

детских врачей, 1925 г.—17. Коздоба, Врач. дело, 1935 г., № 12.—18. Колтыпин, Учебник острых инфекционных болезней детского возраста, 1933 г.—19. Клиника ревматизма у детей, под ред. Киселя, 1935 г.—20. Лезаж, Учебник болезней грудного возраста, 1913 г.—21. Лейтес, Основы и достижения современной медицины, 1934 г., т. II.—22. Лунц, Физиология и диететика ребенка, 1935 г.—23. Маслов, Труды четвертого всесоюзного съезда детских врачей, 1925 г.—24. Маслов, Учение о конституциях и аномалиях конституций у детей, 1926 г.—25. Маслов, Труды третьего всесоюзного съезда детских врачей, 1925 г.—26. Маслов, Врач. газ., 1930, №№ 9, 10.—27. Маслов, Основы учения о ребенке, 1930 г.—28. Матушак и Шеповальников, Факторы конституции и методика исследования ее у детей и подростков, 1930 г.—29. Могилевский, Казан. мед. журн. 1935, № 11-12.—30. Могилевский, Казан. мед. журн., 1936 г., № 1.—31. Медовиков, Рахит и его лечение, 1927.—32. Медовиков, Труды третьего всесоюзного съезда детских врачей, 1925 г.—33. Молчанов, Пропедевтика детских болезней, 1936 г.—34. Нобекур, Учебник детских болезней, 1928 г.—35. Нобекур, Внутренняя секреция и ее расстройство у детей и подростков, 1927 г.—36. Пейсахович, Врач. дело, 1935 г., № 7.—37. Симон и Редекер, Детский туберкулез, 1930 г.—38. Сворцов, Патологическая анатомия важнейших заболеваний детского возраста, 1935 г.—39. Сахаров и Шервинский, Основы эндокринологии, 1929 г.—40. Соколов и Розенталь, Педиатрия, 1930 г., т. XIV, в. I.—41. Гренделенбург, Гормоны, т. II, 1936.—42. Тангаузер, Руководство по обмену веществ, 1934 г.—43. Талалаев, Острый ревматизм, 1932 г.—44. Федьнский, Труды третьего всесоюзного съезда детских врачей, 1925 г.—45. Цондек, Болезни эндокринных желез, 1929 г.—46. Черкес, Витамины и авитамины, 1929 г.—47. Шмидт, Сов. врач. газ., 1933 г., № 12.—48. Эминет, Труды третьего всесоюзного съезда детских врачей, 1925 г.

VI съезд хирургов Украины.

(Одесса, 25—29 июня 1936 г.).

А. Г. Гильман.

Съезд был исключительно многолюдным, в его работах приняли участие 1511 ч., из которых советская Украина дала 766 ч. Программа была посвящена вопросам: 1) перитониты и их лечение; 2) гнойные артриты и их лечение; 3) кишечная непроходимость; 4) лечение инфицированных ран; 5) с.-х. травматизм; 6) новокаиновый блок; 7) лечение ожогов. Ортопедический день включал два вопроса: „Поясничные боли с ортопедической точки зрения“ и „Неправильно сросшиеся переломы“.

Первый день съезда начался докладом проф. Шамова (Харьков) о перитонитах и их лечении. Несмотря на громадные успехи современной хирургии, особенно в брюшной полости, перитонит (п.) продолжает стоять угрозой в деятельности хирурга, и проблема п. остается во многом неразрешенной. П. развивается в результате попадания инфекции в брюшную полость, иногда вместе с содержимым органов при их прободении. Обширная поверхность брюшины подвергается резкому раздражению, в результате которого развивается шок. Капиллярно-сосудистая сеть брюшины после кратковременного начального спазма расширяется, вызывая значительную гиперемия. В результате резкого расширения сосудов брюшины происходит падение кровяного давления и нередко развивается коллапс. Вслед за гиперемией идет обильная трансудация серозной жидкости, к которой присоединяется выходение форменных элементов, фагоцити-

рующих бактерий; трансудат превращается в эксудат. Последний содержит, кроме бактерий, токсины, а также фибрин, фиксирующий на себе бактерии и участвующий в образовании спаек и слипчивого отграничивающего п. Способность к образованию спаек, широко варьирующая в зависимости от конституциональных особенностей, и индивидуальные колебания в иммунобиологических свойствах мало изучены. Обширная поверхность брюшной полости и строение брюшины способствуют всасыванию эксудата, причем растворимые в-ва попадают в ток крови через систему воротной вены и печени; более плотные частицы—по лимфатическим путям брюшной полости, а отсюда—в забрюшинные и медиастинальные железы, частично—непосредственно в грудной проток. Усиленные дыхательные движения, перистальтика, применение тепла—повышают процесс всасывания; покой, лед—замедляют его. Токсины из брюшной полости всасываются также по лимфатическим путям блуждающих нервов, поражая непосредственно вазомоторный и дыхательный центры продолговатого мозга (Питалев, Маненков). Поступающая в кровь бактериальная флора подвергается здесь быстрому разрушению, таким образом первую роль при п. играет не бактериемия, а токсемия. Следующий основной момент в механизме развивающегося п.—паралич кишечника. Вследствие воздействия токсинов на сосуды, мышцы и нервные сплетения кишечника, а позднее также вследствие механических моментов растяжения его эксудатом,—наступает парез и последующий паралич кишок. Разложение содержимого кишечника с образованием газов, нарушение его всасывательной и двигательной способности ведут к резкому вздутию живота, метеоризму и поднятию диафрагмы.

