

Действительный член АМН СССР проф. Л. М. Шабад (Москва), доложив участникам съезда о работе, выполненной в стране за время после XIII съезда гигиенистов, по изучению канцерогенов во внешней среде и их влияния на человека, призвал гигиенистов к углубленному изучению вопросов канцерогенеза. Основные направления исследований могут быть сведены к изучению различных видов профессионального рака, своевременному экспериментальному изучению бластоогенных свойств новых продуктов, изучению возможных методов деканцерогенизации активных продуктов, изменению технологии с целью исключения образования канцерогенных веществ, разработке защитных мероприятий, изучению механизма действия этих веществ с целью последующего их гигиенического нормирования, выяснению распространения, превращения канцерогенных веществ в организме и т. д.

По этому же вопросу выступил Г. М. Горгалум (Москва).

С большим интересом были заслушаны на съезде выступления зарубежных гостей о развитии санитарной службы в странах народной демократии и успехах гигиенической науки.

В прениях был также сделан ряд замечаний в адрес Министерства здравоохранения СССР, преимущественно работниками санэпидстанций. Минздрав СССР недостаточно занимается вопросами подготовки кадров санитарных врачей (были закрыты санфаки в ряде медвузов), обеспечения оборудованием и аппаратурой для санитарно-гигиенических исследований и т. д. (А. В. Павлов, Киев; В. Е. Ковшило, Ленинград и др.).

М. Г. Коломийцева (Барнаул) говорила о необходимости пересмотра преподавания гигиены в институтах. Большим недостатком существующих учебных планов является отсутствие в них профпатологии на лечебно-профилактических факультетах. По ее мнению, профпатологию на лечебно-профилактических факультетах медвузов нужно преподавать обязательно и включить ее в государственные экзамены.

И. Г. Фридлянд (Ленинград) отметил, что подготовка на лечебно-профилактических факультетах врачей по профпатологии недостаточна и неудовлетворительна. А. В. Цесарский (Москва) поддержал предложение о том, что лечебную медицину нужно повернуть в сторону профилактики. По опыту работы Московской горСЭС, лечебная медицина инертна, диспансеризация в том виде, как она осуществляется сейчас, не ведет к профилактике заболеваний, а способствует лишь предотвращению обострений. Диспансеризация эффективна лишь тогда, когда она начинается с рабочих мест, с производства.

Об этом же говорил и А. Л. Чубарян (Ереван).

Была обсуждена и принята резолюция, в которой нашли отражение задачи, стоящие перед санитарной практикой и гигиенической наукой в период построения коммунистического общества.

На съезде была организована выставка.

Канд. мед. наук М. М. Гимадеев
(Уфа)

IV ВСЕСОЮЗНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ УРОЛОГОВ

(24—30/VI-61, Москва)

В работе конференции приняли участие около 800 ученых и практических врачей-урологов. Присутствовало 40 зарубежных ученых из социалистических стран.

Проф. А. Я. Пытель (Москва) доложил о пиелонефрите, который является одной из наиболее частых форм заболевания почек, превосходя численно все другие хирургические почечные заболевания, взятые вместе. Однако пиелонефрит клинически правильно распознается только у каждого пятого больного, что объясняется бедностью симптомов и недостаточной осведомленностью врачей в отношении этого заболевания.

Под названием «пиелонефрит» объединяются все виды неспецифического воспалительного процесса в почечной лоханке, ее чашечках и почечной паренхиме.

Деление пиелонефрита на первичный (неосложненный) и вторичный (осложненный) вполне оправдано. К вторичному пиелонефриту относятся те формы, в основе которых имеют место органические или функциональные процессы в мочевых путях, нарушающие пассаж мочи. Первичный пиелонефрит наблюдается у 16%, а вторичный — у 84% больных пиелонефритом.

Распознавание острого пиелонефрита у большинства больных не представляет трудностей, тогда как хронического — часто затруднительно из-за латентного течения или бедности признаков.

Одной из важных особенностей в течении хронического пиелонефрита является гипертония, которая наблюдается у 35% больных. Своевременная диагностика одностороннего пиелонефрита, обусловившего гипертонию, позволяет осуществить оперативное лечение, которое приводит у 75% больных к выздоровлению.

В диагностике хронического пиелонефрита, наряду с общеклиническими методами исследования, ценны показатели реакции Данилина (определение величины тре-

гьей фракции свертывания крови) и количественное определение в моче форменных элементов (лейкоцитов, эритроцитов и др.) по методу Каковского — Аддиса, а также цитологическое исследование осадка мочи по Штерн — Геймеру — Мальбину.

