

в позднем аборте или болезни новорожденного. Воспалительная реакция появляется с 4—6-го месяца. Позднее фетопатии (8—10 месяцев) выражаются в острых воспалительных явлениях у мертворожденных или новорожденного.

Н. А. Максимович (Киев) установила, что предродовое заболевание матери гриппом может нередко привести к внутриутробному инфицированию ребенка. Морфологические изменения выражены у новорожденного слабо, но сохраняют все основные черты (пролиферация эпителия бронхов, образование оксифильных телец и др.). Большую помощь в диагностике этих случаев может оказать метод Кунса и комплексное морфологическое и вирусологическое обследование.

Б. С. Гусман (Москва) показала, что при респираторных вирусных инфекциях иммуно-морфологические реакции подавлены, преобладает поражение легких.

Е. Б. Войт (Москва) особо подчеркнула необоснованность гипердиагностики врожденного токсоплазмоза. Доказательным является только обнаружение псевдоцист, так как другие морфологические проявления (кальцификаты в мозгу и др.) могут встречаться при цитомегалии и ряде других заболеваний, а РСК и кожная аллергическая проба недостаточно специфичны. Врожденный токсоплазмоз встречается редко и не является причиной пороков ЦНС у детей.

По данным Г. В. Бродского (Ленинград), заражение плодов листериозом может наступить при заболевании матери во второй половине беременности. Заражение происходит трансплацентарно и приводит к развитию у плода грануломатозного сепсиса.

Третий день конференции был посвящен вопросам морфологии и патогенеза острой пневмонии.

Л. О. Вишневецкая (Москва) считает, что различная морфология пневмонии может свидетельствовать о ее генезе. Пневмонии у детей первых трех дней жизни, как правило, являются внутриутробными и чаще всего — аспирационными. Для респираторных вирусных инфекций характерны метаплазия и пролиферация эпителия бронхов, образование гигантских клеток. Выделение стафилококковых пневмоний в самостоятельную нозологическую форму недостаточно оправдано, так как стафилококк часто осложняет пневмонии другой этиологии (вирусные и т. п.).

А. В. Цинзерлинг с сотрудниками (Ленинград) представили данные по морфологическому дифференциальному диагнозу между гриппом и аденовирусной инфекцией. По их мнению, при гриппе микроколонии вируса локализуются в цитоплазме эпителия бронхов, а при аденовирусной инфекции — в ядре этих же клеток. В отличие от гриппозной инфекции, они богаты не РНК, а ДНК, а выявляется реакциями Браше и Фельгена. Такие отличия позволяют морфологу заподозрить эти заболевания.

О. И. Базан (Ленинград) отметила, что с введением в практику сульфидина (1949 г.) резко уменьшилась доля пневмококков, а с применением пенициллина (с 1951 г.) — и стрептококков в этиологии пневмоний. В настоящее время пневмония у детей чаще вызывается стафилококком, а также кишечной палочкой. Стафилококковые пневмонии имеют характерную морфологию, в частности распространенные некрозы легочной ткани. Это встретило возражения со стороны Т. Е. Ивановской, Л. О. Вишневецкой, А. И. Аббакумовой (Воронеж), считающих некрозы легочной ткани при пневмониях у детей проявлением отрицательного анергического состояния организма ребенка.

В. М. Афанасьева (Москва) показала, что абсцедирующая пневмония у детей может привести к образованию эпителизированных полостей, неотличимых от врожденных кист легкого и требующих хирургического вмешательства. Иногда проникновение воздуха в межплевральную ткань легкого может привести к скоплению его здесь, что клинически дает картину «буллезной исчезающей пневмопатии».

П. С. Гуревич (Казань)

УДК 616.62—006—616.62—003.7—616.61

НОВООБРАЗОВАНИЯ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ, МОЧЕКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ И ПОЧЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ

(По материалам V Всесоюзной конференции урологов)

20—25/XI 1965 г., Ленинград

О диагностике и оперативном лечении рака мочевого пузыря доложил А. Я. Пытель (Москва). Расширенная резекция мочевого пузыря должна производиться с учетом данных флебографии, тазовой ангиографии и лимфографии. Цистэктомия — наиболее радикальный метод лечения. Однако докладчик отметил недостатки метода деривации мочи. Уретеросигмостомия представляет относительно меньший риск для жизни

больного. Уретерокутанестомия имеет то преимущество, что исключает стаз мочи и восходящую инфекцию. Операция кубинских врачей дает плохие отдаленные результаты и большой процент летальности.