Следующее звено в клинической картине п. составляют нарушения в кровообращении и сердечной деятельности. По указанным выше причинам происходит скопление крови в капиллярах и венах брюшной полости, происходит как бы „кровотечение в сосуды брюшной полости“. Это ложится тяжелой нагрузкой на работу сердца, которое „начинает бешеным галопом охотиться за кровью, исчезающей в брюшной полости“ (Ляхтенберг). Методы лечения диф. гнойного п. на протяжении нескольких десятилетий подвергались пересмотру. От периода, когда лечение гнойного п. считалось пограничной областью хирургии (Керте, 1892 г.), перешли к категорическому положению, что оперативное устранение очага инфекции не подлежит дискуссии (Нетцель, 1909 г.). В 1926 году Киршнер считает уже возможным внести ряд ограничений к оперативному лечению при гнойных п., считая операцию противопоказанной при гонококковых п. у женщин, при пневмококковых п. и в поздних, совершенно безнадежных стадиях. *При всех других формах п.* он, выражая точку зрения большинства хирургов, требует *немедленной операции в каждом случае, в любой стадии заболевания.* В Америке много сторонников дальнейшего ограничения оперативного лечения при более поздних стадиях диф. гнойного п. Консервативное лечение по Окснеру—борьба с токсемией путем строжайшего покоя больного и желудочно-кишечного тракта—абсолютный голод, постоянное опорожнение желудка тонким зондом, морфий, согревание живота световой ванной—на основании ряда статистик дает при диф. поздних п. значительное уменьшение смертности по сравнению с оперативным. Но сами сторонники метода Окснера не называют его консервативной терапией, а *deferred operation*,

т. е. откладыванием операции и тщательным наблюдением за больным „с ножом в руке“, позволяющим вскрытие отграниченных очагов, как только они формируются. *Остается незабытым положением, что всякий больной, даже с малейшим подозрением на п., должен быть немедленно отправлен в хирургическое учреждение. Ни о каком терапевтическом лечении п. не может быть и речи.*

В проблеме лечения диф. п. два принципа являются основными: 1) как можно скорее устранить источник инфекции, 2) как можно меньше нарушать защитный барьер. Наркоз, потягивание брыжеек, эвентрации являются новой, иногда непосильной нагрузкой на нервную и кровеносную систему б-ного, почему наибольшая смертность падает на первые часы после операций. Мудрое правило Мерфи— „быстро войти в брюшную полость и как можно скорее оттуда выйти“, требует вскрытия брюшной полости над очагом инфекции и лишь в неясных случаях по средней линии. Операция должна быть наиболее простой, даже если она нерадикальна в отношении основного заболевания, отсюда следует, что при перфорациях желудка и duodeni резекция противопоказана, ушивание наиболее целесообразно; очаг инфекции удаляется, если это возможно без затруднений, в противном случае—подшивание и дренирование места перфорации. В отношении экссудата принцип удаления его не вызывает споров, как это имеет место в отношении способов его эвакуации. Докладчик против протираний и промываний брюшной полости, против вливаний в нее гиперт. растворов декстрозы, усиливающих всасывание и повреждающих защитные фибриновые отложения; высказывается против применения антисептических в-в при п., против промывания бр. полости эфиром и спиртом, как повреждающих целостность эндотелия и нарушающих защитные барьеры. Что касается применения дренажей, то, вследствие их быстрой инкапсуляции, они не достигают цели и не уменьшают смертности по сравнению с методами глухого шва. Поэтому их употребление имеет смысл лишь при гнойниках, отграниченных от общей брюшной полости. Большое значение имеет правильный послеоперационный уход. Систематическое применение морфия, избавляющего больного от болевых ощущений, сберегает силы его и, по исследованиям Крайля, защищает клетки мозговых центров, печени и надпочечников от интоксикации. Для борьбы с серд.-сосуд. слабостью—капельные клизмы и внутривенные вливания с прибавлением глюкозы. Проф. Шаповалов напоминает, что хирургия на протяжении десятилетий добилась значительных успехов в деле лечения п., но мы теперь находимся у пределов возможного для хирург. метода. Дальнейший прогресс в этой области возможен только на другом пути—иммунно-биологическом.

Несомненно большая роль предстоит сложным сывороткам в деле лечения диффузных п. и дальнейшего снижения смертности. Совместная работа с иммунно-биологами—наша ближайшая задача. *Положение о немедленной отправке в хирургическое отделение всех подозрительных на п. б-ных должно быть безапелляционно усвоено всеми терапевтами, районными и разъездными врачами.*

Следующий доклад „О туберкулезном п.“ был представлен проф. Часовниковым (Одесса).

Тбк перитонит наблюдается чаще всего среди б-ных, страдающих тбк других органов, возникая вторично. Из первичных очагов на первом

месте стоят легкие, плевра, мезентериальные железы, реже — кости и суставы. Инфекция проникает в брюшину по лимф. путям, реже — контактным путем и гематогенно. Обычно различают три формы: экссудативную, фибринозно-слипчивую и язвенно-гнойную. Некоторые признают только две формы: экссудативную и сухую. Резкое разграничение между формами не всегда возможно, т. к. по существу они различные стадии одного процесса. Начало и течение в большей части медленное, реже подострое. Температура чаще нормальна, но может быть и высокой. С диагностической точки зрения возможны трудности, вследствие смешения с острым п., с гнойным пельвео-перитонитом, холециститом и т. д. Клинический и пат.-анат. диагноз совпадают в 40% случ. При распознавании большую роль играет хорошо собранный анамнез, проба Пирке, в более трудных случаях прививка экссудата морской свинке и пробная лапаротомия. Лечение тбк п. идет в двух направлениях: консервативном (гелиотерапия, кварц, облучение, реже рентген) и оперативном — лапаротомия.

