

И. Н. Цинцадзе и сотр. (Тбилиси) выявили при митральных пороках и легочном сердце гипопроteinемию, уменьшение фибриногена, увеличение глобулиновых фракций, что связано не только с нарушением функции печени, но и с гипоксией тканей, с активным ревматическим процессом. Такие же сдвиги в белковом обмене были и при гипертонической болезни. Нарушение углеводного обмена наблюдалось чаще при гипертонии большого круга кровообращения. При гипертонической болезни увеличивается уровень внутриклеточного Na, уменьшается содержание К при декомпенсации сердца; уровень Са чаще бывает повышенным, а содержание 17-кетостероидов и оксикортикостероидов — пониженным при всех видах недостаточности сердца.

Н. М. Рзаев (Баку) при клинических наблюдениях, проведенных на 74 больных с различными формами эмболии и тромбозов легочной артерии, не обнаружил прямой связи между обширностью поражения легочных сосудов и гипертонией малого круга. Клиническими признаками острой гипертонии малого круга и острого легочного сердца являются одышка, синопность, тахикардия, тахипноэ, чувство сдавления в груди, невозможность полного вдоха, острое увеличение печени и т. д. Эффективно внутривенное введение атропина и лапаверина (снимается спазм сосудов).

Главный терапевт Минздрава СССР проф. Е. И. Чазов в докладе о профилактике атеросклероза и коронарной недостаточности подчеркнул важность укрепления нервной системы в молодом возрасте, необходимость разработки пищевых рационов в зависимости от возраста и профессии, указал на значение физического труда, комплексного применения при лечении сосудорасширяющих средств, антикоагулянтов, липотропных препаратов и т. д. Он анализировал опыт работы кардио-ревматологических кабинетов и тромбоемболических бригад, результаты диспансерного наблюдения и т. п. и подтвердил их большое значение в профилактике осложнений, в сохранении трудоспособности. Докладчик обратил внимание на вопросы рентабельности медицинской помощи, на роль санаторно-курортного лечения, на значение профилактических мероприятий промышленных предприятий и т. д.

Ф. Т. Красноперов (Казань)

ПРОБЛЕМЫ АППЕНДИЦИТА И ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ НА II ВСЕРОССИЙСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ ДЕТСКИХ ХИРУРГОВ

(14—16/IX 1966 г., Калининград)

Л. М. Шор, Я. Н. Томчин, Н. А. Седнев (Калининград) предложили создать единую теорию патогенеза острого аппендицита, основанную на том, что червеобразный отросток в силу анатомических и физиологических особенностей является наиболее слабым местом в системе желудочно-кишечного тракта. Поэтому здесь чаще, чем в других его отделах, возникают значительные изменения под влиянием различных неблагоприятных факторов (инфекция, атурация просвета, расстройство иннервации и кровоснабжения и др.). Червеобразный отросток имеет единственную артерию со структурой концевоегo сосуда. Гангрену отростка в первые часы с момента заболевания, встречающуюся в 37,4%, можно объяснить острым нарушением проходимости артерии червеобразного отростка. В этих случаях развивается первичный деструктивный аппендицит. При вторично деструктивном аппендиците сосуды отростка поражаются вторично.

Существенными моментами в комплексе лечебных мероприятий авторы считают рациональную предоперационную подготовку по показаниям, выбор метода обезболивания, технику обработки культи червеобразного отростка, применение дренажей, а также направленное лечение антибиотиками и тщательное ведение послеоперационного периода. В отношении обезболивания авторы отдают предпочтение общей анестезии, а у части больных — и эндотрахеальному наркозу.

Проф. Г. А. Байров (Ленинград) проанализировал летальность при остром аппендиците по материалам хирургических отделений РСФСР за 1965 г. 60% детей находилось в общих хирургических отделениях, 30% — в детских. Он указал на 3 основные причины, приводящие к летальным исходам.

1. Отсутствие предоперационной подготовки у детей, поступивших в отделение с признаками тяжелой интоксикации, обезвоженности, гипертермии. В результате 16% детей умерли в первые часы после операции или на операционном столе.

2. При наличии перитонита или вскрытия межкишечного абсцесса ошибочно производились контрапертурные разрезы и вводились тампоны. Опыт крупных клиник детской хирургии показывает, что брюшную полость после удаления аппендикса следует ушивать наглухо, оставляя ниппельный дренаж для введения антибиотиков. Показанием к тампонаде является: паренхиматозное кровотечение из ложа отростка, частично или полностью не удаленный отросток, вскрытие ограниченного абсцесса, флегмона слепой кишки и неуверенность в качестве швов, наложенных над культей отростка при измененной стенке слепой кишки. Рядом с тампоном целесообразно вводить 1—2 ниппельных дренажа для антибиотиков.