Цистэктомия с последующим лучевым лечением повышает 5-летнюю выживаемость больных до 57%.

Как сообщили Л. И. Дунаевский и Н. В. Григорьева (Москва), при лечении изотопами кобальта 214 больных раком мочевого пузыря, из которых у 195 была III и IV ст., излечение наступило лишь у 19. Стойкий результат излечения наблюдается редко и только во II ст. Лечение лучше поддаются папиллярные раки. После лучевой терапии больных можно оперировать. Послеоперационная лучевая терапия показана, когда нет уверенности в радикальности проведенной операции. Электрорезекцию опухолей мочевого пузыря следует сочетать с подведением игл радиоактивного кобальта. Осложнениями являются уменьшение емкости мочевого пузыря, его сморщивание и лучевой цистит. Телегамматерапию следует сочетать с оперативным лечением рака мочевого пузыря.

М. Мебель и Г. Вильке (ГДР) отметили, что у каждого 6-го больного с доброкачественной папилломой мочевого пузыря наблюдается раковое перерождение. Поэтому методом выбора при лечении таких больных они считают резекцию пузыря, а при соответствующих показаниях — цистэктомиию.

С. Петковичус (Югославия) рекомендует цистэктомиию при поражении задней стенки и шейки мочевого пузыря. По его данным, летальность при одномоментной цистэктомии — 17%, после двухмоментной — 20%.

Основной доклад по мочекаменной болезни И. М. Эпштейна (Москва) был посвящен этиологии и патогенезу заболевания. Нарушение почечного кровотока вызывает повреждение клубочков и эпителия канальцев, что ведет к проникновению в мочу сызвороточных белков. В верхнем отделе нефрона появляется белковый компонент, в дистальном отделе к нему присоединяется Са. В просвете собирательных канальцев откладываются бляшки из мукопротеидов и полисахаридов, образуя матрицы камня. Органическая субстанция составляет около 5% камня. Достигнув определенных размеров, камень отторгается от сосочка. У больных уролитиазом моча содержит уромукоидов в 3—14 раз больше, чем у здоровых. В 90% всех камней первично в канальцах почки откладывается органическая матрица. В дальнейшем путем ионного обмена в матрицу вкрапливаются ионы Са или Mg. Выделение Са с мочой может быть повышено вследствие недостаточного выведения его кишечником и усиленного всасывания в кровь и выделения почками. Инфекция мочи способствует гиперкальциурии. Повышенное поступление гормона паращитовидной железы в кровь (гиперпаратиреоз) вызывает деструкцию костной ткани и усиленное поступление в кровь Са и Р.

Для образования уратов важен не высокий уровень мочевой кислоты в крови, а повышенное выделение ее с мочой, достигающее при уратных камнях 700—800 мг в сутки при норме 300—500 мг.

Затрудненный отток из лоханки замедляет циркуляцию мочи в почечных канальцах, нарушая тем самым секрецию и резорбцию составных элементов мочи. Щелочность мочи способствует камнеобразованию. Любое однообразное питание может явиться стимулом к образованию камня.

О неоперативных методах лечения мочекаменной болезни сообщил А. М. Гаспарян (Ленинград). Медикаментозное лечение имеет целью воздействовать на нарушенные обменные процессы, мускулатуру лоханки и мочеточника, на мочевую инфекцию. В последние годы для разрушения мочевых камней применяют ультразвук и вибрацию. Клинические наблюдения показывают ценность отдельных химических препаратов, предупреждающих образование камней путем стимуляции повышенного выделения Са кишечником (гексодифосфат).

Особый интерес вызвал доклад Г. С. Гребенщикова (Ленинград) о санаторно-курортном лечении больных мочекаменной болезнью. Оно показано перенесшим оперативное вмешательство больным с целью изгнания малых по величине камней мочеточника и почек, при солевых диатезах, больным, у которых одна почка удалена в связи с мочекаменной болезнью. Относительными показаниями являются: двусторонние коралловидные камни, мелкие камни, не подлежащие оперативному лечению, камни единственной почки при удовлетворительной функции ее. Больных можно направлять на курорт и для проведения предоперационной подготовки. Эффективно лечение гипотоничной минеральной водой источника «Нафтуса» (Трускавец), уникальной по наличию летучих сернистых углеводородов. Летучие сернистые соединения оказывают противовоспалительное действие на мочевые органы. Одновременно вода источника «Нафтуса» нормализует функцию кишечника и оказывает благоприятное влияние на печень и желчные пути.

