

Рецензируемая монография является, несомненно, ценным и нужным пособием для врачей — венерологов и урологов, тем более, что с 1947 г. таких книг совершенно не издавалось. Книга рассматривает в свете современных знаний воспалительные заболевания уретры разной этиологии, в том числе вызванные бактериями, грибами, спирохетами, трихомонадами и амебами. Она содержит много новых неизвестных широкой массе врачей данных о микробной флоре мужской уретры, до сего времени мало изученных формах уретритов у мужчин. Особый интерес представляют главы об уретро-окуло-синовиальном синдроме и резидуальных уретритах. Автор подробно излагает патогенез некоторых уретритов, что до сих пор мало было освещено в печати, принципы и методы диагностики и лечения венерических негонококковых уретритов.

В специальных главах рассмотрены невротические расстройства у больных негонококковыми уретритами. Несмотря на достоинства, к числу которых относятся полнота и обстоятельность изложения освещаемых вопросов, хороший стиль, книга имеет ряд недостатков, некоторые из них имеют принципиальное значение.

При изложении главы о трихомонадных уретритах, а эта глава является одной из главных для повседневной врачебной практики, автор неправильно ориентирует читателей по кардинальным вопросам диагностики и терапии трихомониаза.

Так, И. И. Ильин на 136 стр. своей книги рекомендует изъять из употребления провокацию ляписом для диагностики трихомонадных уретритов, основываясь на уставшем (1939) наблюдении В. Н. Матвеева.

После провокации инстилляциями ляписом трихомонады, как правило, обнаруживаются, о чем автору рецензируемой монографии должно быть известно из цитируемой им литературы.

Совершенно неосновательно автор исключает из употребления и биологические способы провокации, например: внутримышечные инъекции молока, вакцин и т. п. Они применяются иногда и гинекологами для диагностики трихомониаза.

Говоря о лечении трихомониаза, И. И. Ильин впадает в противоречие и неточность. На странице 129 книги указано, что местное лечение противотрихомонадными препаратами (осарсомом и др.) не исключает применения их внутрь. На странице же 131 говорится, что осарсол при назначении внутрь чаще всего бесполезен. При этом высказывается несогласие с Н. Е. Сидоровым и соавторами, якобы считающими назначение осарсола (или акрихина) внутрь достаточным для излечения трихомониаза в неосложненных случаях.

Автор, по-видимому, не совсем внимательно отнесся к тексту монографии о трихомониазе. Высказывание о достаточности одного перорального курса осарсола принадлежит И. Б. Вейнскому (стр. 128, 130 монографии о трихомониазе). На стр. 132 своей книги автор, ссылаясь на немногочисленные наблюдения В. А. Кавтарадзе, отвергает пероральное применение акрихина. Между тем и один акрихин оказался у многих больных терапевтически активным, что подтверждается клиническим опытом ряда специалистов. Н. Н. Иконников и З. Т. Аралова, Ф. И. Кейтель, проводившие наблюдения над большим количеством больных, дали о лечении трихомониаза акрихином положительный отзыв. Наши наблюдения соответствуют данным этих авторов. Сочетание акрихина с осарсомом или каким-либо другим трихомонадоцидным средством, например тетрациклином, дает еще лучшие результаты. О целесообразности применения двух различных курсов писал еще П. Эрлих в своих постулатах по химиотерапии. И. М. Порудоминский также советует заменять при лечении трихомониаза один препарат другим. Наш опыт пероральной терапии осарсомом и акрихином показал его действительную эффективность при неосложненных и даже осложненных трихомонадных уретритах. Поэтому у автора нет оснований не соглашаться с нами по вопросу об эффективности осарсол-акрихиновой терапии.

Несколько противоречиво отношение автора к антибиотикам тетрациклинового ряда. На стр. 132 он рекомендует их к применению, на стр. же 134 указывает, что они в большинстве случаев бесполезны даже в больших дозах. При этом автор не разграничивает действие биомиицина от тетрациклина, хотя известно, что последние препараты действуют на трихомонадный процесс у мужчин гораздо эффективнее, чем биомиицин. При изложении лечения тетрациклиновыми антибиотиками не приведены данные Магара, Дюреля об их трихомонадоцидном действии, а также положительные отзывы о практическом применении тетрациклина со стороны участников V Всесоюзного съезда дерматовенерологов.

Трихомонадоцидное действие антибиотиков автор не точно объясняет только тканевой концентрацией, проф. Гаузе установил, что антибиотики активируют защитные силы организма.

На стр. 207 для лечения трихомонадных эпидидимитов рекомендуется стрептомицин, в то время как внутримышечные инъекции окситетрациклина (или тетрациклина) действуют более эффективно.