3. В послеоперационном периоде профилактике осложнений не уделялось должного внимания, редко назначались внутривенные капельные введения растворов: плазмы, крови, белковых препаратов, солевых растворов. Чаще применялось подкожное одномоментное введение физиологического раствора, что у детей практически мало пригодно. Антибиотики применялись в ударных дозах, но без бактериологического контроля. Осложнения послеоперационного периода диагностировались поздно, профилактика и лечебные мероприятия проводились недостаточно четко. Так, при паралитической непроходимости назначались только клизмы. Блокады, внутривенные введения соответствующих препаратов, физиотерапия и др. средства применялись крайне редко. Нечетко ставились показания к релапаротомии, которая часто приводила к летальному исходу на операционном столе.

В заключение проф. Г. И. Баиров отметил, что, как показал анализ историй болезней, организаторы хирургической помощи уделяют недостаточно внимания детальному разбору каждой смерти от острого аппендицита у ребенка, а детские хирурги — вопросам обучения врачей диагностике этого сложного заболевания.

Главный детский хирург СССР проф. Ю. Ф. Исаков (Москва) подчеркнул, что если общая летальность при остром аппендиците составляет сотые доли процента, то при осложнении его перитонитом смертность достигает 12%. Причина этого кроется в физиологических особенностях детского организма. Поражение печени и почек, превращение непатогенной флоры кишечника в патогенную вызывают развитие бактериемического шока. Выделяют 3 фазы течения аппендикулярного перитонита у детей. I фаза характеризуется преобладанием общей интоксикации, сопровождающейся высокой температурой, обезвоживанием, недостаточностью дыхания, которая замыкает порочный круг, вызванный интоксикацией, усиливает нарушение метаболизма и является ведущей причиной летальности в течение первой недели заболевания.

II фаза наблюдается при медленном течении перитонита. На первый план выступает нарушение ионного равновесия, обуславливающее сердечно-сосудистую недостаточность. Она может явиться причиной легальных исходов в течение 2—3-й недели заболевания.

В III фазе преобладают симптомы осложнений аппендикулярного перитонита — непроходимости кишечника, межпетлевых абсцессов, пилефлебита, абсцессов печени, пневмонии. Ведущими причинами смертельных исходов в течение 4-й и последующих недель заболевания является непроходимость, септикопиемия и белковое истощение. При остром неосложненном аппендиците основная мера уменьшения летальности состоит в раннем оперативном вмешательстве — немедленно после поступления ребенка в стационар. Аппендэктомия осуществляется с глумым послыным швом без введения антибиотиков в брюшную полость, так как использование их профилактически может способствовать возникновению местных осложнений вследствие снижения естественных иммунореактивных систем организма.

При остром аппендиците, осложненном перитонитом с явлениями интоксикации и гипертермии, немедленное оперативное вмешательство до устранения или уменьшения явлений интоксикации, дегидратации и гипертермии было бы серьезнейшей ошибкой.

Предоперационная подготовка заключается в коррекции дегидратации путем введения 10—13% раствора глюкозы на растворе Рингера в дозе, соответствующей половине суточной потребности в воде, с обязательным добавлением 1 ед. инсулина на 1,0 сухой глюкозы, с назначением витаминов С, В₁, В₆. Для устранения гипертермии дают амидопирин, анальгин в сочетании с физическим охлаждением на фоне действия антигистаминных препаратов (дипразин, димедрол) и хлористого кальция, а в отдельных случаях и глюкокортикоидов.

Продолжительность предоперационной подготовки не должна превышать 6 часов. При выборе вида анестезии следует отдать предпочтение общей. Для предупреждения аспирации содержимого желудочно-кишечного тракта в трахео-бронхиальное дерево необходимо ввести в желудок зонд. Автор считает наиболее рациональным и щадящим методом санации брюшной полости повторное обильное промывание ее теплым физиологическим раствором с последующим отсасыванием промывной жидкости.

В конце операции через дополнительные разрезы вставляют микроирригаторы, а при неполном удалении червеобразного отростка или кровотечения — тампон (лучше типа «сигаретного» дренажа).

В послеоперационном периоде осуществляют: 1) предупреждение и лечение дыхательной недостаточности; 2) декомпрессию желудка и кишечника с помощью зонда; 3) полное возмещение потребностей организма ребенка в калориях, белках, воде или электролитах на основе учета их потерь (для длительного парентерального питания рекомендуется канюлирование большой подкожной вены в области бедренного треугольника с нахождением катетера в ней до 2—3 суток); 4) применение антибиотиков только на основе определения чувствительности к ним микрофлоры.

Проблеме анестезии при аппендикулярном перитоните у детей посвятили свое выступление Л. А. Пашерстник и Е. Ш. Штейнгольд (Москва). Они считают, что премедикацию лучше проводить промедолом и пипольфеном; назначение атропина должно быть ограничено у детей с лабильной гипертермической реакцией

ввиду его холинолитического действия. Полуоткрытый контур по системе Эйра более применим у детей младшего возраста.