Среди функциональных методов исследования ценные результаты дает экскреторная урография, а также клиренс-тесты, устанавливающие по анализам мочи, полученной из каждой почки в отдельности, сторону поражения, степень резервных возможностей и наибольшую потерю функциональной способности каждой почки.

Весьма важные данные для диагностики можно получить при помощи не только экскреторной урографии, но и ретроградной пиелографии, томографии. В распознавании нефрогенной гипертонии, обусловленной односторонним хроническим пиелонефритом, и выборе метода оперативного лечения большое значение имеет почечная ангиография.

Лечение пиелонефрита должно быть комплексным и включать, наряду с антибактериальной терапией, восстановление нормального пассажа мочи там, где он нарушен. Не восстановленный до нормы пассаж мочи в конечном счете сводит на нет все виды антибактериальной терапии, каковыми бы они ни были. Среди антибактериальных препаратов на первом месте находятся различные антибиотики. Но для того, чтобы она была более успешной, необходимо проводить ее на основании результатов повторных антибиотграмм, контрольных исследований чувствительности патогенных микробов к антибиотикам, так как в процессе лечения эта чувствительность может изменяться. Наилучшие результаты удается получить, сочетая антибиотики с сульфонамидными препаратами и нитрофуранами — препаратами, содержащими глицин, бензойнокислый натрий.

При отсутствии эффекта, при правильно организованном антибактериальном лечении и нарастании явлений интоксикации показано оперативное пособие в виде декапсуляции почки, нефропиелостомии, рассечения карбункулов почки и др. Нефрэктомия допустима лишь по строгим показаниям. Нефрэктомия показана при гипертонии, возникшей на почве одностороннего пиелонефрита.

При первичном пиелонефрите необходима профилактическая ликвидация в организме различных инфекционных очагов — потенциальных источников гематогенного заноса микроорганизмов в почку. При повторном пиелонефрите в этих целях требуется своевременное лечение тех урологических заболеваний, которые осложняются пиелонефритом при нарушении оттока мочи из верхних мочевых путей.

Векслер, А. Н. Собаккина и Ю. Н. Харитонов (Свердловск) наблюдали пиелонефрит у 8% страдающих мочекаменной болезнью. Сравнительно частое возникновение пиелонефрита при мочекаменной болезни настоятельно диктует необходимость в более активной тактике и расширении показаний к оперативному удалению камней в ранние сроки.

Проф. М. Н. Жукова (Ленинград) представила данные о рентгенодиагностике хронического пиелонефрита (56 больных). Понижение функции почек, по данным экскреторных урограмм, отмечено у 62% больных, отсутствие — у 28%, нормальное выделение сергозина — у 9,5%.

Отсутствие контрастного вещества в почечной лоханке и чашечках или слабое их заполнение обусловлены скоплением сергозина в канальцах. Этим объясняется повышенная контрастность тени почки, что следует считать патогномичным для пиелонефрита.

Проф. И. М. Эпштейн (Москва) в своем докладе отметил, что наиболее благоприятные результаты при остром пиелонефрите получены от применения нитрофуранов.

Для лечения хронического пиелонефрита лучшим из примененных в клинике препаратов оказался новый антибиотик неомидиновой группы — маномидин.

Н. А. Лопаткин в своем сообщении высказался за раннее оперативное вмешательство при остром пиелонефрите (декапсуляция почки, нефропиелостомия, рассечение карбункула). Запоздалое оперативное вмешательство приводит к нефрэктомии.

По разделу — восстановительные операции в урлологии с основным докладом выступил проф. А. П. Фрумкин (Москва).

На основании личных наблюдений он высказался против пересечения при гидронефрозах добавочного сосуда, перекрещивающего мочеточник у места выхода его из лоханки. В тех случаях, где пересечение добавочного сосуда неизбежно, необходима резекция нижнего полюса почки как способ профилактики последующего развития гипертонической болезни. Весьма интересные результаты могут быть достигнуты способом Гамильтона Стюарта — дубликация почки, при которой полностью смещается в сторону сосудистый пучок, обуславливающий компрессию мочеточника у места выхода из лоханки. При гидронефрозах, развившихся на почве сужения лоханочно-мочеточникового сегмента, хорошие результаты получены при операции по Фолею, Фенгеру.

При гидронефрозах с фиксированным перегибом мочеточника следует произвести уретеролизис.

