

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.

Критерий излеченности туберкулеза мочевой системы окончательно не определен, применяемые в настоящее время исследования не всегда позволяют с достоверностью установить степень активности специфического процесса. Для окончательного суждения о клиническом излечении требуется пятилетний срок полного благополучия.

В. Е. Миловидов и А. В. Айвазян (Москва) считают, что курсы и сроки комбинированной химиотерапии туберкулеза почек могут быть сокращены до 6 месяцев и более. Они рекомендуют проводить химиотерапию тремя курсами каждый не более 1,5 месяцев.

По данным Л. Я. Воловича, Е. А. Гуза, П. А. Лейзерова, С. П. Липинского, В. Н. Ткачука (санаторий «Солнечный», южный берег Крыма), у больных туберкулезом почек в сочетании с неспецифическим пиелонефритом результаты лечения значительно хуже, чем у больных без пиелонефрита.

Н. К. Данилова предложила провокационную пробу в качестве критерия излечения туберкулеза почек. В ответ на подкожное введение туберкулина возникает минутная лейкоцитурия. Полученные данные позволяют оценить эту пробу как специфическую, положительные результаты которой рассматриваются как очаговая реакция, отражающая усиление воспалительных изменений при еще активном туберкулезе почек. Проба может служить и дифференциально-диагностическим признаком для разграничения специфического и неспецифического поражения почек.

В. Н. Ткачук, Е. И. Гурин, Д. Б. Цыкин (Ленинград) установили, что активный туберкулезный процесс в органах мочевой системы вызывает изменения отдельных белков в сыворотке крови. Они считают электрофорез в крахмальном геле сыворотки крови больных туберкулезом мочевой системы ценным диагностическим методом и рекомендуют его для решения вопросов активности процесса и врачебно-трудоустройственной экспертизы.

Т. П. Мочалова, А. П. Шапиро (Москва) обследовали 13 больных после органосохраняющих операций на единственной почке, пораженной туберкулезом. Непосредственно после операции и в первые месяцы после нее выявлено значительное угнетение парциальных функций почки с существенным нарушением водно-солевого обмена. В поздние сроки после операции характер функциональных изменений почки не выходит за рамки механизмов так называемой «компенсаторной регенерации».

М. Б. Бабанина (Свердловск) в течение 10 лет наблюдала за 118 больными, перенесшими нефрэктомии по поводу туберкулеза. Туберкулез единственной почки диагностирован у 36 (30,5%) больных.

В. М. Борисова, А. С. Кодкин рассмотрели некоторые социально-гигиенические аспекты мочеполового туберкулеза на Алтае и пути его снижения. Сельские жители Алтая болеют мочеполовым туберкулезом чаще (1,2:0,8 на 10 тыс. жителей). Женщины болеют вдвое чаще мужчин.

В сельской местности в числе больных было 14,7% доярок, 11,4% работников отгонного животноводства, 10,7% механизаторов, в городах — 11,8% чесальщиков, 9,8% крутильщиков в текстильной промышленности. В 17,4% туберкулез почек сочетался с пиелонефритом, в 5,2% — с мочекаменной болезнью, в 8,1% — с гидронефрозом.

Доклад проф. А. А. Вишневого, В. Е. Кузьминой, О. П. Никитиной, Н. П. Юркевич (Москва) был посвящен этиологии, патогенезу и лечению нефроптоза (помещается в данном номере).

Э. Г. Лубкова (Красноярск) поделилась опытом применения крупнокадровой флюорографии в диагностике нефроптоза. Она считает целесообразным сочетать данный метод с экскреторной урографией.

А. М. Голощапов, Б. В. Семенов (Воронеж) нашли, что нефроптоз встречается у 2,8% детей с почечными заболеваниями.

Б. И. Учитель (Караганда) предлагает производить нефропексию с помощью консервированной гетерогенной брюшины. Ю. С. Ташнев (Семипалатинск) применяет фасциально мышечный лоскут из поперечной мышцы живота. М. А. Гончар (Запорожье) использует свободный кожный лоскут. Н. М. Понукалин, В. В. Павлова (Саратов) фиксируют почку кожным лоскутом на ножке. Его выкраивают на месте обычного почечного разреза шириной 2—2,5 см, длиной 15—16 см. Лоскут освобождают от клетчатки и эпидермиса.

А. Я. Освеинский (Иваново) сообщил об отдаленных результатах нефропексии капроновой тканью в эксперименте и клинике. За последние 15 лет он широко пользовался аллопластическими материалами для фиксации почки и получил удовлетворительные результаты. За последние 2 года он произвел нефропексию по способу Пытеля — Лопаткина у 12 больных. Рецидива не возникло. Самочувствие больных было хорошим. Больные не отмечали болей и дискомфорта, которые наблюдались у некоторых больных, оперированных с помощью аллопластических материалов.

