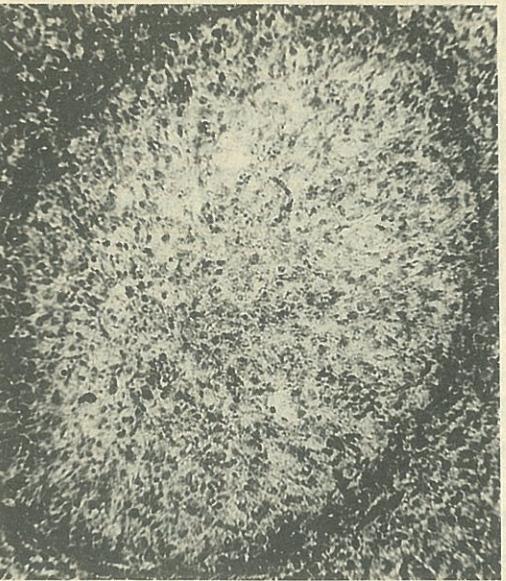


УРОЛОГИЯ и НЕФРОЛОГИЯ

5

• МОСКВА • МЕДИЦИНА •

1989



Листерийная гранулема в предстательной железе.
Гистологический срез биоптата.

том и раком предстательной железы 10.11 была выполнена высокооборотная трепанобиопсия левой доли предстательной железы. Получены столбки плотной ткани розового цвета, диаметром 1 мм, общей длиной 70 мм. Гистологическое исследование биоптатов, окрашенных гематоксилином и эозином, выявило хронический продуктивный простатит, продуктивный васкулит с наличием гранулем из гистиоцитов и мононуклеаров, окруженных валом лимфоидных клеток (см. рисунок). Гранулемы имеют правильную округлую или овальную форму, расположены группами и поодиночке, характерны для листериоза [3]. 16.11 больной переведен в инфекционное отделение. Принимал тетрациклин по

300 000 ЕД 4 раза в сутки. К этому времени самочувствие его было хорошим. Диурея прекратилась, температура тела нормализовалась. Оставались увеличенными до 5 мм в диаметре паховые, подмыщечные, подчелюстные и шейные лимфатические узлы. Реакция связывания комплемента и реакция агглютинации с листерийным антигеном отрицательные. При бактериологическом исследовании крови и мочи возбудитель не выявлен. Через 18 дней лечения анализ мочи нормализовался, в крови отмечался незначительный сдвиг лейкоцитарной формулы влево. 24.11 выписан в хорошем состоянии. Осмотрен через 4 года. Жалоб нет. Лимфатические узлы не увеличены. Зев слегка гиперемирован. Предстательная железа мягкая, слегка болезненная, не увеличена, границы и бороздка хорошо определяются. В левой доле уплотнение и неровность поверхности железы.

Таким образом, обнаружение характерных для листериоза патологоанатомических изменений в биоптатах из предстательной железы в сочетании с генерализованным лимфоаденитом, ангиной, высокой температурой тела, значительными изменениями в анализах крови и мочи позволило диагностировать и излечить неописанную ранее органическую форму этого заболевания — листериозный простатит.

ЛИТЕРАТУРА

1. Башмакова М. А., Калашникова Е. П. // Акуш. и гин.—1985.—№ 4.—С. 58—61.
2. Меламед Х. И., Довгяло О. Г. // Здравоохран. Белоруссии.—1961.—№ 2.—С. 35—37.
3. Приблуда Б. А. // Арх. пат.—1973.—№ 1.—С. 75—77.
4. Шлыгина К. Н. // Фельдш. и акуш.—1980.—№ 9.—С. 7—11.

ИЗ ИСТОРИИ МЕДИЦИНЫ

УДК 616.6:92 Войно-Ясенецкий В. Ф.

С. Т. Варшавский, И. Д. Змойро (Ташкент) ВОПРОСЫ УРОЛОГИИ В ТРУДАХ В. Ф. ВОЙНО-ЯСЕНЕЦКОГО

Среди выдающихся хирургов нашей страны видное место занимает Валентин Феликович Войно-Ясенецкий (1877—1961 гг.) — человек сложной судьбы, прошедший трудный и неизвестный жизненный путь от земского

врача до профессора — одного из первых послевоенных лауреатов Государственной премии.

Своё редкое хирургическое мастерство и огромный практический опыт во всех без исключения разделах хирургии,

в том числе и в урологии, он приобрел во время многолетней деятельности в небольших уездных больницах. Разносторонняя деятельность Войно-Ясенецкого (хирургическая и религиозная)¹ достаточно полно освещена в литературе. Однако о его вкладе в развитие урологии имеется только упоминание Л. С. Ерухимова [5] о том, что Войно-Ясенецкий один из первых в России произвел чреспузырную аденомэктомию.

