

ВСЕСОЮЗНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ УРОЛОГОВ.

А. И. Дмитриев (Москва).

В Москве 26—30 января 1937 г. состоялась Всесоюзная конференция урологов, на которую собралось 500 человек участников со всех концов нашего Союза.

Конференцию открыл заслуженный деятель науки проф. Р. М. Фронштейн, указавший в своем вступительном слове на задачи советского здравоохранения, в частности урологии в настоящий момент.

Повестка конференции включала 4 вопроса: 1) организация урологической помощи, 2) нефролитиаз, 3) недержание мочи, 4) иммунотерапия и иммунодиагностика гонорейных заболеваний. Кроме того, 29/1 был днем совместной работы с IV всесоюзным съездом венерологов, где обсуждался вопрос об организации борьбы с гонореей.

Первый день конференции был посвящен вопросу об организации урологической медицинской помощи. Программные докладчики проф. Шапира и доц. Топчан. Клиника мочеполовых болезней является самостоятельной дисциплиной, связующим звеном между основными отделами медицины—хирургией и терапией. Врачи, посвятившие себя урологии, должны быть подготовленными распознавать и лечить все заболевания от наружного отверстия мочепускающего канала до почек. Советская урология страдает недостатком кадров и конференция поставила перед Наркомздравом вопрос о выделении урологии в самостоятельную профессорскую кафедру, которую необходимо организовать в большинстве медвузов. Гонорея должна являться неотъемлемой частью урологии.

Доц. Топчан отметил недостаточность сети амбулаторий и специальных урологических стационаров. Оборудование специальных урологических учреждений не отражает современного развития урологии, поэтому докладчик выдвинул задачу организации производства урологического оборудования в нашем Союзе. В прениях выступили участники конференции гг. Гельфер, Иргер, Пурцеладзе, по вопросам организации урологической помощи в ряде союзных республик. Проф. Лейтес обрисовал профиль врача-уролога.

Вопросам нефролитиаза конференция уделила большое внимание. Проф. Сулукидзе указал, что почечно-каменная болезнь является результатом нарушения солевого обмена организма, а воспалительные явления, развивающиеся в почках, являются толчком к образованию ядра камня. Профилактикой заболевания должны являться восстановление нарушенного обмена и механического промывания полостной части почки путем назначения соответствующего пищевого режима и минеральных вод. Больной с почечным камнем должен сперироваться особенно тогда, когда отмечаются тяжелые анатомические и функциональные расстройства.

Еланский (Ленинград), считая, что оперативное лечение нефролитиаза является паллиативом, рекомендует лечить мочевые диатезы назначением витаминов.

Проф. Гораш (Ленинград) остановился на тактике уролога при почечных камнях. Всякий больной с длительной пиурией не туберкулезного происхождения должен быть подвергнут всестороннему обследованию (рентген, изучение обмена, функция почек). При обнаружении камней почек должны быть решены вопросы—инфицированы ли они, локализация, размер и состав их. Удаление камня показано: а) при закупорке мочевых путей, б) при изменениях в лоханке, чашечках, поражении почек, понижении их функции, в) при угнетении работы другой почки. Оперативное лечение должно носить консервативный характер, нефректомия должна быть резко ограничена. В случаях инфицированных камней показана предварительная аутовакцинация.

Проф. Чайка (Киев) указал, что ближайшие результаты оперативного лечения нефролитиаза определяются: а) смертностью, б) оперативными осложнениями и в) временем выздоровления—восстановления трудоспособности. Ближайшие результаты оперативного лечения нефролитиаза зависят от тяжести и характера заболевания, точности диагностики и опера-

тивного метода; отдаленные же результаты помимо указанных моментов зависят от условий заболевания и послеоперационного режима.

Проф. Фронштейн (Москва) остановился на лечении почечно-каменной болезни минеральными водами, являющемся подсобным методом терапии. Назначение минеральных вод показано при наличии инфицированных камней. При неинфицированных камнях почечной паренхимы с гематурией минеральные воды содействуют обрастанию камня—фиксации его и могут камень, подлежащий оперативному удалению, перевести в рубрику подлежащих консервативному лечению. После пиелотомии показано повторное лечение минеральными водами. Нефректомированные по поводу нефролитиаза больные подлежат лечению минеральными водами в случае наличия инфекции в оставшейся почке.

Гребенчиков и Елисейев (Ленинград) отметили в своем докладе, что почечные камни в большинстве случаев представляют собою многоминеральные системы и обладают некоторым сходством с горными породами. В своем развитии камни претерпевают следующие стадии превращения: возникновение центров роста, нарастание отдельных оболочек, отвердевание, диагенетические превращения, метасоматические процессы, сопутствующие превращениям, перекристаллизация, возникновение «вторичных» минералов и структур.