И. С. Петров, П. К. Степичев (Томск) проводили оперативное лечение нефроптоза по методу Федорова в собственной модификации, которая заключалась в следующем: обвивной шов накладывают не просто на капсулу, а предварительно края ее огибают вокруг толстой кетгутовой нити. Обвивной шов заключает в себя собственную капсулу вместе с кетгутовой нитью.

В заключительном слове председательствующий по этой проблеме проф.

Н. А. Лопаткин отметил, что результаты оперативного лечения нефроптоза зависят от правильных показаний к операции. Не каждый больной нефроптозом подлежит оперативному лечению. Проф. Н. А. Лопаткин дал отрицательную оценку проводимым оперативным вмешательствам с помощью аллопластических материалов. Он считает недопустимым использовать различные полимеры с целью фиксации почки. В приказе Минздрава СССР № 733 от 23/IX 1967 г. запрещается использовать полимеры в клинической практике без разрешения Ученого медицинского совета Минздрава СССР.

И. С. Бельчиков широко использовал метод трансректальной биопсии в целях диагностики рака предстательной железы. В 92,5% был поставлен правильный диагноз. Необходимо проводить активное выявление больных путем массовых профилактических осмотров мужского населения в возрасте старше 45 лет. В результате таких обследований обнаружен рак предстательной железы в 0,41—0,43%.

В. А. Орлов, И. Ф. Вечеровский (Пермь) рекомендовали промежуточную пункционную биопсию предстательной железы для диагностики ранних форм рака.

П. Г. Кубариков, Б. Н. Климов (Пермь) при трансректальной биопсии предстательной железы подтвердили клинический диагноз у 75% больных.

А. В. Голубчанская, И. М. Коголовская, С. С. Медведко (Новосибирск) произвели 108 трансректальных пункций предстательной железы у 94 больных, у 6 было расхождение цитологического и гистологического диагнозов.

Н. М. Антонов, Е. Г. Романенко (Астрахань) нашли у больных раком предстательной железы повышенные концентрации P_{32} в предстательной железе к 24 часам, у больных аденомой предстательной железы и простатитом — максимальное накопление его к 6 часам и снижение к 24 часам.

Е. В. Калошина (Тамбов), проводя лимфографию при раке предстательной железы, пришла к выводу, что нет параллелизма между размерами опухоли и распространенностью метастазов в лимфоузлах. При раке выявляются косвенные признаки наличия метастазов в лимфоузлах: лимфостаз, наличие коллатералей, перерывы в цепочке лимфоузлов. Прямые признаки метастазов — краевые дефекты накопления — обнаруживаются не всегда.

За последние годы в урологии стало практиковаться лечение холодом. Жидкий азот температуры -196° с помощью специальной аппаратуры подводится к предстательной железе и полностью разрушает ее ткань.

Н. П. Шевцов и А. Г. Панин (Ленинград) представили обзор лечения рака предстательной железы по данным зарубежной литературы.

Я. Л. Дунаевский, Ж. Ж. Басс рекомендуют применять цитологическое исследование осадка мочи как метод контролируемой терапии рака простаты.

По мнению В. С. Комаровой (Саратов), прогноз лечения рака предстательной железы зависит от гистологической структуры опухоли. Простатэктомия с последующей гормонотерапией дает лучшие результаты при аденокарциноме и худшие — при низкодифференцированном раке.

А. М. Нянковский (Москва) производил трансуретральную и трансвезикальную электрорезекцию при раке предстательной железы. У всех оперированных больных восстановился акт мочеиспускания. Наличие рака подтверждено гистологически.

Р. А. Сайфутдинов (Оренбург) предложил при операции кастрации из косметических соображений заменять яички протезами из поролоновой губки.

Проф. Л. И. Дунаевский считает, что при лечении рака предстательной железы нет единой схемы консервативной терапии и нет четко выработанных показаний к радикальному оперативному вмешательству.

В. Е. Кузьмина (Москва)

ЭНТЕРАЛЬНАЯ ОКСИГЕНОТЕРАПИЯ

(Научно-практическая конференция)

(21—24/XII 1968 г., Киев)

Отмечая большую роль гипоксии в этиологии и патогенезе старения, Н. Н. Сиротинин (Киев) в 1960 г. предложил прием внутрь кислородной пены с целью профилактики и лечения патологических процессов при преждевременном старении. В качестве пенообразующей жидкости Н. Н. Сиротинин рекомендует пользоваться пивом, соками различного рода, к которым для лучшего пенообразования добавляются пенообразователи (яичный белок, мыльный корень и др.).

В. Г. Вогралик и М. В. Вогралик (Киев) сообщили о показаниях к применению энтеральной оксигенотерапии в клинике внутренних болезней. Она наиболее