Оба метода всегда сочетаются с рациональным питанием и гигиеническим режимом, если возможно — с санаторным лечением.

При операции не рекомендуется вылущать железы, удалять червеобразный отросток и придатки. Ближайшие результаты лечения лучше отдаленных, которые в значительной степени зависят от тенденции к развитию первичного очага.

С докладом о пневмококковых п. выступил проф. Кох (Одесса). Эта форма представляет почти исключительную привилегию детей, но встречается и у взрослых. Наблюдается не часто, но при заболеваниях брюшной полости у детей о ней нужно помнить. Пути проникновения диплококка — гематогенный (метастатический, оральный, отогенный, пульмогенный и пр.), лимфогенный, многими оспариваемый, и вагинальный. Диф. диагноз имеет большое значение, т. к. оперативное лечение при п. п. в первые дни в стадии шока, а затем в стадии диффузного п. противопоказано; только в дальнейшем, в стадии отграничения и образования абсцесса, показано вмешательство.

Проф. Мир-Касимов (Баку) сделал сообщение о 78 сл. перфоративных п. при брюшном тифе. Эта форма п. может возникнуть и без перфорации язвы, т. к. истонченная кишечная петля может пропускать флору и вызвать п. Диагноз облегчается нахождением газа в брюшной полости при рентгеноскопии. При всяком обоснованном подозрении на п. необходимо сделать пробную лапаротомию. При зашивании перфорации следует избегать тампонады, брюшную рану зашивать наглухо. Живые дебаты вызвали вопросы дренирования брюшной полости, вливания в нее эфира, спирта и применения антисептических средств.

Проф. Ратнер (Казань) рекомендовал энтеростомию при паралитических формах п. после аппендектомий и гинекологических операций.

Т. Молодая обратила внимание на резкую разницу в течении п. в зависимости от того, сделана ли операция под общим наркозом или под местной анестезией по Вишневскому.

Председатель проф. Гальперн в мастерском резюме указал, что к вопросу о лечении п. практические врачи, как это показали прения, относятся с живейшим интересом.

Съезду представлен огромный материал, но он еще не дает элементов нового, которые бы позволили нам продвинуться вперед в борьбе со

смертностью. За последние 20 лет в этой области достигнуты колоссальные успехи, но порядочная часть больных все еще погибает. Отсюда наши поиски новых путей. Решающее значение имеет ранняя диагностика и ранняя операция, с целью устранения источника инфекции. Б-ные п. больших вмешательств не переносят, поэтому наши операции должны быть простыми. Все остальное—детали, правда, существенные. Дренаж на длительный срок невозможен, но около суток он функционирует, а сутки при п.—срок большой. Поэтому о дренаже практическому врачу надо помнить. Что касается промывания брюшной полости, то небольшие не достигают цели, а при больших, как это делают „патентованные промывальщики“, редко получаются хорошие результаты. Эфир—давно похоронен, спирт вряд ли получит практическое применение вследствие вредного его воздействия на эндотелий. Сывороточное лечение п. заслуживает проверки, и НКЗ следует позаботиться об изготовлении сыворотки.

При лечении пневмококковых п. мы в острой стадии не можем рационально поставить лечение, т. к. не знаем, а, следовательно, не можем устранить источника инфекции. В сомнительных случаях предпочтительно оперировать. В лечении тбк п. здоровый консерватизм определяет нашу линию поведения, та же тенденция по отношению к пневмококковому п.

Часть вечернего заседания была уделена вопросу о „лечении гнойных артритов“. Проф. Ф. Ю. Розе (Харьков) указал на большое оборонное значение этого вопроса. Суставы—очень чувствительный к инфекции отдел человеческого организма. В первые дни развивается эмпиема сустава, через 8—12 дней мы уже имеем флегмону капсулы сустава. В первые 2—3 дня активные движения еще сохранены, при флегмоне активные движения невозможны, а пассивные—очень болезненны. Эмпиема в короткий срок, но постепенно переходит в флегмону. Большое значение при проникающих ранениях имеет профилактическое лечение: при глухом закрытии сустава вводят несколько куб. см антис. раствора (риваноль). Если прошло 7—8 часов, рану надо считать несомненно инфицированной. В стадии эмпиемы дает хороший результат метод Пайра—прокол сустава, введение в его полость раствора новокаина под сильным давлением, с последующим отсасыванием и вливанием камфор-нафтола. Если метод Пайра не дает результатов, то прибегают к артротомии. В материале Розе преобладают поражения коленного сустава. Артротомия Кенига здесь недостаточна вследствие неполного дренажа, поэтому а. предпочитает широкую артротомию. По отношению к другим суставам мы еще не имеем рациональных методов дренирования. При гнойном воспалении локтевого, плечевого и кистевого суставов, автор настаивает на первичной резекции уже в первые дни. В стадии флегмоны—первичная резекция с широкой артротомией. В отдельных случаях может быть показана ампутация, но она дает не меньшую смертность, чем резекция. Все методы артротомии дают анкилоз.

Проф. Болярский (Винница) свой доклад посвятил анализу 53 случ. гнойного воспаления коленного сустава, со смертностью в 9,4%.

