

улучшает движения). Костнотуберкулезным больным проводится как консервативное, так и оперативное лечение.

Для Дрездена 205 ортопедических коек недостаточно, очереди для поступления в клинику ждут более 300 больных.

Большое впечатление произвела на нас Дрезденская картинная галерея. Очень тронула нас надпись над входом в эту галерею: «Народы Советского Союза спасли и немецкому народу передали дрезденские богатства мировой культуры. Мы используем их с благодарностью во имя дружбы народов и мира».

Во время всего пребывания нашей делегации в Дрездене мы чувствовали со стороны ученых и граждан этого города теплое и дружеское отношение к нам как представителям Советского Союза.

В заключение следует сказать, что реабилитация как отдельное направление здравоохранения получила признание во многих странах. Наиболее успешны результаты реабилитации тогда, когда к этой работе привлечены все заинтересованные специалисты, а медицинская реабилитация тесно связана с трудовой.

В нашей стране проводится громадная работа по реабилитации. Для большей ее эффективности необходимо всю эту работу организационно координировать в одном центре при Министерстве здравоохранения.

Весьма целесообразно было бы рекомендовать периодической медицинской печати более широко отображать работу по реабилитации в различных медицинских специальностях.

Проф. Л. И. Шулюк  
(Казань)

## ВТОРОЙ ВСЕРОССИЙСКИЙ СЪЕЗД ХИРУРГОВ

(24—29/IX 1962 г., Саратов)

Съезд проходил под председательством действительного члена АМН СССР проф. А. А. Вишневого.

По проблеме портальной гипертензии заслушано 20 докладов.

Ф. Г. Углов (Ленинград) выделяет две формы нарушения тока крови: внутривеночный и внепеченочный блок. Решающее значение для диагностики, выявления характера и места портального блока имеет спленопортография.

На высоте кровотечения оперативное лечение не показано. Длительное капельное переливание крови в больших дозах обычно привело к остановке кровотечения. В угрожающих случаях рекомендуется перевязка селезеночной артерии или вен пищевода. Спленэктомия производится крайне редко. Наиболее рациональным методом лечения считается прямой портокавальный анастомоз.

Б. А. Петров, Э. И. Гальперин, М. К. Щербатенко (Москва) придают большое значение измерению внутриселезеночного давления, что позволяет судить о степени нарушения портальной циркуляции и возможности операции.

Больных разделяют на две основные группы: I — с расширенными венами пищевода и кровотечениями и II — с циррозом печени и хроническим асцитом. Оперативные вмешательства для снижения давления показаны главным образом у больных I гр.

При кровотечении из расширенных вен пищевода, если не помогает переливание крови и гемостатические препараты, вводят в пищевод пневмобаллон для сдавления вен. Из операций рекомендуют рассечение передней стенки желудка в субкардиальном отделе с перевязкой изнутри расширенных вен. Операции, направленные на создание анастомозов с мелкими ветвями воротной вены, и оментопексии дают повторные кровотечения.

М. Д. Пациора (Москва) рекомендует при симптоме портальной гипертензии с варикозно расширенными венами пищевода и портальным давлением выше 350 мм водяного столба спленоренальный анастомоз. При давлении ниже 350 мм, а также при невозможности наложения сосудистого анастомоза показана спленэктомия с оментопексией в сочетании с перевязкой вен пищевода или перевязкой венозной вены желудка.

В. В. Виноградов, П. Н. Мазаев, В. П. Шишкин, М. Я. Авруцкий, Ю. Д. Вольнский, А. С. Логинов, Х. Х. Кулиева (Москва — Калинин) исследовали систему печеночных вен и артерий, состояние паренхимы печени. Эти исследования позволили наметить пути хирургического лечения. У некоторых больных прибегали к катетеризации печеночных вен с регистрацией «печеночно-капиллярного давления» и рентгеноконтрастным исследованием печеночных вен. Рентгенологическое исследование сосудов портальной системы производилось 70% раствором кардиотраста или диотраста в количестве 25—30 мл.

П. Н. Напалков, И. И. Шафер, А. Я. Липский, Е. Д. Можайский (Ленинград) рекомендуют пользоваться различными методами оперативного вмешательства. Отдаленные результаты прослежены более чем у 80 больных в сроки до 7 лет. У значительной группы больных наступило стойкое улучшение.

А. Ф. Зверев, Г. И. Гридина (Свердловск) при внепеченочной портальной гипертензии у детей рекомендуют производить спленэктомию в сочетании с оменторенопексией и перевязкой сосудов малого сальника в кардиальном отделе желудка.