Для вводного наркоза лучше всего применять смесь фторотана с закисью азота. Вазопрессорный эффект закиси нивелирует недостатки фторотана. Для этой цели можно использовать циклопропан.

В качестве основного анестетика менее всего показан эфир. При анестезии закисью азота для стабилизации действия следует давать анальгетики, небольшие дозы барбитуратов и вводить внутривенно 0,25% или 0,5% раствор новоканна.

Наиболее удовлетворительным анестетиком является фторотан, но ганглиоблокирующее действие ограничивает его применение при коллапсе. Смесь фторотана с закисью азота можно давать даже очень тяжелым больным. Показания к введению мышечных релаксантов на протяжении операции должны быть строго ограничены.

Присутствующим было предложено принять участие в дискуссии по некоторым вопросам, связанным с острым аппендицитом у детей.

Н. Г. Дамье (Москва) считает 6-часовое наблюдение максимальным сроком при неясно выраженной клинике острого аппендицита. В дальнейшем необходимо оперировать больного. Недопустимо производство операции при аппендикулярном перитоните без предоперационной подготовки. Следует вводить антибиотики (сигмамидин, ристомидин) внутриаартериально, внутривенно, в брюшную полость с обязательным проведением десенсибилизирующей терапии. При абсцессе показана тампонада по Микulichу.

Культо отростка лучше обрабатывать кисетным швом и только при катаральных аппендицитах допустим лигатурный способ. При неизменном отростке обязательна ревизия брюшной полости. У 73 больных при ранней послеоперационной непроходимости и безуспешном консервативном лечении была наложена илеостомия, которая дала положительные результаты.

Проф. А. Г. Пулатов (Душанбе) при релапаротомии рекомендует поперечные разрезы, а для дренажей — марлевые тампоны, обшитые перчаточной резиной. В процессе лечения в его клинике антибиотики вводят только внутримышечно.

Проф. А. Д. Христинич (Днепропетровск) в посевах из брюшной полости и отростков нашла стафилококки в 60% и комбинированную флору в 40%. В комплекс лечения она рекомендует включать аутовакцину и анатоксин, а также введение антибиотиков под *crista iiliasae extraperitoneale* 2—3 раза в сутки.

Проф. С. Я. Долецкий (Москва) считает, что при определении длительности допустимого срока наблюдения нужно учитывать состояние ребенка. Чем оно тяжелее, тем меньше должен быть срок наблюдения. При подготовке к операции необходимо учитывать, что чем тяжелее состояние ребенка, тем дольше нужно его готовить к операции, но с учетом характера заболевания. В клинике, руководимой докладчиком, применяется лигатурный способ обработки культы отростка. Осложнений не наблюдается.

Доц. Н. В. Булыгина (Москва) предлагает при перитонитах накладывать глухой шов на буюшину без введения дренажей и тампонов.

В. И. Райхель (Саратов) считает показанным при разлитом перитоните дренирование справа и слева и дополнительно в обеих поясничных областях.

Применяя в послеоперационном периоде у детей с разлитым перитонитом пиримидиновые производные — пентоксил и 4-метилурацил внутривентриально (0,75% раствор в количестве 30—100 мл 3 раза в день) в комбинации с антибиотиками широкого спектра действия, М. О. Садыков (Караганда) резко снизил количество послеоперационных пневмоний, нагноений ран, развития инфильтратов.

Проф. Л. В. Авалиани (Тбилиси) накладывает энтеростомию одновременно с аппендэктомией лишь исключительно тяжелым больным.

Р. С. Слуцкая (Москва) рекомендует растворять антибиотики, вводимые в брюшную полость, в больших количествах (300—400 мл) 0,25% раствора новоканна.

Портальная гипертензия у детей была вторым программным вопросом конференции. Проф. М. Д. Пациора и А. И. Генералов (Москва) подробно остановились на ее этиологии и патогенезе.

У детей внепеченочная портальная гипертензия встречается чаще, чем у взрослых, что свидетельствует о роли детских инфекций, воспалительных процессов в пупке и врожденных аномалий развития воротной вены. В анамнезе у детей с внутрипеченочной гипертензией очень часто имеются указания на перенесенную болезнь Боткина.

Ряд авторов высказал предположение о первичной венной недостаточности как причине портальной гипертензии у больных с проходимым портальным руслом. Различия в величине портальной давлении во многом зависят от развития портокавальных анастомозов. Клинически чаще выявляются гастроэзофагеальные анастомозы в виде варикозно расширенных вен пищевода и желудка, реже — расширение вен передней брюшной стенки и геморроидальных вен. Из варикозно расширенных вен пищевода и желудка чаще всего возникают профузные кровотечения.