Случай с ослабленной инфекцией (синовиты пневмо- и стафило-кокковые), сквозные огнестрельные ранения часто излечиваются при простой иммобилизации сустава. При незапущенных случаях гнойных гонитов хорошие результаты дают пункции с промыванием сустава (риваноль, жидкость Дакена). При их недействительности—артротомия. При болез-

ненности и отеке в подколенной ямке—разрезы сзади по методу Ясенецкого-Войно. Консервативную терапию гнойных артритов защищал Махмудбеков (Баку).

Выступавшие в прениях отдавали должное консервативным методам лечения, но с учетом характера инфекции и клинической формы (Заблудовский, Торкачева).

Проф. Краснобаев (Москва) отметил особенности течения гнойных артритов у детей, где ему ни разу не приходилось прибегать ни к резекции, ни к ампутации. При эмпиеме сустава—простая пункция и покой ведут у детей к излечению, при флегмоне—артротомия. *Попытки к консервативному лечению, имеющему целью сохранение не только жизни больного, но и функции сустава, заслуживают дальнейшего изучения, но при этом необходимо умелое и тщательное наблюдение, чтобы в случаях, где процесс не удастся локализовать, уступить дорогу ножу.*

Весь второй день съезда был занят докладами и прениями по программному вопросу „кишечная непроходимость“.

Первый докладчик проф. Э. Л. Шапиро (Одесса) констатирует недостаточную изученность патогенеза к. н. Экспериментальные исследования по этому вопросу далеко не всегда приводят к результатам, которые могли бы быть перенесены в патологию человека. Нарушение кровообращения в кишечнике при к. н., вследствие сдавления кишечной петли или сосудов брыжейки ведет к расстройствам процессов всасывания выше места сдавления и к перерастяжению ее стенок; скопление жидкого содержимого в просвете кишок вследствие трансудации и гиперсекреции ведет к глубоким нарушениям водно-солевого обмена; кровь теряет способность удерживать уровень хлоридов. Остановившись на различных теориях к. н., докладчик отдает предпочтение интоксикационной теории. Только в 50% удается поставить правильный диагноз характера к. н. Большое значение имеет тщательно собранный анамнез.

На вопросах терапии к. н. останавливается проф. Юкельсон (Киев). Консервативные мероприятия могут рассчитывать на успех только при немногочисленных формах к. н. механического характера, как илеоцекальная инвагинация у детей, к. н. от аскарид и заворот flex. *sygmoideae* при поворотах не более 180°. На первом месте—клизмы, обыкновенные и высокие, в особенности с гипертр. раствором соли (15%). *На терапевтических мероприятиях не следует задерживаться более 3—4 часов. Единственное причинное лечение—оперативное.* Перед операцией—промывание желудка. Ввиду малой сопротивляемости б-ных—максимальное щажение. Первая задача: выяснение места и характера препятствия. В этом смысле ничего неясного оставаться не должно, надо помнить о возможности нескольких препятствий. Избегать эквентрации, если это возможно сочетать с точным выяснением места препятствия. Первичная резекция при илеусах вследствие опухолей толстых кишок дает большую смертность, поэтому в таких случаях следует наложить каловый свищ на слепую кишку, а резекцию сделать при втором этапе.

Проф. А. В. Мельников (Харьков) в живом докладе, заостренном на собственных установках, отмечает, что к. н. это область, где хирурги допускают наибольшее количество ошибок. Смертность при к. н. за последние 25 лет не имеет тенденции падать и остается выше 40%. Деле-

ние на механическую и динамическую формы к. н. действительно в первые часы; всякий илеус странгул. характера в дальнейшем осложняется явлениями обтурации. Автор придерживается деления Рокицкого на к. н. экстра- и интраорганные и интрамуральные. Различает 4 стадии: 1) местных явлений, 2) шока, 3) интоксикации и 4) перитонита (сепсиса). Симптом—боли в первой стадии; без боли нет острого илеуса; менее важное значение имеет неотхождение кала и газов и, наконец, ранняя рвота при нормальной или субнормальной температуре. При оценке боли надо помнить о склонности некоторых пожилых лиц сглаживать интенсивность болевых ощущений. Только ранняя операция дает условия для снижения операц. смертности, и если операция в I стадии дает 10—12%, то в III она поднимается до 45%, а при IV—до 90%. В запущенных случаях автор—сторонник кишечного свища, высказывается категорически против энтероанастомоза при к. н., дающего повод к последующему *circulus vitiosus*. Только при заворотах S-gomani анастомоз заслуживает внимания. Надо помнить, что операция ликвидирует механическое препятствие, но не снимает шока и интоксикации, поэтому послеоперац. период требует особого внимания: вливания глюкозы, адреналин, промывания желудка и т. д.

Проф. Самарин (Ленинград) считает, что при к. н. большую роль играет нарушение кругооборота пищеварительных соков. Этим объясняется высокая смертность при тонко-кишечных свищах. Резко возражает против интоксикационной теории. Центральное место в проблеме к. н. играет потеря соков, соковое голодание, плохое всасывание в кишечнике.

Из выступавших в прениях одни делились своим материалом, другие докладывали об особенностях к. н. у детей, указывали на необходимость изучения отдал. результатов, отмечая, что только у 20% получен хороший результат, а $\frac{3}{4}$ оперированных продолжают болеть.

Применение местной анестезии по методу проф. Вишневого дает снижение смертности (Шолков, Динерман, Тимофеев и др.). Большие споры вызвал вопрос о первичной резекции, высокая смертность которой склоняет многих к паллиативным операциям (Мушкатин, Гуревич, Ратнер).

