

В I главе дан подробный обзор современного представления о патогенезе фибромиомы матки. Автором отмечено, что фибромиома в течение своего развития довольно часто подвергается вторичным изменениям, которые сводятся к явлениям отека, красной и гиалиновой дегенерации, обызвествления, некроза, нагноения и злокачественного перерождения. Следовало бы более четко осветить причины различных изменений со стороны фиброматозного узла. Автор же ограничивается лишь перечнем частоты данных изменений. Большинство изменений объясняется в основном нарушениями кровообращения, местными тромбозами. В процессе нейрогистологических исследований автору удалось выявить взаимосвязь между дегенеративными изменениями в опухолевой и нервной тканях. Следует согласиться с заявлением автора, что исследование состояния слизистой оболочки матки, гормонального зеркала, обменных и биохимических сдвигов организма не дают однотипных результатов. Крайне противоречивы в этом отношении данные отечественных и зарубежных ученых. В главе приведен обзор литературы по иннервации фибромиомы матки.

II глава посвящена материалу и методикам исследования. Было бы целесообразно расширить этот раздел, учитывая большие затруднения при проведении нейрогистологических исследований, дать более конкретные рекомендации для выявления нервных элементов опухоли матки.

III глава представляет большой интерес для клиницистов. В ней рассмотрены изменения нервных элементов фибромиомы матки вне беременности. Автор сделал попытку связать и объяснить ряд симптомов при фибромиомах с особенностями структуры нервных волокон и периферических нервных окончаний. В частности, изучены изменения нервных элементов с учетом клинического течения опухолей: 1) симптомная фибромиома матки (быстрый рост и меноррагия); 2) бессимптомная фибромиома матки (опухоль с медленным ростом и без нарушения менструации); 3) фибромиома шейки матки и субмукозная.

При быстром росте опухоли с явлениями некроза и симптомами меноррагии дегенеративные изменения в нервных элементах матки превалировали над реактивными.

В IV главе изложены особенности течения беременности и родов при фибромиомах матки и вопросы иннервации. Автор связывает осложнения беременности при фибромиоме с тканевой структурой матки. Наиболее частые осложнения — преждевременное прерывание беременности, болевой симптом, слабость родовой деятельности, рост опухоли во время беременности, кровотечения во время беременности и родов, разрывы матки в родах, осложнения в послеродовом периоде, дегенеративные изменения узлов во время беременности. Автор сжато приводит данные литературы о причинах осложнений.

Необходимо отметить оригинальность исследований нервных элементов фибромиомы матки во время беременности, чему посвящена V глава. Состояние нервных элементов было изучено у 20 больных. Подробно приведены выписки из историй болезни. Отмечена тесная связь между состоянием нервных структур и клиническим течением опухоли, сроком беременности, а также с местоположением их в матке.

VI глава посвящена экспериментальным исследованиям роли эстрогенных гормонов в генезе фибромиомы матки. Морским свинкам вводили диэтилстильбэстрол-дипропионат и акрофоллин. При более продолжительном насыщении организма животных эстрогенами дегенеративные изменения в нервных элементах преобладали над реактивными. Автором показано, что при накоплении метаболитов эстрогена еще в предопухолевом периоде, в стадии гипертрофических и гиперпластических процессов, возникающих в тканях матки, поражаются интрамуральные нервные элементы матки.

В VII главе описывается состояние нервных клеток и периделлюлярного аппарата в ганглиях околоматочной клетчатки при фибромиоме матки у женщин и в эксперименте у животных.

В VIII главе приводятся сравнительные данные об особенностях в строении нервных элементов фибромиомы матки вне и во время беременности и в эксперименте.

Монография иллюстрирована 76 хорошими рисунками. Указатель литературы включает 340 источников.

В монографии акушеры-гинекологи найдут много ценного.

