

Мы полагаем, что выразим общую точку зрения врачей, если подчеркнем, что важнейшим показателем своевременной диагностики сифилиса является обнаружение заболевания в ранних стадиях. Достижению этой цели способствуют учет ошибок, анализ их причин и профилактические мероприятия. В связи с этим мы разработали комплекс мероприятий по усовершенствованию диагностики сифилиса в лечебно-профилактических учреждениях Удмуртской АССР. Чтобы предупредить врачебные ошибки в диагностике сифилиса, мы считаем необходимым итоговое собеседование с врачами, занимающимися по клинике и диагностике сифилиса, на семинарах, рабочих местах, а также контроль знаний клиники сифилиса по «немым» слайдам, мульяжам и путем решения ситуационных задач 3-го уровня усвоения. Результаты внедрения данного комплекса мероприятий в республике не замедлили сказаться: удельный вес рецидивного сифилиса в структуре заболеваемости уменьшился с 21,4% в 1974—1978 гг. до 17% в 1979—1984 гг., число врачебных ошибок — с 6,2% с 1974—1978 гг. до 3,5% в 1975—1984 гг. Таким образом, итоги нашей работы, изложенные в письме, показывают неоспоримую значимость совершенствования диагностики сифилиса.

Г. Э. Шинский, Э. А. Коробейников, В. А. Мерзляков,
О. И. Зеленина, Н. В. Бажина, Б. А. Алексеева (Устинов)

БИБЛИОГРАФИЯ И РЕЦЕНЗИИ

Э. Н. Ситдыков, М. Э. Ситдыкова. Вторичный хронический пиелонефрит и цистэктомия. Казань, Татарское книжн. изд-во, 1985, 119 с.

Реценziруемая работа имеет важное практическое значение в решении задач современной уроонкологии.

В I главе приведен краткий обзор литературы, отражающей основные направления профилактических мероприятий, способствующих улучшению результатов цистэктомии, во II — дана характеристика функционального состояния почек у больных с новообразованиями мочевого пузыря. Отмечены трудности диагностики хронического пиелонефрита при тотальном поражении мочевого пузыря или локализации опухолей в области шейки и треугольника Льюто. Наряду с широко известными методами авторы предлагают включать в комплекс диагностических мероприятий интраоперационную фармакохромоскопию, исключающую гипердиагностику.

Совершенствование мер профилактики и лечения хронического пиелонефрита у больных с новообразованиями мочевого пузыря после цистэктомии связано с углубленным изучением уродинамики верхних мочевых путей в зависимости от способов отведения мочи. Этому вопросу посвящена III глава, из которой следует, что после уретерокутанеостомии и уретерокоанастомоза уродинамические нарушения верхних мочевых путей приобретают стойкий характер, способствуя тем самым дальнейшему прогрессированию хронического пиелонефрита. Отведение мочи в изолированный сегмент кишечника с восстановлением физиологических принципов мочеиспускания обеспечивает нормализацию уродинамики в сравнительно короткий срок, а потому является основным патогенетически обоснованным методом комплексной профилактики и лечения хронического пиелонефрита после цистэктомии.

Важное практическое значение имеет раздел данной главы, в котором рассмотрены вопросы дренирования мочевой системы после замещения мочевого пузыря кишечным трансплантатом с трансуретральным мочеиспусканием. По мнению авторов, катетеризация мочеточника необходима лишь на период формирования антирефлюксной муфты, а из способов временного отведения мочи из кишечного мочевого резервуара предпочтение следует отдавать надлобковому дренированию. Разработанный авторами метод надлобкового дренирования нормализует самостоятельное мочеиспускание ко второй-третьей неделе после операции, способствует более быстрому восстановлению тонуса верхних мочевых путей.

Исходя из данных литературы и личных наблюдений, авторы считают, что профилактика пиелонефрита неразрывно связана и с профилактикой гнойного перitonита как источника инфицирования почек. Изучая причины развития перитонита, авторы установили, что его наиболее частым этиологическим фактором является несостоятельность уретеро-кишечного анастомоза. Разработанный и внедренный в практику новый способ создания осложнений, связанных с просачиванием мочи, и тем самым улучшить функцию почек и уродинамику верхних мочевых путей после операции.

Разностороннее изучение вопросов патогенеза хронического пиелонефрита после цистэктомии дало возможность авторам сформулировать, обосновать и рекомендовать для практического применения комплексный метод его профилактики и лечения, включающий интраоперационные мероприятия с последующей антибактериальной терапией.

По данным авторов, после замещения мочевого пузыря изолированным сегментом кишечника хронический пиелонефрит из активной фазы течения переходит в латентную или в фазу ремиссии, а включение в мочевую систему сегмента кишечника значительно затрудняет диагностику хронического пиелонефрита. В связи с этим IV глава посвящена особенностям диагностики данного заболевания в послеоперационном периоде. Приведена схема

наиболее информативных диагностических мероприятий, которая позволяет практическим врачам в короткий срок проводить обследование больных и их своевременное лечение.