Педантично, скрупулезно и честно оформленные истории болезни — основа всех публикаций Войно-Ясенецкого не только помогли определить его роль в становлении и развитии отечественной урологии, но и способствовали более глубокому познанию Валентина Феликовича как личности. Далеко не всякий современный врач позволит себе сделать в истории болезни следующую запись: «Из левой почки получить мочу не удалось, так как по введению катетера в мочеточник цитоскопом выскользнул из рук и оцарапал слизистую пузыря. Вследствие кровоподтека нельзя было найти опять отверстие мочеточника» [1].

Изучение отчетов о хирургической деятельности Романовской земской больницы за 1909—1910 гг. и Переяславской земской больницы за 1911—1914 гг. позволяет заключить, что Войно-Ясенецкий, обладая блестящей хирургической техникой (пересадку мочеточников в прямую кишку он выполнял за 1 ч 20 мин) [1], не только широко оперировал на мочеполовых органах, но и в числе первых хирургов в России успешно производил новые оперативные вмешательства, не подходя к ним стандартно, часто принимая оригинальные решения.

В 1898 г. впервые в России в Петербурге профессором С. П. Федоровым была произведена надлобковая чреспузырная аденомэктомия с благоприятным исходом, о чем было сообщено в 1904 г. в журнале «Русская газета». Через 5 лет после этой публикации 18

¹ В. Ф. Войно-Ясенецкий имел духовный сан архиепископа и в разные годы одновременно с хирургической деятельностью занимал крупные посты в русской православной церкви, за что трижды (в 1923, 1930 и 1937 гг.) подвергался ссылкам.

мая 1909 г. аналогичная операция была произведена Войно-Ясенецким больному 71 года в Романовской земской больнице Балашовского уезда [1].

Приводим один из протоколов подобных операций, отражающий особенности методики, применяемой Войно-Ясенецким: «Операция под местной анестезией. Пузырь широко вскрыт надлонным сечением; средняя доля железы вдавалась большим бугром в просвет его; железа вылущена целиком при умеренном кровотечении. В ложе железы введены дренажная трубка и марлевый выпускник и до них защищают мочевой пузырь одноэтажным нитяным швом. Выпускник удален через 4 дня и с этого же дня начаты ежедневные промывания пузыря борным раствором. Через 7 дней после операции удалена дренажная трубка из пузыря и введен катетер а'демеиге, остававшийся в течение недели; по удалении катетера больной стал хорошо и без всяких затруднений мочиться» [2].

Предложенный Тренделенбургом в 1881 г. и впервые примененный в России в 1897 г. Н. Ф. Заманским метод ушивания пузырно-влагалищных свищей со стороны мочевого пузыря долгие годы в нашей стране не пользовался популярностью. По данным Л. М. Мажбица, до 1936 г. этот метод был применен только у 14 больных. Приводится перечень хирургов, производивших эту операцию [6]. В нем нет упоминания о Войно-Ясенецком, хотя им были опубликованы результаты двух таких операций, выполненных в 1914 г., причем у одной больной одновременно с чреспузырным ушиванием пузырно-влагалищного свища были произведены реимплантация мочеточника в мочевой пузырь и удаление матки [2].

В период заведования кафедрой оперативной хирургии и топографической анатомии в Ташкентском медицинском институте и одновременно отделением гнойной хирургии в Институте неотложной помощи профессор В. Ф. Войно-Ясенецкий издает «Очерки гнойной хирургии» (1934 г.) — венец его научно-практической деятельности. Книга, не имеющая себе равных, выдержала три издания (1934, 1946, 1956 гг.), а автор ее в 1946 г. был удостоен Государственной премии. Ценнейшей особен-

ностью «Очерков» является детальное описание топографии гнойных очагов, путей распространения гнойных затеков, что обеспечивает на анатомической основе рациональное и вместе с тем радикальное выполнение операций.

Как и в других разделах гнойной хирургии, Войно-Ясенецкий оставил заметный след и в урологии. Актуальные вопросы «гнойной урологии» детально изложены в главах «Забрюшинные поясничные флегмоны», «Гнойные затеки при простатите и везикулите», «Флегмоны брюшной стенки».

В главе «Забрюшинные поясничные флегмоны» Войно-Ясенецкий впервые представил четкую систематизацию нагноительных процессов забрюшинного пространства, в основу которой положил топографо-анатомические взаимоотношения забрюшинной жировой клетчатки, прилегающих к ней органов и разграничительных фасциальных образований.

На многочисленных характерных примерах, представленных в выписках из историй болезней, он убедительно и наглядно показал различные варианты забрюшинных флегмон в зависимости от локализации и особенностей распространения гнойного процесса и связанный с этими факторами выбор рациональных оперативных доступов и определение объема операции.

