

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 деполаризирующих 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-

ния в городских больницах. Подготовка кадров урологов будет осуществляться через ординатуру и на рабочих местах в урологических отделениях республиканских, краевых и областных больниц. Повысится подготовка студентов по урологии в медицинских вузах, увеличится количество часов на преподавание урологии.

Основным докладчиком темы «Бесплодие у мужчин» был С. А. Коган (Ленинград). Согласно статистическим данным, бесплодные браки зависят в 35% от мужчин, в 40% от женщин и в 25% бесплодны и муж, и жена.

В этиологии мужского бесплодия играет роль первичный и вторичный гипогонадизм. Первичный гипогонадизм обусловлен пороками развития и экзогенными факторами, вторичный объясняется недоразвитием коры надпочечника и гипофиза.

При двухстороннем крипторхизме только 10% больных способны к оплодотворению, а при одностороннем — 40%. Операция низведения яичек в 68% применяется после долового созревания, когда в яичках уже наступают морфологические изменения. Наиболее целесообразно приступать к лечению при крипторхизме в 6-летнем возрасте гормональными препаратами (хорионгонадотропин). Гормональное лечение дает положительные результаты у 10% больных с односторонней задержкой яичек и у 30% с двусторонней. При неуспехе гормональной терапии показано оперативное вмешательство в дошкольном возрасте.

В нарушении сперматогенеза играют роль инфекционные заболевания как общие, так и локальные (заболевания половых органов). По данным докладчика 53% больных перенесли эпидидимиты, орхиты, везикулиты и простатиты.

Вторичные изменения в яичках вследствие спiroцированных сосудистых нарушений вызываются всеми видами травматизма как хирургического, так и нехирургического (грыжесечение, кисты придатка, пункция придатка, местная анестезия семенного канатика и пр.). Этот травматизм выражается либо в перевязке сосудов, из которых многие являются конечными, либо в сдавлении канатика при ношении бандажа или суспензория, либо в тромбозе и спазме артерий. Обусловленная этими факторами аноксия может вызывать неблагоприятные изменения в семенных канальцах. Повышение локальной температуры, рентгеновское облучение, хронический алкоголизм и лекарственные препараты (сульфаниламиды, нитрофураны) снижают сперматогенез.

Докладчик применил электронную микроскопию спермы для выявления причины мужского бесплодия и установил три степени олигоспермии. Содержание до 3 млн. сперматозоидов в 1 мл эякулята достаточно для оплодотворения. Незрелые сперматозоиды не способны оплодотворять.

Благотворное влияние на созревание сперматозоидов оказывают рациональный общий режим, достаточный отдых, полноценное питание, укрепление корковых процессов, введение витаминов А, Е, D, лидазы, андрогенов, кортикостероидов, гормонов щитовидной железы.

М. И. Каплун (Уфа) сообщил о функциональных изменениях в яичках при некоторых формах легочного туберкулеза. При исследовании яичек больных, погибших от легочного туберкулеза, найдены: склероз, гиалиноз межтубочной ткани яичек, гиалиноз канальцев. Большинство больных туберкулезом легких бесплодно в браке. Если же в семье были дети, то они родились до заболевания туберкулезом. Исследование эякулята обнаружило у больных легочным туберкулезом олигоастензооспермию.

Об изменении водно-солевого обмена при некоторых урологических заболеваниях и операциях доложила М. Н. Жукова (Ленинград). Обезболивание, операционная травма обуславливают повышенную деятельность надпочечников. Обильное выделение кортикостероидов, в частности альдостерона, влияет на баланс электролитов у послеоперационных больных. Количественные и качественные сдвиги зависят от возраста, тяжести операции и состояния больного до операции.

Через 10—12 часов после операции отмечается значительное увеличение К в сыворотке крови, которое продолжает возрастать в течение суток, держится на этом уровне 2-е, иногда 3-и сутки. С 3—4-х суток содержание К уменьшается и приходит к норме на 7-е сутки. Количество К в сыворотке крови к этому времени составляет 4,1—4,8 мэкв/л, в эритроцитах — $93,8 \pm 3,8$ мэкв/л, в моче — 46,0 мэкв/л. Это объясняется мобилизацией К из клеток и перемещением его во внеклеточное пространство. У пожилых и ослабленных людей уровень К уменьшается до 20% и ниже. У больных с недостаточностью почек, несостоятельностью или истощением функции надпочечников баланс электролитов не нормализуется, развивается гипокалиемия.

Некоторые больные погибали от паралитического илеуса после обычной уретеролитотомии или аденомэктомии. Установлено, что причиной этого была гипокалиемия, как следствие гипокортицизма, т. е. снижения резервных возможностей надпочечников и недостаточной секреции глюкокортикоидов.

У больных с гиперкалиемией наблюдается анемия, которая объясняется понижением производства гемопэтина. Эритропэтин вырабатывается в юктагломерулярном аппарате почек. При атрофии почечной паренхимы (хроническая почечная недостаточность) наступает расстройство эритропэтической функции почек.

