. *Jensen J., Riis B. J., Strom V., Christiansen C.* // *Maturitas*. — 1989. — Vol. 11, N 2. — P. 117–128.
33. *Jiang C., Sarrel P. M., Lindsay D. C. et al.* // *Eur. J. Pharmacol.* — 1992. — Vol. 211, N 2. — P. 162–167.
34. *Kim R.-S. S., Labella F. S., Zunza H. et al.* // *Mol. Pharmacol.* — 1980. — Vol. 18, N 3. — P. 402–405.
35. *Klangkalya B., Chan A.* // *Life Sci.* — 1988. — Vol. 42, N 23. — P. 2307–2314.
36. *Knopp R. H.* // *J. Reprod. Med.* — 1986. — Vol. 31, N 9. — Suppl. — P. 913–921.
37. *Knopp R. H.* // *Amer. J. Obstet. Gynecol.* — 1988. — Vol. 158, N 6. — Pt 2. — P. 1630–1643.
38. *LaBella F. S., Bihler I., Kim R. S.* // *Nature*. — 1979. — Vol. 278, N 5704. — P. 571–573.
39. *Labella F. S., Bihler I., Kim R. S.* // *Pharmacologist*. — 1981. — Vol. 23. — P. 219.
40. *LaBella F. S., Templeton J. E., Sashi Kumar V. P., Bose D.* // *Trends Pharmacol. Sci.* — 1989. — Vol. 10, N 1. — P. 11–14.
41. *La Rosa J. C.* // *Amer. J. Obstet. Gynecol.* — 1988. — Vol. 158, N 6. — Pt 2. — P. 1621–1629.
42. *Lauritzen C.* // *Maturitas*. — 1990. — Vol. 12, N 3. — P. 199–214.
43. *L'Hermite M.* // *Acta cardiol.* — 1991. — Vol. 46, N 3. — P. 357–372.
44. *Lin A. L., Mc Gill H. C., Jr., Shain S. A.* // *Circ. Res.* — 1982. — Vol. 50, N 5. — P. 610–616.
45. *Lin A. L., Gonzalez R. Jr., Carey K. D., Shain S. A.* // *Arteriosclerosis*. — 1986. — Vol. 6, N 5. — P. 295–504.
46. *Lobo R. A.* // *Obstet. Gynecol.* — 1990. — Vol. 75, N 4. — Suppl. — P. 18S–25S.
47. *Meade T. W.* // *Amer. J. Obstet. Gynecol.* — 1988. — Vol. 158, N 6. — Pt 2. — P. 1646–1652.
48. *Novak K., Kaufman S.* // *Amer. J. Physiol.* — 1991. — Vol. 261, N 5. — Pt 2. — P. R275–R283.
49. *Oelkers W., Schoneshofer M., Blumel A.* // *J. clin. Endocrinol. Metab.* — 1974. — Vol. 39, N 5. — P. 882–890.
50. *Raddino R., Ferrari A., Pela G. et al.* // *Cardiologia*. — 1987. — Vol. 32, N 3. — P. 287–291.
51. *Raddino R., Poli E., Pela G., Manca C.* // *Pharmacology*. — 1989. — Vol. 38, N 3. — P. 185–190.
52. *Sarrel P. M.* // *Maturitas*. — 1990. — Vol. 12. — P. 287–298.
53. *Sex Steroids and the Cardiovascular System / Eds P. Ramwell, G. Rubanyi, E. Schilinger.* — Berlin, 1992.
54. *Sitruk-Ware R., Bricaire C., De Lignieres B. et al.* // *Contraception*. — 1987. — Vol. 36, N 4. — P. 373–402.
55. *Sitruk-Ware R.* // *Durges*. — 1990. — Vol. 39, N 2. — P. 203–217.
56. *Sporrong T., Mattsson L.-A., Samsioe G. et al.* // *Brit. J. Obstet. Gynaecol.* — 1990. — Vol. 97, N 10. — P. 939–944.
57. *Temma K., Ng Y.-Ch., Brody Th. M., Akera T.* // *Res. Commun. Chem. Pathol. Pharmacol.* — 1983. — Vol. 41, N 1. — P. 51–63.
58. *Valencia V. G., Sanchez M., Gutierrez M. et al.* // *Gen. Pharmacol.* — 1991. — Vol. 22, N 6. — P. 1081–1086.
59. *Wagner J. D., Clarkson T. B., Adams M. R., Schwenke D. C.* // *Circulation*. — 1991. — Vol. 84, Suppl. 11. — P. 11–602.
60. *Wagner J. D., Clarkson T. B., Clair R. W. St. et al.* // *J. clin. Invest.* — 1991. — Vol. 88, N 6. — P. 1995–2002.
61. *Wagner J. D., Clair R. W. St., Schwenke D. C. et al.* // *Arteriosclerosis Thromb.* — 1992. — Vol. 12, N 6. — P. 717–726.
62. *Wahl P., Walden C., Knopp R. et al.* // *N. Engl. J. Med.* — 1983. — Vol. 308, N 15. — P. 862–867.
63. *Weidner G., Helmig L.* // *Women and Health*. — 1990. — Vol. 16, N 3–4. — P. 5–21.
64. *Whitehead M. I., Lobo R. A.* // *Lancet*. — 1988. — Vol. 2, N 8622. — P. 1243–1244.
65. *Whitehead M. I., Hillard T. C., Crook D.* // *Obstet. Gynecol.* — 1990. — Vol. 75, N 4. — Suppl. — P. 59S–76S.
66. *Whitworth J. A., Scoggins B. A., Anrews J. et al.* // *Clin. exp. Hypertens.* — 1992. — Vol. 14, N 5. — P. 905–922.
67. *Young R. L., Kumar N. S., Goldzieher J. W.* // *Drugs*. — 1990. — Vol. 40, N 2. — P. 220–230.