В этой главе значительное место как одному из вариантов забрюшинных флегмон уделяется паранефриту. Подчеркиваются важные клинико-анатомические особенности этого гнойного процесса имеющие практическое значение: «Мы заметили, что наибольшей резистентностью обладает задний листок fascie renalis, ибо во многих случаях очень распространенных забрюшинных флегмон, не имеющих отношения к почке, мы находим его сильно утолщенным и точно отгораживающим почку от гнойной полости» [3]. Из этого следует практический вывод: «Мы предостерегаем от настойчивого разыскивания, обнажения и выведения почки, как этого требуют Альбарран, Израэль, Гарубехер... Поэтому не находит никакого оправдания большое и опасное для жизни

ни осложнение операции обнажения почки» [3].

Войно-Ясенецкий убежденный сторонник диагностической пункции всех видов забрюшинных флегмон, в том числе и паранефритов в сомнительных случаях: «Хотя и основательны соображения, приводимые многими хирургами против пробного прокола, однако по собственному опыту мы можем утверждать, что в неясных случаях он может иметь решающее значение для диагностики» [4].

Ни в одном другом руководстве по хирургии или урологии нет такого яркого и подробного описания топографии и клиники параситозов, детального критического разбора собственных наблюдений этого заболевания. Особое внимание Войно-Ясенецкий обращает на атипичные формы этого гнойного процесса, приводит нигде не описанные варианты, в частности наблюдение, в котором гнойный процесс из лимфатической железы Розенмюллера в пацентовом канале по жировой клетчатке распространился на предпузирное пространство.

С таких же позиций и также детально описаны гнойные процессы, осложняющие простатиты и везикулиты.

Мы сделали первую попытку изучить до сих пор малоизвестный, но значительный вклад Войно-Ясенецкого в отечественную урологию.

Богатое наследие этого блестящего хирурга, проповедника милосердия еще требует к себе пристального внимания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Войно-Ясенецкий В. Ф. Отчет о хирургической деятельности Романовской земской больницы Балашихского уезда 1909—1910.— Владимир н/Клязьме, 1916.
2. Войно-Ясенецкий В. Ф. Отчет о деятельности Переяславской земской больницы за 1914 г.— Переяславль-Залесский, 1915.
3. Войно-Ясенецкий В. Ф. Очерки гнойной хирургии.— М.; Л., 1934.
4. Войно-Ясенецкий В. Ф. Очерки гнойной хирургии.— Л., 1956.
5. Ерухимов Л. С. // Урол. и нефрол.— 1960.— № 6.— С. 51—56.
6. Мажбиз А. М. Оперативная урогинекология.— Л., 1964.

ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

УДК 616.61-073.756.8:621.371.083.2:681.31

А. С. Портной (Москва)

ЯДЕРНЫЙ МАГНИТНЫЙ РЕЗОНАНС В ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЧЕК

Ядерный-магнитный резонанс (ЯМР) — новый диагностический метод получения изображения различных органов и тканей человека. В последние годы он применяется в диагностике заболеваний почек [2, 13, 25, 29, 31, 39, 42, 59]. Получение изображения органов и тканей человека с помощью ЯМР основано на использовании магнитных свойств атомных ядер водорода, содержащих нечетное число протонов. Это определяет их свойство генерировать слабое электромагнитное поле вокруг ядра, обозначаемое термином «спин». В естественных условиях ядра атомов водорода беспорядочно ориентированы в пространстве и отсутствие синхронизации спиновой системы не позволяет получить результирующую величину магнетизации объекта. При воздействии сильного внешнего магнитного поля на ядра атомов водорода, имевшие ранее беспорядочно ориентированные спины, происходит их переориентация в одну линию, параллельную или антипараллельную направлению приложенного магнитного поля, в результате чего суммируются величины магнитных полей ядер. Для получения информации о природе протонов во внешнем магнитном поле необходимо изменить их первоначальную ориентацию по отношению к приложеному полю [49]. Это достигается возбуждением протонов электромагнитными импульсами радиочастотного диапазона, под влиянием которых происходит синхронизация спиновой системы. По прекращении действия электромагнитного импульса (ЭИ) протоны возвращаются к своей первоначальной ориентации, излучая ЯМР-сигнал в радиочастотном диапазоне, соответствующем первоначально приложеному ЭИ. ЯМР-сигналы воспринимаются радиочастотной катушкой ЯМР-томографа, анализируются компьютером, который осуществляет формирование конечного изображения исследуемого объекта [9, 37, 53]. Протоны ядер водорода, содержащиеся в большом количестве в ткани и жидкостях средах организма человека, являются наиболее чувствительными для получения ЯМР-изображений. Контрастность изображения определяется плотностью протонов, временем релаксации протонов T_1 и T_2 . Время перехода спиновой системы из состояния возбуждения к первоначальному энергетическому уровню получило название времени релаксации. Время, необходимое для восстановления протонов после воздействия на них ЭИ в первоначальную продольную относительно направления приложенного магнитного поля ориентацию, обозначается T_1 , или «спин-решеткой» (продольной) релаксацией [27]. Время, необходимое для утраты магнетизации спиновой системы после ее возбуждения в плоскости, по-