При гиперкалиемии необходимо регулировать баланс жидкости. 800 мл жидкости вполне достаточно для восполнения дефицита ее в организме. Излишний прием жидкости ведет к гипергидратации, отеку легких и мозга и гибели больного.

Медленное введение глюконата кальция ежедневно в течение нескольких дней снижает гиперкальцемию. При отсутствии эффекта от применения лекарственных средств следует производить промывание желудочно-кишечного тракта или применить перитонеальный диализ.

Осмотические диуретики (манитол и сорбитол) повышают выделение мочи в пять раз, усиливают выделение К, в меньшей степени — Na.

Гипонатриемия развивается вследствие поглощения большого количества жидкости, часто приводит к гипонатриемическому шоку. Пожилые и ослабленные люди неустойчивы к резким изменениям водно-электролитного баланса, и гипонатриемия часто вызывает у них различные осложнения. Гипонатриемия и обезвоживание неотделимы друг от друга. Отрицательный водный баланс отмечается у больных после дренирования мочевого пузыря в течение первых 2—3 суток.

Что касается больных с нормальным водно-электролитным балансом до операции, то у них в первые 2—3 дня после операции наблюдается задержка Na и воды в организме.

Гипернатриемия обычно сочетается с гипокалиемией. Это объясняется сильным раздражением коры надпочечника и обильным выделением альдостерона, а также постгипофизарного антидиуретического гормона, которые вызывают задержку Na и воды в организме больного. При повышенном выделении альдостерона отмечается гипернатриемия, алкалоз и гипокалиемия. Клинически это проявляется в виде мышечной слабости, жажды, полиурии, головной боли, судорог и режы — пареза мышц. Из сказанного следует, что знакомство с нарушением водно-электролитного баланса у урологических больных имеет большое практическое значение.

Доктор мед. наук В. Е. Кузьмина (Казань)

ЭЛЕКТРОСОН И ЭЛЕКТРОАНЕСТЕЗИЯ

(Всесоюзный симпозиум по проблемам электросна и электроанестезии
13—15/X 1966 г., Москва)

В. М. Баншиков остановился на истории и перспективах развития проблемы электросна и электроанестезии. Метод электросна разработан 20 лет назад в психиатрических клиниках 1-го и 2-го Московских медицинских институтов. Получение охранительного торможения посредством воздействия на головной мозг импульсного тока 100 гц малой силы (Г. С. Календаров, Е. И. Лебединская) или низкой частоты — 3—25 гц (В. А. Гиляровский, Н. М. Ливенцов и др.) и называли электросном.

Для достижения электросна в настоящее время применяются следующие основные параметры импульсного тока: импульсный ток прямоугольной формы частотой 1—25 гц при длительности импульсов 0,2—0,3 мсек (метод В. А. Гиляровского); импульсный ток прямоугольной или трапециевидной формы 50—100 гц продолжительностью импульсов 0,8—1,4 мсек (И. И. Яковлев, В. А. Петров, Г. С. Календаров, Е. М. Лебединская, С. Р. Ройтенбург и др.); импульсный ток комбинированной формы в сочетании с гальваническим током 1—130 гц и выше при длительности импульсов 0,3—1,4 мсек (Ю. Б. Худый, В. С. Бульба, В. П. Кутинов).

Ряд исследователей предлагает при начальных формах нарушения сна малые частоты — 3—20 гц, а при длительных и стойких — 100 гц (С. Ф. Субботин, В. Т. Кондрашенко, Рига).

И. М. Аптер (Харьков) отмечает, что глубина сонного торможения не имеет решающего значения для терапевтического эффекта, во многих случаях достаточно дремотного состояния больного. В лечебном действии электросна играет роль не только фактор охранительного сонного торможения, но и непосредственное возбуждающее действие импульсного тока на разные отделы головного мозга, в частности на ретикулярную формуляцию подкорковых структур.

Есть основание рассматривать систематическое ежедневное воздействие импульсным током на клетки головного мозга как своеобразный «электрический массаж» этих клеток, приводящий к иррадиации сонного торможения.

Выявлено положительное влияние электросна при гипоталамических (диэнцефальных) расстройствах вегетативно-сосудистой формы, что подтверждает мнение ряда исследователей о действии импульсного тока на подкорково-стволовые образования (И. А. Балабанова, Свердловск).

Электросон довольно широко может быть использован при лечении больных, у которых в основе страданий лежат нарушения кортикальной регуляции.

Электросон отличается от медикаментозных снотворных средств отсутствием токсичности в действии и последствии, невозможностью кумуляции.

По данным Н. Н. Тимофеева и др. (Рига) электросон вызывает повышение степени насыщения артериальной крови кислородом, что указывает на значение непосредственного воздействия импульсного тока на ткани мозга (преимущественно стволую часть).