Основной доклад по почечной недостаточности С. Д. Голигорского (Кишинев) был посвящен этиологии, патогенезу, классификации, клинике и лечению как острой, так и хронической форм заболевания. Наблюдения дают основание рассматривать острую почечную недостаточность как одновременное поражение печени и почек.

Симптоматическое лечение острой почечной недостаточности основывается на принципах современной реаниматологии и методов внепочечного очищения, где основное место занимают гемодиализ и перитонеальный диализ.

В. А. Аграненко (Москва) сообщил об острой почечной недостаточности, вызванной переливанием крови. При гемотрансфузионных осложнениях автор выделил три степени поражения почек. Летальность среди больных третьей группы достигала 70%. У больных с тяжелым клиническим течением концентрационная способность почек восстановилась в течение шести месяцев. Больные, перенесшие острую почечную недостаточность, должны находиться под диспансерным наблюдением.

В. Ф. Хоменко (Новокузнецк) применил модификацию Пытеля — интестинопексию петель тонкой кишки с предварительной демукозацией кишки и декапсуляцией почки.

В. Г. Спесивцева (Москва) считает, что метод радиоизотопной ренографии позволяет выявить у больных скрытую почечную недостаточность.

Председателем Всесоюзного общества урологов избран проф. А. Я. Абрамян, Всероссийского — проф. А. М. Гаспарян.

Доктор мед. наук В. Е. Кузьмина, канд. мед. наук Э. Н. Ситдыков (Казань)

УДК 616.12—616.13—616.14—616.089

ХИРУРГИЯ СЕРДЦА И СОСУДОВ

(По материалам XVI сессии Института хирургии АМН СССР им. А. В. Вишневского)

21—22/XII 1965 г., Казань

Действ. член АМН СССР А. А. Вишневский (Москва) осветил опыт применения кибернетики в диагностике врожденных пороков сердца. Диагностический процесс начинается с детерминистской логики. Она устраняет из рассматриваемого списка заболеваний те, которые исключаются имеющейся у больного симптоматикой, после чего остается значительно меньшее число пороков, возможных при данной клинической картине. На этапе вероятностной логики машина вычисляет процентную вероятность оставшихся в списке пороков. Для того, чтобы машина дала верный ответ, необходима правильная первичная информация, которую составляет врач на основании всех примененных обследований больного. Составленная перфокарта в электронно-вычислительной машине поставит диагноз (с указанием степени вероятности).

В докладе Т. М. Дарбинян, В. Ф. Портного, С. Ш. Харнас (Москва) изложены вопросы искусственного кровообращения в хирургии открытого сердца. Гипотермия позволяет выключить сердце из кровообращения лишь на 5—6 мин., а при условии использования коронарной перфузии — на 10 мин. Общее искусственное кровообращение связано с использованием большого количества донорской крови, с возникновением гемолиза и послеоперационных кровотечений. Учитывая эти недостатки, сотрудники института разработали методику операций на сердце с использованием сочетания гипотермии и перфузии головного мозга и сердца. Метод позволяет обходиться без донорской крови или использовать ее в количестве 1—2 ампул.

Ввиду того, что объем перфузии не превышает 700—800 мл в минуту, гемолиз не возникает. Большая часть крови депонируется в организме из-за пережатия нисходящей аорты и полых вен. Метод позволяет не смешивать кровь больного с большим количеством донорской крови, благодаря чему внутренняя среда организма не нарушается. Через коллатерали все же некоторая часть крови проникает из верхней половины тела в нижнюю, что определяется повышением давления в нижней полый вене. Для нормализации этого давления и уменьшения застойных явлений в печени и почках разработана методика, позволяющая отводить излишек накапливающейся крови в аппарат искусственного кровообращения. В конце перфузии в нижней половине тела (неперфузируемая область) возникает метаболический ацидоз, который купируется введением необходимого количества бикарбоната после восстановления искусственного кровообращения. Этот метод не может заменить общего искусственного кровообращения, а предназначен лишь для осуществления ряда операций, которые требуют сравнительно небольшого времени выключения сердца из кровообращения (до 30—40 мин.).

О хирургическом лечении сочетанных пороков сердца сообщили Б. М. Костюченко, С. Г. Щерба, А. Ф. Цыб, Н. И. Маклаков (Москва). Институт располагает наблюдениями над 354 больными с сочетанными пороками сердца. Существующие классификации не отражают всего разнообразия ревматических пороков сердца. Авторы предложили простую классификацию, учитывающую степень изменения со стороны клапанов по трехстепенному делению и стадии нарушения кровообращения по Лангу.