Стогов (Новосибирск) фиксировал внимание конференции на патогенезе одностороннего нефролитиаза.

Готлиб (Москва) сделал доклад о показаниях к оперативному вмешательству при камнях почек. Оперативное вмешательство показано лишь в тех случаях, когда оно обеспечивает более благоприятный прогноз, нежели воздержание от операции. При решении вопроса о показаниях к вмешательству следует учитывать особенность вида заболевания, односторонность или двухсторонность заболевания, локализацию камней в нормальной и аномальной почке, форму лоханки, сочетание каменной болезни с другими поражениями почек, наличие инфекции и длительность заболевания.

Фрумкин (Москва) рекомендовал для излечения больших ветвистых камней прибегать к «нижней пиелотомии», т. е. отсепаровке окололоханочного жира, отодвиганию краев нависающей паренхимы почки, обнаружению и выделению нижнего рога лоханки и последующему продольному вскрытию ее.

Дамский (Смоленск) считает, что при двухстороннем нефролитиазе и достаточной функции обеих почек лучше оперировать ту, которая в последнее время причиняла боли. При недостаточной функции одной почки и хорошей функции другой, нужно оперировать первую. При недостаточности обеих почек докладчик рекомендует оперировать лучше работающую почку.

Шапиро (Ленинград) отметил, что камнеобразованию у беременных, помимо общеизвестных факторов, способствует нарушение внутренней секреции, застой и инфекция. Рентгенография у беременных для диагностики почек обязательна. Камни почек у беременных не оказывают влияния на беременность и жизнь ребенка до тех пор, пока функция почек не нарушена.

Проскуров (Киев) затронул вопрос о калькулезной анурии. В каждом случае анурии нужно установить, имеет ли место двухсторонняя закупорка камнем, или вторая почка не дает мочи вследствие рефлекторной анурии. При анурии вследствие камня мочеточника нужно применить консервативную терапию.

В прениях по докладам выступало 20 участников конференции, дополнивших основные вопросы нефролитиаза (механизм камнеобразования, этиология, флора при камнях, внутривенная пиелография при камнях, нефролитиаз в детском возрасте и т. д.).

Третий день конференции был посвящен вопросам недержания мочи. Программные докладчики—проф. Васильев (Ленинград) и Войташевский (Харьков).

Недержание мочи не является самостоятельной нозологической единицей, а лишь одним из симптомов при различных заболеваниях. Следующие группы заболеваний могут вызвать недержание мочи: 1—а) заболевание центральной нервной системы, б) эпилепсия, истерия, неврастения, в) заболевания периферической нервной системы мочевого пузыря. 2—а) заболевания, располагающиеся в самом мочевом пузыре, б) заболевания, располагающиеся выше

и ниже мочевого пузыря; 3) группа недержания мочи типа эссенциального (ночного). Диагностика недержания мочи легка, а установление причины недержания мочи является делом не легким.

Войташевский — Лечение недержания мочи должно быть каузальным; методы лечения могут быть консервативными и оперативными. При заболевании центральной нервной системы лечение должно быть направлено на устранение причин, вызывающих недержание мочи, при заболеваниях мочевого пузыря — в зависимости от характера заболевания. Оперативное лечение при недержании мочи показано в том случае, если консервативная терапия не дала успеха. При ночном недержании мочи хорошие результаты получают при комбинированной терапии: инъекции стрихнина, хлористый кальций внутрь, фарадизация промежности.

Сенкевич (Свердловск) указал, что энурез является ранним симптомом целого ряда невротрофических расстройств половых органов. В половых железах энуретиков удается обнаружить атрофические процессы. У энуретиков при цистоскопии удается констатировать ассиметрию шейки, гипертонию межмочеточникового валика, контрактуру и гипертонию сфинктера, зияние его.

Заманский (Свердловск) указал на существование среди энуретиков двух типов: с повышенной возбудимостью парасимпатической нервной системы и с пониженной возбудимостью обоих отделов вегетативной нервной системы.

Принимая во внимание, что у энуретиков существует атония сфинктера мочеиспускательного аппарата и одновременно атония сфинктера заднего прохода, Тотадзе (Тбилиси) предложил вводить больным в прямую кишку газоотводную трубку и недержание мочи прекращалось.

В речах по вопросу о недержании мочи была затронута методика обследования энуретиков, связь изменений в задней уретре с недержанием мочи, отмечена была роль сифилиса в недержании мочи и т. п.

