

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 промежностную 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 были расхождения цитологического и гистологического диагнозов.

Н. М. Антонов, Е. Г. Романенко (Астрахань) нашли у больных раком предстательной железы повышенные концентрации R_{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 электрорезекции 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

показана больным с гипоксической и циркуляторной гипоксией вследствие хронической легочной недостаточности (напр., при пневмосклерозе) и при хронической сердечной недостаточности преимущественно по малому кругу кровообращения. У таких больных после повторных приемов кислородной пены уменьшалась одышка и акроцианоз, нормализовался сон, стихали головные боли и повышалась антиоксидантная функция печени. Поэтому авторы считают целесообразным назначение энтеральной оксигенотерапии больным с воспалительными и цирротическими поражениями печени.

При преобладании недостаточности кровообращения по большому кругу, застое крови в печени и желудке применение кислородной пены оказалось менее эффективным.

Введение кислорода в организм любыми путями у больных атеросклерозом далеко не всегда дает достаточный эффект. По мнению авторов, в этом случае оксигенотерапия должна сочетаться с приемом препаратов, повышающих сосудистую проницаемость (лидаза, гистамин, тиреоидин, препараты йода, некоторые витамины и т. д.).

Ф. Т. Иванченко, И. А. Парашенко (Киев) считают рациональным применение энтеральной оксигенотерапии (в комплексе с другими методами) при атеросклерозе коронарных артерий, а также у больных атеросклерозом, перенесших инфаркт миокарда.

Н. С. Заноздра, П. В. Смолиговец и соавт. (Киев) наблюдали хороший эффект от энтеральной оксигенотерапии у больных язвенной болезнью желудка и после холецистэктомии. Повышалась кислотность желудочного содержимого, его ферментативная активность, улучшалось желчеотделение.

Т. А. Юшко (Киев) сообщил, что беззондовая интрагастральная оксигенотерапия оказывает выраженное диуретическое действие у больных со II и III ст. гипертонической болезни.

По данным Н. К. Мацаенко (Киев) в результате введения кислорода больным хроническим гастритом, гастродуоденитом и язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (по 500—1000—2000 мл ежедневно в течение 10—15 дней) у 98,2% из них улучшилось состояние.

М. В. Терещенко и Д. А. Нужный (Алупка — Киев) установили, что под влиянием энтеральной оксигенотерапии у больных легочным туберкулезом исчезают явления интоксикации, нормализуется функция системы дыхания, желудочно-кишечного тракта и сердечно-сосудистой системы; улучшается переносимость перорального приема антибактериальных препаратов, исчезают диспепсические явления, связанные с приемом препаратов группы ГИНК, ПАСК, этнонамид.

М. Д. Турбина (Киев) отметила эффективность энтеральной оксигенотерапии в психиатрической практике, особенно при астенических, депрессивных, ипохондрических и других состояниях различного генеза. Первые признаки наступающего улучшения появляются спустя 7—10 дней, когда постепенно начинает уменьшаться двигательная заторможенность больных и появляется некоторая активность, общительность, экстравертированность.

А. В. Колосов и соавт. (Москва) рекомендуют применять при функциональных нарушениях печени, связанных со старением и атеросклерозом, кислородную смесь в виде коктейля по 8—10 стаканов 2 раза в день в перерывах между приемами пищи в течение 20—25 дней.

И. М. Гринвальд и соавт. (Горький) сообщили, что у больных с хроническими колитами и у некоторых других употребление виноградного сока в таком количестве, которое необходимо для образования пены, вызывает боли, вздутие живота, жидкий стул. Авторы предлагают в этих случаях заменять виноградный сок настоем лакрицы: пена из него не только не оказывает отрицательного действия, но и обладает наибольшей стойкостью — до полутора минут, тогда как пена из виноградного сока и настоя шиповника разрушается тотчас. Курс лечения состоит из 20—30 процедур, проводимых ежедневно.

В. Т. Кондрашенко и соавт. (Рига) рекомендуют кислородную пену принимать всегда за 1,5—2 часа до обеда до «чувства полного насыщения» (300—500 мл).

А. А. Ахметзянов (Казань)

ПРИБРЕТЕННЫЕ ПОРОКИ СЕРДЦА

(По материалам пленума правления Всесоюзного научного кардиологического общества)

(9—11/XII 1968 г., Киев)

Работа пленума была организована в виде симпозиума. Каждое сообщение обсуждалось, что способствовало живому обмену мнений.

В первый день рассматривались вопросы диагностики приобретенных пороков сердца. В. В. Зарецкий (Москва), Н. Н. Малиновский (Москва), Г. И. Цукерман и сотр. (Москва), С. Г. Щерба и сотр. (Москва), В. М. Гришкевич и сотр.