В заключ. слове пред. проф. Герцен указывает, что, как показали прения, интоксикационная теория имеет все же много сторонников, но нет сомнения, что расстройства обмена хлора также играют большую роль. По вопросу об эксудате не может быть двух мнений—его необходимо удалять, конечно без лишней травмы. В отношении местной анестезии проф. Герцен по существу не резюмировал дебаты, выявившие ряд преимуществ местной анестезии при к. н., а высказал свое личное отрицательное отношение к местному обезболиванию.

Утреннее заседание *третьего дня* съезда посвящено докладам о лечении инфицированных ран. Вопрос этот всегда юный и всегда своевременный, как правильно отметил проф. Милостанов (Харьков). В царской армии помощь раненым была поставлена настолько плохо, что в строй возвращалось только 40% раненых, тогда как в западных странах—до 90%. Наш долг перед советской нашей родиной—поставить дело лечения раненых на надлежащую высоту. Если в деле лечения ран ранее господствовало бактериол. направление, то в наше время завоевывает симпатии всех био-физико-химическое. Лечение инфицированных ран в современном понимании ставит своей задачей воздействие на инфекцию путем стиму-

ляции биохимических реакций, идущих в ране, в процессе ее заживления. Все ранения следует делить на две группы: 1) свежее-инфицированные; 2) инфицированные. Границей между ними являются первые 24 ч. В настоящее время намечается три направления в лечении ран: а) антисептика физико-механическая; б) а. химическая и с) а. био-физико-химическая. Первое включает непревзойденный в предупреждении инфекции метод первичного иссечения раны с первичным швом или без него.

В оценке второго направления мы далеко ушли от концепций Листера: проблема abortивного удаления инфекции не разрешена. Кроме свежих ранений небольших размеров и простых по форме и анатомическому характеру, антисептика применяется как фактор косвенного воздействия на бактерию путем повышения иммуно-биологических свойств тканей. Здесь большое значение имеют хлорсодержащие препараты, в частности хлорацrid. Наконец, био-физико-химическая антисептика включает большой круг методов, имеющих целью охранять естественные процессы заживления ран (метод закрытого, бездренажного, бестампонного лечения; редкие перевязки, покой раны). Гнилостные раны, с заведомо анаэробной инфекцией, лучше протекают при открытом способе. Стимуляция регенеративных процессов в ране достигается применением лизатотерапии, витаминного метода по Леру, ферментного лечения, помогающего организму легче преодолеть процессы распада. Наш интерес привлекают методы создания коллоидной пленки в ране; много обещает бактериофаг.

Проф. Коздоба остановился на роли эндокринной системы в заживлении ран.

Проф. Соколов (Одесса) поделился опытом лечения инфиц. ран растительными соками (апельсиновым и помидорным).

О коллоидотерапии гнойных ран сделали сообщение Новиков (гуммиарабик) и Школьников (столярный клей).

Разноречивую оценку получили препараты серебра по Моисееву и Ермолаеву.

Большой интерес представляло выступление проф. Гориневской (Москва) об ошибках и осложнениях при первичной обработке и наложении глухого шва на первично инфицированные раны. Иссечение—ходовая, но иногда очень трудная операция. На материале института им. Склифасовского (4000 случаев тяжелой уличной травмы) получено при применении этого метода только 12,6% нагноений и 0,7% смертей. Однако опыт показал, что при выполнении этой операции допускается ряд ошибок: 1) иссекаются края раны, а дно и стенки ее оставляются, 2) оставляются в глубине раны инородные тела (солома, щепочки и пр.), что приводит к тяжелым осложнениям—газовая инфекция, сепсис и т. д. Необходимо тщательное иссечение поврежденных размятых мышц. Не следует допускать при наложении швов натяжения кожи. Необходимо тщательное последующее наблюдение и при появлении повышенной температуры, болей, отека—немедленно расшить рану.

Страстные прения вызвал вопрос об открытом лечении ран, сторонники которого указывали на вред повязок, нарушающих покой раны, тогда как противники, наоборот, отмечали неэкономность метода (пачкает белье, требует спец. персонала для ухода). „Смрад в палатах при открытом лечении не уступает смраду в Дантовом аду“—едко отметил проф. Корцип.

Предс. проф. Мельников в заключительном слове отметил большой интерес вопроса, вызвавшего оживленные прения. В отношении антис. средств выявилось, наряду с увлечениями одних, неудовлетворенность других. Антисепт. вещества,—правильно указал проф. Мельников,—останутся в хирургической клинике, пока существует человек. Бактерицид займет, по-видимому, большое место. Лечение препаратами Моисеева не внушает больших надежд; аммиачные соли серебра заслуживают изучения. Методы, связанные с применением витаминов, в частности Лера, всегда будут оставлять сомнение, не обязаны ли они своими результатами покою и мазевым повязкам, которые издавна занимают заслуженное место в лечении ран, а не витамину. Коллоидотерапия ран заслуживает внимания, но она еще не вышла из стадии лабораторного изучения, так же, как и применение бактериофага. Противоречивость в результатах применения различных методов частично объясняется тем, что сторонники какого-либо метода получают хорошие результаты не столько благодаря присутствию самому способу преимуществ, сколько более внимательным уходом за б-ными при изучении любого метода.

Данные Гориневской показали, каких блестящих результатов можно достигнуть в спец. учреждении при первичном иссечении инфиц. ран, но он требует большого умения, а потому его пока нельзя широко пропагандировать. И тампон, и дренаж останутся, пока существует хирургия, т. к. они в ряде случаев выручают хирурга. Метод открытого лечения ран допустим при поверхностных ранениях, применение его при всякого рода глубоких ранах—жесточайшая ошибка.