В. А. Кулавский (Уфа)

## СЪЕЗДЫ И КОНФЕРЕНЦИИ

### СТАФИЛОКОККОВАЯ ДЕСТРУКЦИЯ ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ

III Всесоюзный симпозиум детских хирургов

(26/XI 1968 г., Душанбе)

С. Я. Долецкий и соавт. (Москва) указывают, что несмотря на большое количество работ, посвященных стафилококковым пневмониям и их осложнениям, вопросы диагностики и показаний к тому или иному методу лечения все еще далеки

от разрешения. В связи с широким распространением данного микроба обнаружение его в посевах слизи, взятой из зева и носа больного ребенка, не может служить подтверждением стафилококковой природы заболевания. Доказательным может считаться лишь высевание его из очага поражения или из крови. В то же время посев пунктата из очага поражения в легком поражается запоздалым методом и оправдан лишь при эмпирии для определения штамма возбудителя и его устойчивости к антибиотикам.

Клиническая картина стафилококковой пневмонии имеет много общего с пневмониями другой этиологии у детей раннего возраста. Отсутствие характерных клинических признаков в начале заболевания затрудняет дифференциальную диагностику, и стафилококковая пневмония чаще расценивается как очаговая.

Рентгенодиагностика стафилококковой пневмонии затруднена вследствие многообразия проявлений и быстрой их изменчивости. Установлено наличие 2 форм заболевания: легочной (пневмония) и легочно-плевральной (плевропневмония). К числу ранних признаков легочной формы относятся односторонние поражения в виде массивных участков уплотнения, занимающие один или несколько сегментов в пределах одной или разных долей того же легкого. Наиболее часто поражается X сегмент справа и IX слева. В разгар заболевания удается проследить появление признаков реактивного плеврита (узкая уплотненная паракостальная и междолевая плевра). При благоприятном течении этот признак сохраняется 3—5 дней, после чего исчезает. Если же при рентгенологическом исследовании обнаруживается склонность к его увеличению, то это указывает на переход процесса во вторую, легочно-плевральную форму. Наиболее ярким выражением стафилококковой пневмонии оказываются воздушные полости, возникающие в уплотненных сегментах легкого преимущественно на 2—5-й день заболевания, в количестве 1—3, реже больше, округлой или эллипсоидной формы. Их особенностью является быстрая изменчивость в количестве и размерах и самостоятельное исчезновение. По мнению В. Ф. Бакалановой (Москва), образование их может идти 3 путями: 1) воспалительный процесс вначале развивается в бронхиальной стенке с последующей деструкцией ее и перфорацией — начало образования полости; 2) лизис тканей и возникновение полостей в альвеолах; 3) разрыв межальвеолярных перегородок.

Стафилококковые полости, имеющие уровень жидкости, в рентгенологическом освещении приобретают сходство с абсцессом легкого, что является следствием деструктивного процесса. Наличие в легком некротических полостей сопровождается тяжелым клиническим течением и требует интенсивной терапии, неэффективность которой вынуждает прибегать к оперативному вмешательству.

Вторая, легочно-плевральная форма встречается чаще и носит более затяжной характер. Гнойный плеврит и склонность его к осумкованию создают определенные трудности в лечении. Поражение плевры сопровождается фибринозно-гнойными наложениями на поверхности легкого и в междолевых щелях. Ранним рентгенологическим признаком образующихся фибринозно-гнойных наложений на плевре служит равномерное снижение пневматизации легочного поля и появление тени плащевидного плеврита, который в дальнейшем может принимать форму генерализованной или, реже, осумкованной эмпиемы.

Вскрытие в плевральную полость субплеврально расположенных дольковых вздутий или мелких абсцессов и булл приводит к образованию пиопневмоторакса со спадением легкого и резкому ухудшению состояния ребенка.

Рентгенологическое исследование должно проводиться после тщательного опорожнения плевральной полости от гноя. Если расправление легкого незначительное, возможно проведение рентгенологического исследования при насильственном расправлении легкого с помощью искусственной вентиляции.