29 января — день совместной работы урологической конференции и венерологического съезда — был посвящен вопросу организации борьбы с гонореей.

Организацию борьбы с женской гонореей осветили в своем докладе Елистратова и Кауфман (Москва). Основные положения докладчиков сводятся к тому, что в борьбу с женской гонореей должны быть вовлечены кадры акушеров-гинекологов и участковые врачи. Женщинам, больным гонореей, стационарная помощь должна оказываться в гинекологических стационарах. Борьба с гонореей среди беременных и рожениц возлагается на учреждения ОММ. В кабинетах по лечению женской гонореи функции врача и среднего медперсонала должны быть разграничены. Докладчики коснулись вопросов критерия излеченности женской гонореи и дали основные положения, когда можно считать женщину здоровой. Даны были установки по лечению и профилактике гонореи на медицинских участках. Было фиксировано внимание на необходимость производства нужного инструментария для лечения гонореи. Докладчики считают необходимым расширить программу преподавания женской гонореи в медвузах и охватить максимально количество гинекологов и участковых врачей курсами по усовершенствованию в области диагностики и лечения женской и детской гонореи. Желательно выпустить руководство по женской и детской гонорее.

Заиграев и Порудоминский (Москва) сделали доклад об организации борьбы с гонореей у мужчин. Основным методом лечения должен быть метод Жанэ. Лечить гонореей мужчин должен каждый участковый врач, для чего необходимо снабдить медучастки оборудованием и инструментарием. В условиях села допускается применение аутожанетизации из баллона или шприца. Необходимо уделить большее внимание вопросам профилактики и санпросветработы. Фиксируется внимание на необходимости подготовки врачебных кадров, знакомых с лечением мужской гонореи. Научным учреждениям докладчики рекомендовали включиться в разработку вопросов лечения острого гонорейного уретрита.

Заиграев, Сысолин и Тимохина (Москва) предложили новый профилактический препарат против вен. болезней, основной частью которого является «бактерицид Збарского». Препарат не уступает по своей бактерицидности заграничным препаратам, превосходя их слабостью своего раздражающего

действия на слизистую уретры. Препарат стоек, дешев, портативен, без запаха и не оставляет пятен на белье.

В прениях был затронут главным образом вопрос, кто должен лечить гонорею, — урологи, венерологи или гинекологи; каких-либо ценных предложений по организации борьбы с гонореей сделано не было.

В конце дневного заседания выступил нарком здравоохранения СССР Г. Н. Каминский, который в своей 1½-часовой речи четко указал, что вопросами борьбы с гонореей должны заниматься все — и урологи, и венерологи, и гинекологи — и заниматься должны так, чтобы уже через короткий срок сказались итоги совместной и дружной работы врачей этих специальностей — гонорея должна быть снижена в нашей стране. Вот основная задача, которая должна быть разрешена плодотворно.

Последний день урологической конференции был посвящен вопросу иммунотерапии и иммунодиагностики гонорейных заболеваний.

Белоновский (Ленинград) осветил новейшие данные в учении иммунитета. Докладчик остановился на вопросах фагоцитоза, на роли ретикулоэндотелиальной системы и антител в учении о гонорее, на сущности и происхождении антитоксинов. Докладчик познакомил с новыми данными, освещающими иммунитет с точки зрения коллоидной химии, с точки зрения тканевого электричества в иммунитете и аллергии.

Дембская (Ленинград) указала, что полного иммунитета при гонорее не существует, но имеются проявления парциального иммунитета (антитела в крови, повышение фагоцитоза, появление судофильной зернистости в лейкоцитах, активирование ретикулоэндотелиальной системы, проявление местного тканевого иммунитета). Эти проявления иммунитета должны тщательно изучаться в связи с мероприятиями терапевтического характера.

Карышева и Цыбульский (Киев) остановились главным образом на вопросах аллергии при гонорее: значение реакции Бордэ-Жангу и интрадермальной реакции при гонорее. При изучении гонорейной инфекции с точки зрения аллергических реакций авторы делят гонорею на следующие формы: 1) abortивная форма, как проявление высшей степени аллергии, 2) аллергическая форма с позитивными реакциями иммунитета, 3) торпидная форма с отрицательными реакциями иммунитета, 4) септические формы гонорей с начальной аллергией и последующей отрицательной энергией.

Овчинников (Москва) считает, что существование местного иммунитета при гонорее сомнительно, возможно существование инфекционного иммунитета. Отсутствие общего иммунитета при гонорее не исключает существования некоторых иммунобиологических реакций. Наибольшую практическую ценность имеет реакция отклонений комплемента.