Обстоятельный и живой доклад по программному вопросу о с.-х. травматизме сделала проф. Гориневская. Огромная часть населения нашей страны—колхозники. А между тем, с делом медпомощи на этом участке у нас далеко не благополучно. Выезды на село на время посевов и уборки, кампанейский метод работы нас удовлетворить не могут. В условиях социалистической организации труда, где в основу положена прежде всего забота о человеке, возможна плановая борьба с с.-х. т. Громадный опыт борьбы с промышленным травматизмом в значительной степени может облегчить эту задачу.

Подлежат тщательному изучению организационные причины с.-х. т.—нерациональные методы ведения с.-х. работ, работа устарелыми орудиями, недостаточное знакомство с новейшими с.-х. машинами. Необходимо обратить внимание на методы профилактики с.-х. т., как правильная организация труда, овладение техникой, борьба за поднятие культурного уровня колхозника и т. д. Первоочередные задачи состоят в распространении знаний по первой помощи среди колхозников, улучшения транспорта, подготовке участковых врачей.

Тов. Бродский указывает, что на первом месте стоят травмы трактором вследствие недостаточного знакомства с его устройством.

Доц. Векснер (Днепропетровск) по вопросу о травмах трактористов отмечает уменьшение количества повреждений с увеличением стажа трактористов.

Т. Климов с успехом демонстрировал съезду особую форму асептических пакетов, модель передвижной амбулатории на автомобиле.

Изменения в устройстве с.-х. машин, предлагаемые врачами, с целью уменьшения травм, как указал проф. Гальперн, часто не прививаются

то внимание заводами, их изготовляющими. Необходимо привлечь внимание печати и НКЗ, чтобы переломить консервативные тенденции некоторых хозяйственников.

В заключит. слове проф. Гориневская совершенно правильно указала, что в деле борьбы с с.-х. т. нельзя полагаться на самотек в надежде, что внедрение машин уменьшит количество травм. Здесь надо много и упорно поработать.

Четвертый день съезда открылся докладом заслуж. деятеля науки проф. А. В. Вишневского (Москва) „О новокаиновом блоке“, при напряженном внимании переполненного делегатами зала. Вопрос о н. б. тесно связан с проблемой нейротрофики. Последняя впервые поставлена покойным Павловым в работе об усиливающих нервах сердца. Под трофическим влиянием он понимал участие вегетативных нервов в регуляции интимных химических превращений и обмена материалами между тканью и внешней средой. Дальнейшее развитие эта проблема получила в работах школы Орбели и Сперанского. Проф. А. В. Вишневский подошел к вопросу другим путем—многолетней системной работой по местному обезболиванию. Его внимание прежде всего привлекли нарушения в течении заживления ран при неправильной конструкции обезболивающих растворов и погрешности в технике инъекций. Эти нарушения в заживлении ран им объяснялись вредным влиянием на трофическую установку нервной системы и легко устранялись изменением состава раствора, щажением тканей, пользованием теплым раствором. Применяя в течение ряда лет инфилтрат. анестезию при воспалительных процессах в разрез с общепринятыми воззрениями о недопустимости инфильтрации воспаленных тканей, д. убедился не только в безвредности местной анестезии, но и в благоприятном влиянии ее на течение основного процесса. Преимущества н. б. по сравнению с кровавыми операциями невротомий—во временном характере его воздействия, т. к. нервная система грубых вмешательств не терпит. Дальнейшие исследования пошли по линии изучения трофических сдвигов при заболеваниях, где действие н. б. выходило за пределы данного сегмента, данной рефлекторной дуги. Оказалось, что н. б. часто меняет в благоприятную сторону течение ряда воспалительных заболеваний (рожа, отек гортани, эпидидимит, карбункул), заболеваний, связанных с дисфункцией вегетативной нервной системы и дистрофических процессов, не ставших еще необратимыми. При воспалит. процессах эффект был наиболее убедительным и устанавливал с несомненностью наличие нейротрофического компонента. В дальнейшем, в понимании происходящих при н. б. процессов докладчик стал на точку зрения гипотезы „слабых раздражений“, под влиянием которых нервная система перестраивает неблагоприятную установку в более благоприятную. Отсюда один шаг к поискам других форм слабого раздражения нервной системы, как нейтральный раствор метиленовой синьки, слабый раствор спирта и т. д. В концепции комбинированного воздействия слабых раздражителей на тот или иной воспалит. процесс проф. Вишневский рассматривает и методы ухода за гнойниками, применение мазевых повязок, эмульсий, мазевых дренажей и т. д. Защищая нервы очага от влияния сильных раздражителей, среди которых инфекция занимает, вероятно, одно из первых мест, мы в значительной мере предупреждаем распространение процесса. Воспалит. процессы кожи типа гидраденита,

Фурункула идут под влиянием н. б. к быстрому разрешению. При катаральных формах острого аппендицита н. б. дает затихание процесса, что позволяет применять его с целью дифер. диагностики с тяжелыми гнойными формами аппендицита. Стоя на точке зрения нервного генеза большинства заболеваний, д. пытается объединить и различные формы наших терапевтических воздействий под знаком ведущей роли нервной системы и ее трофического влияния, становясь таким образом на путь патогенетической терапии.

Следующий докладчик, проф. Ищенко, анализируя механизм действия н. б., приходит к заключению, что лечебный его эффект надо трактовать как следствие выключения эндогенных раздражителей и внесения добавочного раздражения, обуславливающего перестройку внутринервных отношений. На основании изучения 100 сл. н. б. считает, что он наиболее действителен при простых трофических язвах нижних конечностей и в ранних фазах облитерирующего эндоартериита. А. А. Вишневский получил при применении метиленовой сини¹⁾ результаты, аналогичные эффекту от н. б. В случаях, когда н. б. не дал сдвига—ответной реакции с очага поражения и где повторное применение н. б. может оказаться рискованным, целесообразно перейти на инъекции сини.