Книга завершается главой, в которой приводятся отдаленные осложнения операции замещения мочевого пузыря кишечным трансплантатом. Разработана конкретная схема и определены сроки антибактериальной и стимулирующей терапии. Подчеркнута важность диспансерного наблюдения за данной категорией больных.

Наряду с достоинствами данной работы, имеются и некоторые недостатки: это прежде всего неудовлетворительное качество рентгенограмм. Самые выигрышные в монографии схемы, особенно этапов операции с демонстрацией уретерокишечного анастомоза и надлобкового дренирования мочевого пузыря, выполнены, на наш взгляд, недостаточно наглядно. На рис. 15 и 16 показаны цистостомы справа и слева, то есть две цистостомы, тогда как по тексту устанавливается одна дренажная трубка в артификальный мочевой пузырь. По нашему мнению, эти схемы необходимо заменить более наглядным рисунком с изображением одной цистостомы.

В монографии нет системного последовательного описания всей операции. Так, об установлении цистостомы рассказывается намного раньше, чем о создании самого мочевого пузыря из кишечного трансплантата. Почти в каждой главе приводятся отрывочные сведения об отдельных этапах всей операции. Расположение рисунков не всегда соответствует тексту, например на стр. 64 авторы монографии отсылают читателя к рис. 15 и 16, помещенным на стр. 54 и 55, что создает неудобство для читателя.

Во многих местах авторы упоминают о восстановлении физиологических принципов мочеиспускания из артификального мочевого пузыря, однако не разъясняют смысла этих принципов. Не указаны необходимый инструментарий, продолжительность операции и последовательность выполнения ее отдельных этапов. На наш взгляд, нужна глава, где будут последовательно изложены все этапы и мельчайшие детали этой большой и сложной операции с определением роли и места главного хирурга, его ассистентов. Необходимо также подробно описать послеоперационное ведение этих больных, возможные ошибки и осложнения, пути их профилактики. Выделение подобной главы или раздела в монографии сделала бы ее весьма доступной и полезной для практического здравоохранения. Кроме того, в монографии имеются некоторые опечатки и весьма длинные предложения, которые усложняют восприятие мысли авторов.

Однако, оценивая работу в целом, следует еще раз подчеркнуть ее практическое значение: применение основных рекомендаций авторов позволит уменьшить число послеоперационных осложнений, повысить эффективность антибактериальной терапии, улучшить диспансеризацию данного контингента больных, сохранить их трудоспособность и жизнь на многие годы. К сожалению, эта книга стала библиографической редкостью. Возникла настоятельная необходимость в ее переиздании с учетом изложенных замечаний и в лучшем полиграфическом исполнении, поскольку монография представляет безусловный интерес для урологов, онкологов и хирургов.

Заслуж. деят. науки УзССР,
проф. А. М. Мухтаров (Ташкент)

Михайлов М. К. Нейрорентгенология детского возраста. Казань, Татарское книжн. изд-во, 1986, 183 с.

Книга М. К. Михайлова восполняет пробел в вопросах нейрорентгенологии детского возраста. Она состоит из трех глав. В I представлены материалы по рентгенодиагностике заболеваний черепа и головного мозга у детей. Автор четко и последовательно охарактеризовал методы исследования ликворной системы и сосудов головного мозга.

Заслуживает внимания раздел «Возрастная рентгеноанатомия черепа у детей». Практические врачи испытывают затруднения при интерпретации краинограмм, что во многом обусловлено отсутствием исчерпывающих и систематизированных описаний рентгенологических особенностей детского черепа. Авторами рекомендовано последовательное и детальное толкование краинограмм, подчеркнута необходимость учета варианта строения черепа. В разделе «Варианты, аномалии и пороки развития черепа и головного мозга» показаны наиболее часто встречающиеся пороки развития. Рассмотрены рентгенологические симптомы черепно-мозговых грыж с учетом их локализации, рентгенологическая картина при краиностозе и микроцефалии.

Должное внимание уделено рентгеносемиотике повышенного внутричерепного давления у детей. Рентгенологические симптомы определены с учетом формы и степени гидроцефалии. Представлен механизм выраженных рентгенологических изменений турецкого седла.

Справедливо отмечены большие трудности, возникающие при рентгеновском исследовании черепа новорожденных, что связано с анатомической незрелостью костных элементов. Исчерпывающие и полно даны рентгенологические описания трещин и вдавлений костей черепа новорожденных. Подчеркнута необходимость рентгенологического исследования при кефалогематомах у новорожденных, так как они могут часто сочетаться с переломами костей черепа, а обызвествленная кефалогематома является показанием к оперативному лечению.

II глава посвящена рентгенодиагностике в оториноларингологии детского возраста. Автор знакомит с методикой исследования околоносовых пазух, возрастными особенностями, вариантами и аномалиями развития придаточных полостей носа. Подробно рассмотрены степень