

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.

Особый интерес представляет третий раздел «Распределение рабочего времени врачей в поликлинике, стационаре и помощи на дому», в котором рассматриваются новые методы организации работы врача с применением магнитофона, стенографии и машинописи.

Автор указывает, что еще Н. И. Пирогов очень ценил рабочее время врача и подчеркивал, что письменную часть работы должен выполнять фельдшер, а в отсутствие его — сестра милосердия. Советские клиницисты Н. Н. Бурденко, Ю. Ю. Джанелидзе, С. С. Юдин также считали необходимым освободить врачей от письменной работы и передать ее среднему медицинскому персоналу. Б. М. Мацко сообщает о медицинских учреждениях, где машинопись и стенография применяются в повседневной работе.

Автор останавливается на применении хирургами диктофона-магнитофона (Б. Эфрос, Е. Петрулине, О. Христенко).

Он изучил новую организацию труда врачей в лечебных учреждениях ряда городов. Особенно подробно автор разбирает работу канд. мед. наук Э. Е. Фукс о применении машинописи и стенографии в родильном доме № 10 Москворецкого района Москвы. Здесь истории болезни имеют аккуратный вид, легко читаемы, улучшилось качество их заполнения.

Э. Е. Фукс рекомендует для средних медицинских работников, не владеющих стенографией и машинописью, организовывать соответствующие курсы без отрыва от производства, так как работа медсестер в настоящее время без этого нелепима.

Б. М. Мацко пишет, что в городской, районной и консультативной поликлинике на исследование и лечение больного используется 40—50% рабочего времени врача, остальное время тратится непроизводительно (на письменную работу, уход из кабинета по вопросу, не связанному с приемом, и др.). Автор поставил эксперимент, при котором письменная работа была поручена среднему медицинскому работнику. При таком методе на исследование и лечение врач затрачивает уже 75—80% рабочего времени.

Анализируя работу хирургов, акушеров-гинекологов, офтальмологов, отоларингологов, фтизиатров, дерматологов в поликлинике (городской, районной и консультативной), автор приходит к выводу, что при работе этих специалистов с одной сестрой врач затрачивает на исследование, диагностику и лечение 45—53% рабочего времени и 42—45% — на письменную работу. При условии, что врачи указанных специальностей работают в кабинете с двумя сестрами — одна ведет письменную работу, другая выполняет все манипуляции, врач затрачивает на исследование, диагностику и лечение 85—87% рабочего времени. К сожалению, автор не делает выводов, что увеличение штата медсестер, обслуживающих эти кабинеты, одновременно повышает качество медицинского обслуживания и увеличивает пропускную способность кабинета.

Следует сказать, что подготовка медсестры происходит значительно быстрее и дешевле, чем врача, и более правильное использование медсестер, несомненно, в государственном масштабе дало бы значительную экономию.

В городских, районных и клинических больницах врачи основных специальностей на письменную работу затрачивают 38—45% времени. Для наиболее рациональной организации труда проводился эксперимент: врач работал с сестрой, владеющей стенографией и машинописью. Кроме того, для записей применялся магнитофон. Автор рекомендует 4 метода работы, при которых врачи на исследование, диагностику и лечение затрачивают 86,2—92,1% рабочего времени, вместо 53—58,4% при существующей организации труда.

Однако автор не учел, что для каждого отделения необходимо подбирать определенную методику. Он не освещает методику одновременного печатания дневников и назначений, не описывает методику работы с магнитофоном и машинисткой. Эта методика не предусматривает обучение среднего медперсонала машинописи и стенографии (2-я Дарницкая больница Киева и др.).

В разделе «Двухступенная система обслуживания больных» автор приходит к выводам, что при ее применении следует исходить из местных условий, остерегаясь шаблона, и дает правильные рекомендации для лучшего обслуживания больных по этой системе.

Наконец, в последнем разделе книги «Нормирование труда врачей основных специальностей в городских, районных и клинических больницах» даются нормы приема больных для врачей и медсестер в городских, районных и консультативных поликлиниках и больницах с применением машинописи и стенографии.

К сожалению, Б. М. Мацко не упомянул о постановлении коллегии Минздрава СССР от 8 июня 1961 г. (протокол № 23), в котором рекомендуется применение стенографии и машинописи как прогрессивных методов работы.

При всех недочетах книга Б. М. Мацко представляет для всех работников здравоохранения большой интерес, поскольку ясно ставит вопрос о роли организации труда врача в повышении качества обслуживания больных.

Книга написана литературным языком и богата цифровым материалом. Следовало бы подвергнуть ее широкому обсуждению в коллективе медработников, сделав ее достоянием всех врачей.

Канд. мед наук Н. Н. Волова
(Москва)