Ряд содокладов и оживленные, порой страстные прения показали, что блок получился большое распространение в клинике, но вместе с тем обнаружилось нездоровое увлечение им в ряде мест и тенденция превратить его в панацею при всех заболеваниях, несмотря на исключительно осторожные формулировки автора метода.

Предс. проф. Шапов указал, что работами школы проф. Вишневского установлен ряд неоспоримых фактов отдаленного влияния н. б. путем воздействия на симпатическую нервную систему. Работа находится в процессе все расширяющихся изысканий, и детальный анализ механизма блока пока еще не закончен. Проблема, поднятая проф. Вишневским, чрезвычайно интересна, дальнейшая ее разработка обещает дать захватывающие результаты.

После бурного заседания по волновавшему всех вопросу о н. б. съезд перешел к последнему вопросу программы: „лечение ожогов“.

Проф. Наливкин отметил, что этот вопрос, имеющий большое социальное и оборонное значение, впервые обсуждается на съезде. Высокий процент смертности в первые дни после ожога делает особенно ответственным лечение в первом периоде. Наиболее приемлема классификация ожогов по глубине повреждения тканей и протяженности ожога. В первом периоде на первом плане стоит борьба с шоком—благоприятное влияние здесь оказывает морфий; необходим полный покой, согревание, капельные клизмы. Для борьбы с токсемией—переливание крови, инъекции атропина, тиосульфата натрия. Очень заманчива мысль abortивного лечения ожогов первичным иссечением области ожога, но она встречает затруднения в трудности определения границ поврежденных в глубину тканей. До сих пор конкурируют между собою открытый и закрытый способы лечения. Первый имеет ряд недостатков, из которых главные: невозможность амбулаторного его применения и трудности проведения

¹⁾ 0,5% раствор на дистил. воде с предварительной фильтрацией и пастеризацией вводится внутривенно в дозе 5 куб. см с перерывами не менее 2 дней.

у детей. Д. в 92 сл. применял танин-сулемовую повязку, накладываемую на длительный срок. Она дает идеальный струп и служит хорошей защитой против внедрения инфекции. Следующий докл. проф. Чаругин (Полтава)—сторонник применения в первые 24 ч. влажной повязки из 3% танина до образования корки, а в последующем—открытого лечения под присыпкой (талк, гипс). Вместо танина можно применять 5% раствор марг.-кислого калия. При ожогах кислотами немедленное смывание большими количествами воды.

Проф. Ищенко и Лебедева (Киев) считают, что при ожогах, вследствие выключения функции комплемента, происходит нарушение жизнедеятельности клетки и ферментативных процессов в ней. Цель лечения—предотвратить аутоинтоксикацию и шок. Хороший эффект получается при применении красок—метиленовой синьки, генцианвиолета, бриллиантовой зелени и т. д.

Т. Василькова указывает на ряд, кроме перечисленных выше, дефектов открытого метода лечения: невозможность его применения при циркулярных ожогах, в местах складок, опасность инфекции даже при тщательном уходе, частые случаи рожи. Рекомендует видоизмененный способ Митшинера: тщательная первичная обработка ожога, с удалением отслоенного эпидермиса при предварительном обезболивании морфием (у детей—настойка опия). После этого накладывается влажная танин-сулемовая повязка¹⁾ в 10—12 слоев марли, не сменяемая в течение 8—20 дней, до наступления эпидермизации. По вопросу о применении переливания крови при ожогах не было единодушия. Сторонники переливания (Комиссаров, Рудаковская) считают, что оно поднимает силы организма и ускоряет регенеративные процессы, другие не придают ему значения (Стручков и Самсонова). Спиридонов считает, наоборот, показанным при явлениях токсемии кровопускание в 300—400 куб. см с последующим введением физиологического раствора или плазмы крови resp асцитической жидкости.

Проф. Краснобаев с горечью отмечает, что до сих пор при лечении ожогов у взрослых мы получаем около 11,5% смертей. Это—жуткая цифра. В течение ряда лет оппонент работал с меловой повязкой при ожогах у детей. В последние годы перешел на открытый способ, думая, что идет на улучшение. Но когда через несколько лет подытожил свои наблюдения, то получил все тот же процент смертей. Б-ца им. Филатова начала применять ультрафиолетовое облучение и получила снижение смертности. Это казалось успехом. Однако Инст. охматмлада в Ленинграде получил при одном открытом способе, без облучения, 10,3% смертности. Повидимому вопрос этот гораздо сложнее. Ожоги I и II степени дают прекрасные результаты при всяком методе лечения. Другое дело—тяжелые ожоги.

Проф. Зено демонстрировал съезду фильм, иллюстрирующий его метод лечения ожогов всех степеней гипсовой повязкой. При ее наложении не следует стремиться к моделиации, надо стараться достигнуть пористости, не подкладывать ваты и марли. Повязка обладает большой всасывающей способностью. Через 10—12 д. она снимается.

¹⁾ 4% раствор танина в растворе сулемы 1:3000.

Предс. проф. Гориневская с удовлетворением отметила упорную работу врачебной мысли с целью облегчения судьбы этих тяжелейших больных. В настоящее время ведущий метод—открытый, но последнее слово в вопросе лечения ожогов еще не сказано. Способ высушивания требует гораздо большего внимания и тщательного ухода. Дальнейшего снижения смертности и осложнений можно добиться организацией правильного ухода. В самом лечении нужна система, а не суетливый переход от одного средства к другому. Что касается гипсовой повязки Зено, то ее можно рекомендовать при ожогах I и II степ., наоборот, при III ст. она противопоказана. Гипс необходимо, во избежание инфекции, хорошо прокаливать.