Ввиду того, что до сих пор процент запоздалых вмешательств при пиопневмотораксе продолжает оставаться высоким — до 65 (И. С. Гинзбург, Баку), необходима особая осторожность педиатров и рентгенологов в вопросе своевременной и ранней диагностики стафилококковой пневмонии и особенно ее осложнений; другими словами — проблема диагностики и стафилококковой пневмонии это проблема разумной организации. По мнению проф. Л. М. Наумова (Душанбе), вполне оправданной является гипердиагностика стафилококковых поражений легких с обязательным применением рентгенокопии и рентгенографии грудной клетки во всех сомнительных случаях. Автор считает, что у ребенка можно подряд произвести 180 рентгеновских снимков, не превышая генетического барьера. Для большей осторожности и активности педиатра Л. М. Наумов предлагает заменить термин «пиопневмоторакс» термином «разрыв легкого», более «грозная» терминология которого ускорит направление ребенка с осложненной стафилококковой пневмонией в хирургическую клинику.

Главным в ранней диагностике и профилактике осложнений стафилококковой пневмонии, по мнению Г. А. Баирова (Ленинград), является тесный контакт рентгенолога, педиатра и хирурга. При интенсивной терапии у 205 детей, из которых до 1 года было 93, общая летальность равнялась 28,7%, причем у детей с первичной стафилококковой пневмонией — 16,2%, а при вторичной (на фоне генерализованного сепсиса) — 66,6%. Наиболее тяжелыми в прогностическом отношении оказались дети с пиопневмотораксом — из 149 умерло 46. Опыт клиники убеждает, что в ряде случаев хорошие результаты можно получить, применяя терапевтическое лечение, например при абсцес-

сах легких, не вскрывшихся в плевральную полость и дренирующихся через бронх. В подобных случаях, помимо проведения всего комплекса общеукрепляющей, антибактериальной и стимулирующей терапии, очень важно использовать мероприятия, способствующие лучшему дренированию, — лечебную физкультуру, дренажное положение, ингаляции, лечебную бронхоскопию. Проводя комплексную терапию стафилококковых пневмоний, следует помнить о предостережении А. П. Биезиня (Рига), что применение гормонов коры надпочечников (кортизона и преднизолона) способствует абсцедированию. Использование кортикостероидов в небольших дозировках (1 мг/кг в течение 2—3 дней) необходимо только для выведения ребенка из тяжелой интоксикации. В случаях недренирующихся абсцессов показано лечение пункциями с промыванием полости растворами антисептиков и введением антибиотиков соответственно чувствительности микрофлоры.

При легочных формах Г. Л. Билич (Караганда) достигал клинического эффекта применением поднаркозной бронхоскопии; при ее проведении у 168 детей до 6 месяцев и у 14 детей на первом месяце жизни осложнений не наблюдалось.

Лечение тотальных эмпием плевры следует начинать с диагностической плевральной пункции, которая одновременно является и лечебной. Повторные пункции вначале целесообразно делать ежедневно или через день, руководствуясь клиникой и данными рентгенологического исследования, которые необходимо повторять. Если в течение ближайших 2—3 дней в состоянии ребенка не наступает улучшения, от пункционной терапии следует отказаться и прибегнуть к дренированию полости. Подобной тактики придерживаются Я. К. Гауен (Рига), И. Д. Дехканов (Душанбе), А. Д. Христинич (Днепропетровск) и др. С. Я. Долецкий (Москва) рекомендует вводить при плевральных пункциях большое количество антибиотиков — 3—6—8—10 млн. ед.