В патогенезе спленомегалии при портальной гипертензии имеют значение нарушения портальной циркуляции, воспалительные явления с гиперплазией и гипертрофией ретикулоэндотелиальных элементов и другие факторы. По современным представлениям непосредственной причиной накопления воды при асците служит задержка в организме натрия. Доказано, что наряду с гиперсекрецией альдостерона, обладающего

способностью вызывать задержку натрия, у больных асцитом наблюдается и гиперсекреция нейрогипофизом антидиуретического гормона.

Для точного диагноза портальной гипертензии необходим ряд исследований: 1) выявление путей коллатерального оттока крови; 2) пункция селезенки, спленоманометрия, спленопортография; 3) гепатоманометрия, пункционная биопсия печени, 4) портоманометрия и портогепатография через пупочную вену, лапароскопия, азигография и мезентерикопортография по показаниям.

Весь этот комплекс В. В. Гаврюшов и В. Г. Акопян (Москва) рекомендуют проводить одновременно под общим обезболиванием с применением деполаризующих миорелаксантов.

Проф. А. Г. Пугачев и сотр. (Москва) поделились опытом хирургического лечения портальной гипертензии у 80 детей.

При внутривенечной форме портальной гипертензии (циррозе печени) показаниями к операции являются неэффективность терапевтического лечения без снижения портального давления в течение 6—8 месяцев, глубокие, не ликвидирующиеся консервативными методами явления вторичного гиперспленизма, варикозное расширение вен пищевода и желудка.

При внепеченочной и смешанной формах портальной гипертензии операция показана во всех случаях. Абсолютных противопоказаний к операции нет, а относительными служат: активность цирротического процесса и декомпенсация функции печени; постгеморрагическая анемия; наличие интеркуррентных заболеваний.

Успеху хирургического лечения способствует рациональная предоперационная подготовка. В ее комплекс входят: диета, богатая белками, введение витаминов С, В₁, В₆, В₁₂, А; желчегонная терапия. Для предупреждения жировой инфильтрации печени назначают липокаин, холин, витамин В₁₂; при сопутствующих очагах инфекции — антибактериальную терапию. Особую роль авторы отводят глюкокортикоидным препаратам. Следует уделить внимание устранению отеочно-асцитического, геморрагического синдромов и ликвидации явлений вторичного гиперспленизма.

При внутривенечной форме портальной гипертензии без осложнений целесообразны оперативные вмешательства, направленные на усиление регенеративных процессов в печеночной ткани. К ним относятся: резекция печени, создание органоанастомозов, экстраперитонизация печени, денервация печеночной артерии, удаление селезенки (при вторичном гиперспленизме).

У больных с гиперспленизмом, варикозным расширением вен пищевода и асцитом спленэктомии целесообразно сочетать с наложением сосудистых анастомозов, но поскольку в детском возрасте технически создать эти анастомозы чрезвычайно трудно, предпочтение следует отдавать органоанастомозам с помощью сальника — гепатоментопексии.

Значительные трудности встречаются при хирургическом лечении детей с внепеченочной формой портальной гипертензии, т. е. с врожденными или приобретенными изменениями сосудов. У больных с этим видом патологии нередко уже на первом году возникает обильное пищеводно-желудочное кровотечение, ввиду чего оперативное вмешательство должно быть направлено на ликвидацию и профилактику кровотечений. Радикальных операций при такой форме портальной гипертензии не существует. Наложение сосудистых анастомозов, применяемых с успехом у взрослых, из-за маленького диаметра сосудов у детей не приводит к положительным результатам. К паллиативным операциям относятся: перевязка селезеночной артерии, спленэктомия в сочетании с органоанастомозами, операции типа Таннера, перевязка вен пищевода и желудка.

В. В. Катков, О. Д. Кузминов, С. К. Баталина (Москва) считают наименее токсичными из анестетиков закись азота, циклопропан и виадрил «Г». Доза вещества, применяемых с целью премедикации, у больных с выраженной анемией снижается до 50%.

Последнее заседание конференции было посвящено достижениям медицинской науки в практике хирургов Калининградской области.

Н. А. Мифтахов, А. В. Акинфиев (Казань)

ПЛЕНУМ ПРАВЛЕНИЯ ВСЕРОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА УРОЛОГОВ

(28—29/X 1966 г., Свердловск)

Председатель Всероссийского общества урологов А. М. Гаспарян (Ленинград) доложил об очередных задачах органов здравоохранения в свете решений XXIII съезда КПСС. Для улучшения специализированной помощи будут развернуты крупные урологические отделения, увеличится коечный фонд урологических отделений городских и межрайонных больниц, откроются онкоурологические и фтизиоурологические отделения при соответствующих диспансерах, а также детские урологические отделе-