Последний день съезд уделяет вопросу о поясничных болях и неправильно сросшихся переломах.

Проф. Ситенко (Харьков) представляет съезду классификацию 12 групп заболеваний, сопровождающихся поясничными болями (п. б.). Аномалии позвонков несомненно могут быть причиной п. б., но для того, чтобы их признать виновными в генезе болей, необходимо, чтобы последние локализовались на месте и на стороне аномалии. Травмы—чаще всего резкое сгибание позвоночника (раздавливание хрящей) и резкая ротация (переломы дужек)—также могут быть причиной этого синдрома. Рентг. снимки обязательны в двух проекциях. Спондилиты—анкилозирующий и деформирующий—могут сопровождаться п. б. Что касается лечения, то основное—покой, создание легкой опоры для позвоночника. В более тяжелых случаях—корсеты с пелотами. При упорных болях—эпидуральные инъекции 1/4% новокаина (40 куб. см, 2—3 р. в теч. неск. дн.). Бальнеологическое лечение дает различные результаты, в связи с конституц. особенностями больного. Проф. Нейдинг (Одесса) характеризует роль п. б. в невропатологии. П. б. занимают второе место после головных и наблюдаются при заболеваниях периф. и центр. нервной системы. Все изменения в спинномозговой жидкости могут отразиться на функции поясничных нервов. Качество основного заболевания придает особые оттенки п. б. Так, при раках боли имеют жестокий характер и являются иногда единственным симптомом метастазов в костной системе.

В последнее время снова оживился интерес к невралгиям мышечного аппарата поясницы—возникла теория миофасцикулитов. П. б. при них хорошо поддаются тепловым процедурам.

Доц. Углев остановился на значении п. б. в урологии. Задержка мочи в любой части мочевых путей может дать симптом п. б. вследствие растяжения лоханки.

В заключ. слове предс. проф. Кефер указал, что при диагнозе п. б. необходима чрезвычайная осторожность.

По последнему вопросу—„Неправильно сросшиеся переломы“—выступил с докладом проф. Кефер (Одесса). Обычно считают н. с. п. те, при которых нет сращения концов костей в анатомически правильном положении. На самом деле опыт нас убеждает, что в ряде случаев рентген обнаруживает неправильное положение костных отломков, а результат в смысле функции конечности и трудоспособности хороший. И, наоборот. Особенно следует отметить приспособляемость и гибкость в смысле перестройки костной системы у детей. В этом возрасте сглаживаются или полностью исчезают и значительные укорочения. Проводя лечение, надо помнить,

что при переломах страдает не только кость, но в патологический процесс вовлечены мышцы, нервная система и кожа. Главные причины н. с. п.—в неправильной диагностике и невыполнении основного правила—проводить вправление отломков под обезболиванием (местным), а в дальнейшем следить за сохранением отломков после их вправления в правильном положении. Автор отдает предпочтение консерв. лечению переломов, к оперативной фиксации прибегает только в случаях, когда не удается достигнуть правильного положения отломков.

Дальберг отмечает, что необоснованное откладывание вправления отломков затрудняет его выполнение. Небольшие деформации хорошо поддаются физиотерапии и разработке движений; при ротациях и боковых смещениях применялась рефрактура (93 сл.).

Смоляк делает сообщение об отдал. результатах н. с. п. в детском возрасте. Изучение рентгенограмм отдал. результатов 204 сл. переломов у детей обнаружило в большинстве полное восстановление анатомических соотношений кости. Особенно благоприятны переломы ключицы, где неправильное сращение под углом, расхождение отломков с образованием большой мозоли не дают нарушения функции.

Переломы проксимального отдела плеча, переломы луча и обеих костей предплечья в нижней трети, переломы голени также дают хороший функциональный результат. Н. с. п. диафиза бедра с укорочением до 3 см на протяжении нескольких лет дают исчезновение укорочения. Ограничение функции дают переломы области локтя. Отсюда вытекает, что в детском возрасте не следует спешить с операцией при н. с. п.

Михельсон указывает на недостаточное знакомство врачей с челюстной травмой.

Среди причин н. с. п. проф. Эпштейн отмечает кратковременное применение иммобилизации и прерывание ее без достаточных причин.

Проф. Гориневская констатирует недостаточное умение массы врачей лечить переломы. В каждом крупном лечучреждении должно быть выделено травматическое отделение.

Подводя итоги, предс. проф. Ситенко согласен, что делу лечения переломов у нас уделяется недостаточно внимания врачами, органами здравоохранения. Неблагополучно и с преподаванием лечения переломов. В деле лечения переломов велика роль рентгена, но в большинстве случаев переломы могут быть правильно распознаны и правильно лечены и без такового. При н. с. п. остеотомия в месте перелома—метод выбора; склетное вытяжение играет вспомогательную роль. Неправильно сросшиеся переломы—это деформация, которая указывает на наше несовершенство. Наша ближайшая задача—так перестроить свою работу, чтобы н. с. п. не было.

Закрывая съезд, председатель оргбюро проф. Кефер отметил, что настоящий съезд хирургов Украины по количеству участников и составу принял характер всесоюзного, что лишний раз подчеркивает братское единение между всеми частями нашего великого Союза.

Следующий съезд намечен на 1939 год в г. Киеве.