Редко при тотальных эмпиемах уже после первой пункции клинически и рентгенологически выявляется наличие воздуха в плевральной полости. Диагноз пиопневмоторакса в подобных случаях является абсолютным показанием к дренированию плевральной полости, причем следует подчеркнуть, что сам метод дренирования плевральной полости — дренаж по Бюлау или активная аспирация — имеет своих сторонников и противников. Я. К. Гауен (Рига) в 45% добился выздоровления у детей старше 1 года применением дренажа по Бюлау в течение 7—8 дней. При небольших свищах и эмпиемах И. Д. Дехканов (Душанбе) у 33 больных из 41 получил значительное улучшение состояния в сроки от 7 до 17 дней. Э. А. Степанов (Москва) считает, что показания для дренирования по Бюлау должны быть ограничены вследствие отсутствия эффекта. Если в течение 3—5 дней дренирование по Бюлау не дает эффекта, А. Д. Христинич (Днепропетровск) прибегает к налаживанию активной аспирации. Отрицательно к дренажу по Бюлау при пиопневмотораксе относятся Г. А. Баиров и С. Я. Долецкий, считая, что дренаж по Бюлау следует накладывать только при наличии широкого свища.

Наиболее эффективной является активная аспирация, причем дренажная трубка вне зависимости от возраста больного должна иметь широкий просвет, что позволяет избежать закупорки ее сгустками гноя или фибрина (Г. А. Баиров), но при этом обязательен индивидуальный подбор степени отрицательного давления в системе и, следовательно, в плевральной полости, которое может колебаться от 7—10 до 30—40 мм вод. ст. Успешное расправление легкого и удержание его в этом состоянии в течение нескольких дней возможно только при создании правильного режима бронхиального свища. Изменение давления в системе может привести к повторному коллабированию легкого; избежать этого позволяет индивидуальный контроль за функцией дренажной системы. Все необходимые процедуры должны проводиться в палате без отключения от системы активной аспирации.

По сообщению Прокопенко (Новокузнецк), из 62 больных, леченных активной аспирацией, умерло 7. Длительность дренирования составляла от 4 до 70 суток. Одновременно внутривенно вводили пенициллин (детям младшего возраста — от 3 до 8 млн. ед., а старшим — до 20 млн. ед.).

Тихоненко (Ленинградская обл.) проводил активную аспирацию у 67 больных до 30 дней, причем от первичной стафилококковой пневмонии умерло 7, а вторичной — 50%.

А. А. Овчинников (Москва) считает целесообразной бронхоскопическую санацию на фоне активной аспирации (из 50 больных погиб 1); в зависимости от состояния больного должны меняться и сроки активной аспирации.

В. Д. Бромберг (Душанбе) только в 25% добился стабильного расправления легкого при активной аспирации на сроках от 4 до 14 дней.

А. П. Биезинь, Я. К. Гауен, Я. В. Волколаков (Рига) относятся отрицательно к активной аспирации, особенно у детей до 3 мес., где летальность при этом достигает 33% (а у новорожденных — 100%), и считают ее показанной только при генерализованном сепсисе.

Эффективным методом, позволяющим добиться полного расправления легкого, является поднаркозное раздувание его, проводимое под контролем рентгена. В последующем легкое удерживается в расправленном состоянии с помощью аппарата активной аспирации. Г. А. Баиров считает, что метод раздувания легкого при пиопневмотораксе необходимо применять в ранние сроки после возникновения коллапса.

С. Я. Долецкий полагает, что успех от поднаркозного раздувания легкого возможен при двух условиях: а) не нужно стремиться сделать это одновременно; б) раздувание следует проводить деликатно. А. А. Овчинников относится осторожно к поднаркозному раздуванию легкого, а Э. А. Степанов, Я. К. Гауен, Я. В. Волколаков полностью отказались от него.

По общему мнению участников симпозиума, сроки дренирования плевральной полости зависят от общего состояния больного, состояния кожи вокруг дренажа, направления легкого.