В разделе лечения трихомониаза почему-то не упоминается об эритромицине, хотя он получил официальные показания к применению при трихомониазе. Вряд ли можно согласиться, что при осложненных уретритах следует вводить в заднюю урет-

ру по 10 мл медикаментозного раствора, так как она вмещает не более 2—3 мл жидкости. Выражение «вводить катетером» неправильно (стр. 131).

На стр. 120 автор допускает неточность, говоря об отсутствии параллелизма между количеством и подвижностью трихомонад и клиникой заболевания. Н. Е. Сидоров и соавторы приводят мнение других авторов, а не свои (см. стр. 24 монографии о трихомониазе).

Нет основания у автора считать Н. Е. Сидорова, А. М. Корчемкина и А. П. Колесова сторонниками трансформации кишечной трихомонады в вагинальную. При внимательном чтении стр. 13 монографии о трихомониазе автор мог бы увидеть, что мы утверждаем обратное.

На стр. 48 своей книги И. И. Ильин указывает, что обнаружение трихомонад у источника заражения при конfrontации делает правдоподобной трихомонадную этиологию безгонококкового уретрита у больного, даже если у него трихомонады не были найдены. Этот по существу правильный тезис следовало бы дополнить применением, что бывают и парадоксальные результаты конfrontаций при смешанной инфекции — трихомониазе и гонорее.

На стр. 15 приведена устаревшая классификация негонококковых уретритов М. И. Ротенберга, без которой можно было бы обойтись.

Описание эндоскопического обследования на стр. 42—45 целесообразно было бы дополнить данными Н. Д. Герасимовой и Э. Л. Хавина, Л. Г. Богачовой.

План урологического исследования на стр. 47—48, рассчитанного на 3 дня, приемлем только для стационаров. Между прочим, в плане предусмотрена комбинированная провокация. А как же быть с трихомонадными больными? Ведь автор исключает для их обследования химическую и биологическую провокацию? (стр. 136).

Поражения кожи головки полового члена, крайней плоти при трихомониазе почему-то, хотя и с оговоркой, включены в раздел осложнений, хотя они часто бывают первичными и даже единственными проявлениями заболевания. В этот раздел не включен ксеротический баланит, отмеченный Кейтелем, и разрозненный эрозивный или макулезный баланит, наблюдавшийся А. М. Корчемкиным.

На стр. 137 указывается, что полное уничтожение трихомонад в организме достигается реже, чем клиническое выздоровление. Это противоречит данным Н. С. Ляховицкого и других авторов.

Совершенно не освещены т. н. паратрихомонадные заболевания. Упомянув о появлении артритов у трихомонадных больных на стр. 117, автор должен был указать, кем, где и когда они были описаны.

Качество приведенных в книге рисунков 14, 15, 16 оставляет желать много лучшего. Трихомонады на рисунке 15 похожи на жуков или тараканов, а ядра в некоторых трихомонадах на рисунке 14 расположены почему-то ближе к заднему, а не к переднему концу тела, как обычно бывает. И не удивительно, что автору, для того, чтобы читатель распознал трихомонады, понадобилось поставить на рисунок указательные стрелки.

Наши критические замечания не преследуют цели уменьшить значение изданной монографии. Книга И. И. Ильина, несомненно, полезна, с интересом читается и дает большие теоретические и практические познания для широкого круга венерологов, урологов и акушеров-гинекологов.

Проф. Н. Е. Сидоров
Канд. мед. наук А. М. Корчемкин

Канд. мед. наук Б. М. Мацко. Организация труда медицинского персонала.
Медгиз, 1962

За последние годы много сделано для улучшения организации труда врачей. Однако опыт практической и экспериментальной работы в этой области нигде не был обобщен. Книга Б. М. Мацко частично восполняет пробел.

В разделе «Системы работы врачей объединенной городской больницы» анализируются различные методы работы и делается вывод, что двухзвеньевая система пригодна только в тех лечебно-профилактических учреждениях, где стационары и поликлиники объединены в одном здании или расположены на одной территории, при условии полного укомплектования кадрами и соответствия мощности и объема работы стационара и поликлиники. Указываются недочеты двухзвеньевой системы: работа терапевта в стационаре проходит в два потока, а иногда и больше, палатная сестра не имеет возможности участвовать в обходе с лечащим врачом, и, наконец, нет условий повышения квалификации терапевта. Все эти дефекты при чередовании врачей устраняются. Поэтому в лечебных учреждениях, являющихся базами научно-исследовательских институтов, врачи должны работать только по системе чередования. Для хирургов, акушеров-гинекологов, офтальмологов и других узких специалистов рекомендуется в небольших отделениях (30 коек) двухзвеньевая система, а в крупных — система чередования.

В разделе «Графики работы врачей в стационаре, поликлинике и на дому» на основе опыта ряда лечебных учреждений даются рекомендации, необходимые при составлении графиков работы врачей, заведующих отделениями и консультантов.