Восстановление динамики опорожнения полостей почки и почечной лоханки может быть достигнуто замещением мочеточника или созданием параллельного добавочного мочеотвода из лоханки в мочевой пузырь отрезком тощей или подвздошной

кишки на брыжейке. Кишечная пластика нашла себе широкое применение в качестве заместительных операций при поражениях мочеточников и мочевого пузыря.

С. Кочвари (Прага) поделился опытом замещения мочеточника искусственными протезами — дапроном и тефлоном. Оба сорта протезов хорошо приживаются и хорошо отводят мочу, но дапроновый протез со временем облитерируется.

При структурах нижней трети мочеточника, где невозможна уретероцистостомия, показана пластика мочеточника лоскутом из передне-боковой стенки мочевого пузыря (операция Боари).

Проф. А. М. Гаспарян (Ленинград) выступил с докладом «Пластика мочевого пузыря отрезками подвздошной кишки». Докладчик является сторонником У-образной пластики с максимальным использованием изоперистальтически расположенного колена трансплантата.

Е. П. Еганов (Фрунзе) доложил об отдаленных результатах интестинальной пластики при туберкулезе мочевой системы. Он отмечает, что уретеро-илеоцисто-пластика, сигмоцистопластика в сочетании с антибактериальной и химиотерапией позволяют широко рекомендовать эти операции в борьбе с тяжелыми проявлениями мочевого туберкулеза.

По мнению большинства докладчиков, сигмоцистопластика имеет значительные преимущества перед илеоцистопластикой.

К. В. Константинова (Москва), В. Н. Ермолин (Москва) предлагают при экстронии мочевого пузыря реконструктивную операцию с пластикой передней брюшной стенки методом cutis-subcutis по А. П. Фрумкину, которая позволяет полностью восстановить анатомическую целостность и функцию мочевого пузыря, замыкательного аппарата и передней брюшной стенки.

Г. Л. Александрович (Хабаровск) получил хорошие результаты при экстронии мочевого пузыря, оперируя по методу А. И. Михельсона.

С интересными сообщениями выступали Р. Ф. Двали (Тбилиси) и С. В. Волков (Горький) — об образовании резервуара для мочи вокруг пластмассовой формы после тотальной цистэктомии. В институте урологии АН Грузинской ССР с марта 1960 г. подобная операция произведена 12 больным. После удаления мочевого пузыря в полости таза оставалась жесткая полиэтиленовая форма, которая удалялась чрезбрюшинным доступом в среднем через 8 недель, или же надувной пузырь из полиэтилена. С. В. Волков применял надувной протез из кандомной резины, который через 4—5 недель извлекается из полости регенерирующего мочевого пузыря через уретру или надлобковый свищ.

На месте удаленного мочевого пузыря вокруг пластмассовой формы образуется полость, емкость которой достаточна как резервуара мочи. Новое местоположение выполняет функции мочевого пузыря.

Канд. мед. наук А. А. Айдаров
Э. Н. Ситдыков
(Казань)

НЕКРОЛОГ

ПРОФЕССОР ЕВГЕНИЙ НИКОЛАЕВИЧ КОВОАЕВ

20/IV 1962 г. после тяжелой болезни скончался профессор, заведующий кафедрой госпитальной педиатрии Казанского медицинского института Евгений Николаевич Кововаев.



Е. Н. Кововаев родился 14/XII 1898 г. в г. Вятке в семье преподавателя латинского языка мужской гимназии. Почти вся жизнь профессора Е. Н. Кововаева протекала в Казани. Среднее образование он получил в 1 Казанской гимназии. После службы в рядах Красной Армии (1918—1920 гг.) поступил на медицинский факультет Казанского университета и по окончании университета в 1926 г. Евгений Николаевич был оставлен ординатором детской клиники, где под руководством заслуженного деятеля науки ТАССР профессора В. К. Меньшикова специализировался в области педиатрии.

Посвятив себя педиатрии, за 36 лет врачебной деятельности Евгений Николаевич прошел трудный путь от студента, временно исполняющего обязанности врача, рядового врача Казанской школьной амбулатории, а затем врача Апастовского района ТАССР, до профессора Казанского медицинского института.

Е. Н. Кововаев отличался глубиной клинического мышления, прекрасной способностью излагать свои мысли сжато, образно и удивительно просто, за что снискал любовь и уважение многочисленных учеников, студентов. Повседневно показывая пример правильного под-