В последние годы в связи с успехами анестезиологии и торакальной хирургии стали возможны радикальные оперативные вмешательства при стафилококковых деструкциях легких. Ребенок не может быть излечен без тех или иных хирургических манипуляций, когда возникают плевральные осложнения, т. е. когда процесс переходит в качественно новую форму (Ю. Ф. Исаков и соавт., Москва). Анализ летальных исходов и неудач при разных методах дренирования и различных видах плевральных осложнений показывает, что худшие результаты были у детей первых месяцев жизни. По данным Л. В. Михайловой, из 58 больных в возрасте до 6 мес. умерло 67,2%, причем в группе до 3 месяцев — 84,4%. У Я. К. Гауена и Я. В. Волколакова в группе новорожденных погибли все дети. Наряду с этим Ю. Ф. Исаков не отметил летальных исходов у детей старше 2 лет.

Неудовлетворительные результаты консервативного лечения заставляют хирургов прибегать к более активной тактике, особенно у больных младшей возрастной группы.

По Ю. Ф. Исакову, показанием к радикальной операции служат плевральные осложнения у новорожденных и детей первых месяцев жизни, причем она должна быть выполнена сразу же по установлении диагноза. Наложение дренажа в этой возрастной группе автор считает противопоказанным и ограничивается только пункцией. Что касается детей второго полугодия жизни, то вопрос об оперативном лечении возникает в основном при пиопневмотораксе с наличием бронхиального свища; тенденция к ухудшению состояния должна явиться свидетельством в пользу радикальной операции.

А. П. Биезниц считает показанием к радикальной операции отсутствие эффективности лечения активной аспирацией; нарастание дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточности; широкие бронхиальные и торако-бронхиальные свищи; наличие большого количества очень густого экссудата; напряженный пиопневмоторакс, не уменьшающийся после активной аспирации.

При септическом состоянии и вторичном поражении легких операция практически невозможна, летальность достигает 80—90%. В клинике радикально оперировано 156 детей в возрасте до 3 лет с послеоперационной летальностью 7%, причем в группе новорожденных из 6 погибло 4, а в возрасте до 3 месяцев из 19 умерло 3. В основном проводились атипичные сегментарные или краевые резекции аппаратами УКЛ-40 или УАП-20.

Некоторые авторы (Я. Н. Томчин и соавт., Калининград) при тотальном поражении легкого, стараясь избежать пульмонэктомии, применяют ушивание свищей и подвесную пневмоабсцессотомию.

В послеоперационном периоде необходимо продолжать интенсивную терапию с осторожным применением гормонов надпочечника (Я. К. Гауен, А. Г. Пугачев), ингаляциями увлажненного кислорода в смеси с 2—3% углекислоты (З. П. Ходжаев), проведением послеоперационной аналгезии внутривенным алкогольным наркозом (Ш. Р. Султанов), управляемым дыханием закисью азота (А. А. Калиберда), продленной перидуральной анестезией (Г. А. Баиров), с бронхоскопическим контролем (С. Я. Долецкий).

В заключение следует отметить, что необходимым условием успеха лечения стафилококковой деструкции легких, по единодушному мнению участников симпозиума, является тесная связь педиатра, рентгенолога и детского хирурга.

А. В. Акинфиев (Казань)

## ВТОРОЙ ПЛЕНУМ ПРАВЛЕНИЯ ВСЕРОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА УРОЛОГОВ

(10—11/X 1968 г., Саратов)

В. Н. Ткачук (Ленинград) доложил о лечении и критерии излеченности туберкулеза мочевой системы. При консервативной терапии наступает или полное излечение, или превращение специфического очага в псевдокистозное образование, или выключение туберкулезного очага деструкции с сохранением латентной инфекции. В. Н. Ткачук считает более оправданным термин не «излечение», а «стойкий клинический эффект».

Автор наблюдал побочные явления (токсико-аллергические, аллергические, дисбактериоз) от специфических лекарственных средств, возникающие из-за относительной передозировки препарата вследствие недостаточной функции почек.