Дмитриев (Москва) остановился на вопросах местного и общего в гонорейном процессе и обосновал применение иммунодиагностики и иммунотерапии при гонорее. В качестве иммунодиагностических мероприятий были рекомендованы вакцинодиагностика, реакции внутрикожная и Бордэ-Жангу. Подробно остановившись на реакциях организма после применения диагностических доз вакцины и данных изучения реактивности кожи с антигеном гонополисахаридом и гонопротеином, докладчик рекомендовал внутрикожную реакцию при гонорее наряду с другими методами диагностики. Кроме этого в докладе были приведены показания к применению специфических и неспецифических препаратов в лечении гонорейной инфекции.

Зацграев (Москва) указал, что всякий очаг ввиду глубины процесса подлежит специфической иммунотерапии. Местная реакция есть выражение аллергического состояния тканей. Инъекции вакцины лучше делать в разные участки.

Войташевский с бригадой (Харьков) сообщил результаты наблюдений над лечением гонофильтратами острой и осложненной гонорей. Фильтраты, обладая антигенными свойствами, вызывают после их введения в организм общую, местную и реже очаговую реакции. При мужской гонорее применение фильтрата наряду с методом Жанэ дает лучший эффект. Применение фильтратов при остром уретрите оказывает профилактическое действие в смысле возникновения различных осложнений уретрита.

Левин с бригадой (Киев) доложил о своих наблюдениях над внутрикожной реакцией с антивирусом. Положительная реакция представляет собой

аллергический феномен. Внутрикожная реакция имеет при гонорее диагностическое значение.

Последний день был самым многолюдным из всех заседаний конференции и прошел довольно оживленно. После программных докладов в прениях приняли участие 18 человек из различных городов Союза. Проф. Хольцов, председательствовавший в этот день на конференции, отметил значительный интерес заслушанных докладов и выступлений в прениях.

Вечером, 30 января, конференция избрала правление Всесоюзного об-ва урологов. Заслуженный деятель науки проф. Хольцов избран почетным председателем этого Об-ва. Председателем этого Об-ва избран заслуж. деятель науки проф. Р. М. Фронштейн.

Рефераты.

а) Внутренние болезни.

Hatchette. Рентгеновское лечение сенной лихорадки (New-Orleans. M. a. Surg. I. V. 89, VIII 1936).

Автор подверг 16 больных, страдавших сенной лихорадкой, рентгенотерапии в 100 вольт, 3 миллиампера с алюминиевым фильтром в 2 мм, и с полем освещения 10×10 . Лучи направлялись на область носа, несколько в каудальном направлении, чтобы избежать непосредственного облучения гипофиза. При первых признаках улучшения глаза пациентов закрывались свинцовой пластинкой. Более трех радиаций не давалось без защиты орбит ни одному пациенту. Никакие другие методы лечения при этом не применялись. Двое больных страдали приступами удушья во время прохождения курса лечения и не поправились. Один прекратил посещения после второго сеанса, одна больная освободилась только от осенних припадков, 12 пациентов стойко поправились.

В. Дембская.

James. Хемотерапия при малярии. (Schweiz. med. Woch. N 26. 1936).

Хинин потерял свое значение, как универсальное средство для всех без исключения форм малярии.

Хинин, как оказывается, не в состоянии сразу обезвредить попавшего в организм возбудителя малярии. Контрольные опыты, произведенные хинином, плазмохинном и атебрином при тропической малярии, показали, что лица, получившие с профилактической целью хинин, заболели малярией. Получившие же атебрин и плазмохин остались здоровыми. При трехдневной малярии действие плазмохина и атебрина выражено не так ясно.

При тропической малярии некоторые штаммы плазмодиев являются хининорезистентными, против которых атебрин, наоборот, действует превосходно. С другой стороны, на некоторые штаммы плазмодиев трехдневной малярии хинин по скорости действия далеко превосходит атебрин. При тропической малярии атебрин лучше предупреждает рецидивы, чем хинин, но труднее предупреждает рецидивы трехдневной малярии.

При трехдневной малярии хинин не в состоянии предотвратить инфекцию от комаров, в то время как ничтожные дозы плазмохина уже достаточны, чтобы предупредить инфекцию от москитов.

Э. Леви (Ленинград).

Zochhall. Лимфогрануломатоз в Бадене. (D. Arch. kl. M. Bb. 179. I. 1936).

В этой области Германии за период времени 1919 — 1935 гг. замечается рост заболеваний лимфогранулемой. Всего под наблюдением было 177 слу-