Е. Н. Мешалкин, Г. А. Моргунов (Новосибирск — Рига) предложили методику, позволяющую создать лучшие условия для наложения портокавального анастомоза по типу «конец в бок» ручным П-образным непрерывным швом. Эта методика избавляет от тромбоза.

А. А. Полянцева (Волгоград) наилучшие отдаленные результаты видел от прямого портокавального анастомоза, печеночно-селезеночного анастомоза и спленэктомии с оменторенопексией.

Т. О. Корякина (Калинин) считает спленэктомию категорически противопоказанной. Операция выводит из строя селезеночную вену, которую потом при рецидивах кровотечения нельзя использовать для наложения анастомоза. Спленэктомия показана лишь тогда, когда портография определяет локализацию блока вблизи ворот селезенки.

Б. П. Кириллов (Рязань) при циррозе печени считает целесообразным создание органных анастомозов между сальником, печенью и диафрагмой.

М. Э. Комахидзе, Т. И. Ахметели (Тбилиси) при невозможности остановки кровотечения консервативными методами производили спленэктомию, что приводило к остановке кровотечения.

М. А. Подгорбунский, Т. И. Шраер (Кемерово) не считают показанной спленэктомию с органоанастомозом при кровотечении из варикозных вен пищевода. Сразу после операции они наблюдали у ряда больных появление или нарастание асцита, а в двух случаях — профузное кровотечение.

С. А. Боровков (Рига) у больных с портальной гипертензией, обусловленной циррозом печени, рекомендует перевязывать селезеночную артерию и венечную вену желудка совместно с левой желудочной артерией в комбинации с оментогепатодиафрагмопексией.

По проблеме «камни мочеточников» было 21 сообщение.

И. М. Поповьян, А. М. Некрасов (Саратов) наблюдали 390 больных с камнями мочеточника. У 78% больных камни находились в нижнем отделе. Консервативное лечение показано при удовлетворительном общем состоянии, камнях диаметром не более 1 см, округлой формы с ровной поверхностью, расположенных в нижних отделах мочеточника. При этом функция почек должна быть удовлетворительной без выраженных анатомических изменений верхних мочевых путей, лихорадочного состояния и макрогематурии.

А. П. Цулукидзе, Н. П. Изашвили (Тбилиси) лучшим доступом к камням мочеточника считают экстраперитонеальный.

В остром приступе почечной колики катетеризация мочеточников в большинстве случаев устраняет боли.

Б. А. Петров, В. Е. Субоцкий (Москва) лучшим доступом для удаления камней считают продольный парамедиальный внебрюшинный разрез Ридера с отодвиганием прямой мышцы живота. Этот подход можно применить при любой локализации камня.

К. Т. Овнатяня (Донецк) для удаления камней из тазового отдела мочеточника предложил надлобковый дугообразный разрез.

А. М. Шатин (Курган) при удалении камней мочеточника рекомендует глухой шов капроновыми нитями. В некоторых случаях подводится резиновый дренаж или узкий марлевый тампон на один-два дня. Больные после операции выписывались на 8—9 сутки.

М. С. Сперанская (Горький) накладывала шов на мочеточник продольно кетгутом, без захвата слизистой. Рецидивов камней у оперированных не наблюдалось.

Л. И. Дунаевский (Москва) к наилучшим средствам консервативного лечения относит спазмолитики (реватинекс и цистеналь).

В. Е. Миловидов (Москва) получил хорошие результаты от препарата ТЭМ, усиливающего перистальтику мочеточников.

С. В. Волков, М. Л. Марголин (Орел) рекомендуют специальный набор инструментов для извлечения камней. Характер инструмента индивидуальный, в зависимости от размеров камня и локализации.

З. С. Вайнберг, К. Г. Симонян (Москва) широко использовали эндовезикальный метод удаления камней мочеточников. Для этого применяют специальный катетер с металлической сеткой различной конструкции, в зависимости от размеров камня.

Л. И. Роман (Черновцы) предостерегает от инструментальных эндовезикальных манипуляций на мочеточнике, в том числе и от ретроградных уретеро-пиелограмм. Учитывая трудности извлечения камней из нижнего сегмента мочеточника, рекомендует чаще оперировать еще до того, как конкремент опустился за пределы второго сужения мочеточника.

А. Я. Пытель, М. Д. Джавад-Заде (Москва) для распознавания заболевания в момент колики и проведения дифференциальной диагностики с острыми воспалительными заболеваниями брюшной полости наиболее ценной пробой считают хромоцистоскопию. При почечно-мочеточниковой колике хороший лечебный эффект оказывает анестезия семенного канатика или круглой маточной связки.

А. И. Сержанин (Воронеж) полагает, что застреванию камней в мочеточнике способствуют добавочные сосуды, пересекающие мочеточник спереди в поперечном направлении.

В. Ф. Хоменко, И. А. Дерюшева (Новокузнецк) отметили следующую частоту локализаций камней: в верхней трети — 11,3%, в средней — 13,2%, в нижней — 75,5%. У 45,9% добились отхождения камней консервативными методами.

К. В. Константинова (Москва) доложила о наблюдениях за детьми. Наибольшее число больных было в возрасте от 7 до 15 лет. У детей в правом мочеточнике камни встречались в два раза чаще. Подавляющее большинство детей поступало в стационар с неправильным диагнозом — острый аппендицит, туберкулез мочевой системы, пиелит и др.

А. И. Райхель (Саратов) основной особенностью нефролитиаза у детей (70%) считает бессимптомное отхождение камней через мочеточник, вызывающее у мальчиков вторичные пузырные и уретральные камни, а у девочек — самоизлечение. Чем младше ребенок, тем более выражена эта особенность. Макрогематурии ни у одного ребенка не было.

Б. А. Никитин (Саратов) факторами, способствующими возникновению рецидивов камней, считает системные заболевания организма, в частности расстройства фосфорно-кальциевого обмена и патологические процессы в костях. В возникновении рецидивов играют роль моменты местного порядка: инфекция мочевыводящих путей, травмы, изменения положения мочеточника после операции, заболевания желудочно-кишечного тракта.

По проблеме «хирургия новорожденных» было 24 доклада.

Н. В. Захаров поделился опытом детской хирургической клиники Саратовского медицинского института (около 1500 операций у детей первого года жизни). При выборе метода операции следует отдавать предпочтение технически более простому. Не сперировать новорожденных в тех случаях, когда сложная операция может быть отложена на более поздний срок. Летальность после операций пока еще высока.

Л. Г. Смоляк, Л. И. Снежко (Донецк) сообщили, что в структуре летальности новорожденных первое место занимают пороки развития, второе — острые гнойные процессы, преимущественно пупочный сепсис.

И. К. Мурашов, А. Е. Звягинцев, В. М. Державин (Москва) отметили, что за последние годы увеличилось поступление новорожденных со стафилококковыми заболеваниями. Число гнойных больных во втором пятилетии, по сравнению с первым, увеличилось в два раза.

С. Я. Долецкий (Москва) сообщил об общих принципах лечения гнойной инфекции у новорожденных. Рекомендуется при острой гнойной инфекции введение антибиотиков различными путями, а также аэрозольным распылением, ионофорезом. Смена антибиотиков должна проводиться через 5—7 дней. Из общих средств проводятся капельное переливание крови, плазмы, гамма-глобулина, десенсибилизация (димедрол, пирамидон), оксигенотерапия, витаминотерапия, щелочная диета, внутривенное введение новокаина.

Г. А. Остромоухова, Н. А. Розанова, Е. А. Мовшович (Москва) наблюдали 244 новорожденных с флегмонами. Число новорожденных с флегмоной за последние 5 лет увеличилось в 5 раз. Преобладают поражения грудной клетки и пояснично-крестцовой области. Наносятся мелкие множественные разрезы на очаге и пограничной здоровой коже размером 1,5—2 см, повязки с гипертоническим раствором хлористого натрия или сернистой магнезии. Первые 2—3 дня перевязки производить через 8—12 часов проводить и общее лечение.

Ц. И. Мулина (Москва) отметила, что эмпиемы плевры у новорожденных всегда вторичные. Причины — абсцедирующие пневмонии и метастатические гнойники в легких, острые остеомиелиты, флегмоны, пупочный сепсис.

В. И. Рейхель (Саратов) наблюдал 850 детей с гематогенным остеомиелитом, из них в возрасте до года было 102. Характерной особенностью остеомиелита в грудном возрасте и у новорожденных является эпифизарная локализация с частым поражением прилежащего сустава. Рекомендует вводить антибиотики в артерию пораженной конечности в сочетании с новокаином.

Г. М. Славкина (Саратов) сообщила о 38 детях с врожденной кишечной непроходимостью на почве аномалий развития. