

Рецензируемое руководство является по существу первой отечественной монографией, посвященной важнейшей проблеме — дифференциальной диагностике внутренних болезней. Предыдущие аналогичные издания (М. Маттеса, 1929 г., Р. Хэгглина, 1965 г.) были переводными и, естественно, не отражали основных положений доктрины советской терапевтической школы. В предисловии, написанном академиком Е. И. Чазовым, справедливо отмечается, что предлагаемая автором система мышления привлекает к себе внимание полным соответствием с повседневной диагностической работой врача у постели больного.

Двухтомник состоит из введения, 26 глав, списка литературы и предметного указателя.

Введение посвящено методике дифференциального диагноза. Проф. А. В. Виноградов следует принципам, сформулированным еще С. С. Зимницким, который говорил своим слушателям: «Без точного знания организма и болезней врач походит на слепого, вооруженного палкой и случайно попадающего то по болезни, то по больному». Автор излагает свою методику построения дифференциального диагноза в соответствии с четырьмя ленинскими требованиями диалектической логики, предъявляемыми для материалистического познания любого объекта.

Весь материал сгруппирован по главам в соответствии с синдромным принципом и расположен в алфавитном порядке (анемия, аритмия, артериальная гипертония, асцит, боли в груди и т. д.). В конце каждой главы имеются приложения, в которых кратко перечисляются основные причины развития того или иного синдрома.

Автор руководства является известным кардиологом и, естественно, наиболее полно описывает синдромы, присущие поражению сердечно-сосудистой системы: аритмию, артериальную гипертонию, боли в груди, отеки, периферический вазоспазм, сердечную недостаточность, удушье и шумы сердца. Было бы полезно для практического врача включение дифференциально-диагностического описания «тромбоэмболического синдрома».

Книга написана на высоком научном уровне, содержит богатую информацию, материал изложен убедительно, хорошим литературным языком. К сожалению, автор и издательство полностью исключили иллюстративный материал, приводят редуцированный список литературы (в частности, нет ссылок на известные монографии М. С. Вовси, П. Е. Лукомского, Е. М. Тареева, И. А. Кассирского, В. В. Шестакова и др.).

Тираж издания явно недостаточный — всего 30 тыс экз. Следует надеяться, что руководство будет переиздано массовым тиражом, так как оно должно быть настольной книгой каждого практического врача-интерниста. Монография читается с интересом, дает много полезного для повседневной деятельности терапевта. Она может быть расценена как большой успех ее автора.

Проф. В. Ф. Богоявленский (Казань)

---

**П. Н. Демидкин, А. И. Шнирельман. Рентгенодиагностика в акушерстве и гинекологии.** М., Медицина, 1980, 424 с. Тираж 10 000 экз.

Книга состоит из 18 глав, предисловия и заключения. В ней описаны различные рентгенологические методы исследования половых органов: гистеросальпингографии, пневмопельвиграфии, флебографии, лимфографии и др. На наш взгляд, не следовало бы включать рентгенологические методы исследования, не относящиеся непосредственно к акушерско-гинекологической практике, тем более что они описаны кратко и относятся больше к общей патологии или патологии мочевой системы.

В главах III—VII, посвященных рентгенологическому распознаванию форм малого таза, рентгенопельвиметрии, «нормальной беременности», уродствам плода, внутриутробной асфиксии и преждевременному плаценте, подробно описаны методика и техника рентгенологического исследования беременных, показания к ним с акцентом на целесообразность применения рентгенографии, а не рентгеноскопии, ибо рентгеноскопия не позволяет объективизировать данные исследования, а главное — беременная получает большую дозу облучения.

Особый интерес для акушеров представляет рентгенологический метод установления зрелости плода путем определения длины поясничного отдела позвоночника и величины ядер окостенения.

Для распознавания внутриутробной смерти плода рекомендованы методики рентгенологического исследования, которые мало известны акушерам. Ранним признаком внутриутробной смерти плода, при проведении экскреторной урографии является отсутствие контраста в почках плода.