Поступила 13.06.95

## ◆ РЕЦЕНЗИИ

© В. С. ЛУКЬЯНЧИКОВ, 1996

УДК 616-089.5-03:616.43(049.32)

М. И. Неймарк, А. П. Калинин. **Анестезия и интенсивная терапия в эндокринной хирургии.** — Барнаул, 1995. — 174 с.

Наркоз и хирургическое вмешательство при эндокринных заболеваниях часто служат причиной эндокринно-метаболических кризов и ком. Поэтому эндокринной хирургии особенно близки цели и методы анестезиологии и интенсивной терапии. Этим же определяется актуальность данной монографии, ключевая идея которой в том, что при хирургическом лечении болезней желез внутренней секреции интенсивное наблюдение и лечение — не эпизод, а постоянный режим, осуществляемый до операции, в процессе и после нее, а нередко пожизненно.

Об оригинальности и высоком уровне монографии свидетельствует уже 1-я глава. Хирургия гипофиза — сфера компетенции нейрохирургов и нейроанестезиологов. К чести авторов, при рассмотрении этих вопросов они почти не повторяют классическую монографию А. З. Маневича и В. И. Салалыкина и даже дополняют ее с эндокринологических позиций.

Конечно, тиреоидная хирургия остается в центре эндокринной хирургии, но авторы преувеличивают, считая хирургический метод основным в тиреоидологии. Противореча себе, они не только приводят многие рутинные методы консервативного лечения заболеваний щитовидной железы, но и подробно излагают такие условно хирургические методы, как игло-рефлексотерапия, плазмаферез, УФО- и лазертерапия.

Уникален раздел, посвященный подготовке к операции, премедикации, наркозу и послеоперационному периоду у де-

тей, беременных и лиц пожилого возраста. Ценно и то, что анализируются не только анестезиологические и хирургические осложнения, но и специфические осложнения операций на щитовидной железе — тиреотоксический криз, тетания, гипотиреоидная кома. Недостатком главы является то, что здесь рекомендуются нечеткое, отчасти некорректное лечение сахарного диабета у больных тиреотоксикозом, а также гипотиреоза, микседематозной комы. Опасно начинать лечение гипотиреоза тироксином в дозе 0,15–0,2 мг/сут, тем более у "больных с сопутствующими сердечно-сосудистыми заболеваниями". Еще опаснее начинать лечение с приема трийодтиронина. Нельзя согласиться, что лечение гипотиреоидной комы начинают с введения глюкокортикоидов, затем тироксина. При этой коме ведущий фактор танатогеनेза — гипоксия, поэтому первоочередной мерой является искусственная вентиляция легких, затем инфузионная терапия и только потом гормоны.

В последние годы гиперпаратиреозу (ГПТ) посвящены ряд учебных пособий и монографий. На этом фоне небольшая глава о хирургии околощитовидных желез разочаровывает. Скуден раздел об анестезиологическом обеспечении, в других разделах много спорных и ошибочных положений. По мнению самих авторов, при первичном ГПТ "профилактическое" назначение витамина D опасно (значит недопустимо. — В. Л.), но главное, это исключает возможность после операции судить о ее успехе или радикальности. Нельзя удалять околощитовидные железы при вторичном ГПТ, так как их гиперплазия компенсирует присущую ХПН гипокальциемию. Если же у больного с ХПН возникает гиперкальциемия, то это третичный, а не вторичный ГПТ. При гиперкальциемии до 3

ммоль/л нет необходимости целенаправленно снижать ее и в ходе подготовки к операции достаточно посиндромной терапии.

Самая краткая, 4-я, глава хотя и оставляет сомнения, что хирургия тимуса — раздел именно эндокринной хирургии, но подкупает сжатым и в то же время информативным изложением материала о предоперационной подготовке больных миастениями, особенностях наркоза, профилактики и лечения специфических urgentных осложнений.

В 5-й главе, по-видимому, самой удачной, точно изложены факторы анестезиологического и хирургического риска, особенности премедикации, критерии выбора наркоза и его осложнения при операциях на надпочечниках. Прост и эффективен предложенный способ диагностики "аддисонического" криза. Актуален подробный анализ консервативного лечения альдостеронизма, что позволяет правильно определять показания к его хирургическому лечению. Теоретической глубиной и практическим акцентом отличается часть главы, посвященная хромаффинным опухолям.

Недостатком, особенно заметным именно в этой главе, является отсутствие рекомендаций по лабораторно-инструментальному скринингу и столь же необходимых схем urgentной терапии кризов при феохромоцитоме и гипокортицизме, состояния неуправляемой гемодинамики и др.

Хирургические вмешательства у больных сахарным диабетом по-прежнему сопряжены с огромным риском, но увеличение числа лиц с данным заболеванием вынуждает хирургов все чаще прибегать к таким вмешательствам.

Несмотря на большой личный опыт, точнее благодаря ему, авторы не предлагают собственную или "лучшую" методику ведения таких больных, но приводят наиболее современные схемы и принципы, как бы подчеркивая, что для каждого больного нужно подобрать или изобрести особую тактику. Кратко освещены особенности лечения таких "диабетогенных" синдромов, как артериальная гипертензия, коронарная болезнь, нейро- и нефропатии. Лаконичны, но содержательны рекомендации по выбору анестетиков и других лекарственных средств с учетом их влияния на углеводный и жировой обмен. Отмечено, что именно у больных диабетом особенно показаны эффективные методы лечения, включая перфузию крови через ксеноселезенку.

Глава не лишена недостатков. Ошибочны рекомендации о применении глюкагона или адреналина, если гипогликемия не купировалась введением глюкозы. Здесь надо заподозрить отек мозга или другие осложнения, диагностику и лечение которых следовало изложить. Слишком скудна информация о кетоацидозе — самой частой разновидности диабетической комы у хирургических больных.

Тему 7-й главы с большой натяжкой можно отнести к сфере эндокринной хирургии. Эндокринологический аспект, конечно, имеется при заболеваниях яичников и тестикул. Но, согласимся с авторами, это скорее экстрагенитальная проблема. При этом авторы фокусируют внимание на соматической экстрагенитальной патологии, почти не касаясь нарушений гипоталамо-гипофизарных и других эндокринных функций. Например, врожденная гиперплазия надпочечников во многом, включая патоморфологию яичников, подобна синдрому Стейна—Левенталя. Их дифференцировка очень актуальна, поскольку клиновидная резекция яичников здесь не только бесполезна, но и чревата "аддисоническим" кризом.

Название предпоследней главы совершенно расходится с содержанием, так как речь идет не о "хирургическом лечении больных, страдающих ожирением", а о специфике анестезии у лиц с ожирением. Глава тем не менее интересна современными сведениями о генетических, нейроэндокринных, физических и прочих факторах патогенеза ожирения, клиническим анализом, квалифицированными рекомендациями по премедикации, выбору анестетиков и технике наркоза у тучных больных.

Подводя итог, следует отметить высокий научный уровень и практическую ценность монографии. Но впечатление портит ее монотонность, связанная не только с отсутствием технического редактирования, но в большей степени с пренебрежением авторов дидактической атрибутикой в виде схем, рисунков и алгоритмов. Огорчает отсутствие клинических примеров, хотя авторы располагают, очевидно, большим опытом и материалом. Заметно недостает литературного и научного редактирования. Можно, однако, надеяться, что книга будет интересной и полезной не только для анестезиологов и хирургов-эндокринологов, но и для терапевтов-эндокринологов и всех практических врачей.

В. С. Лукьянчиков (Москва)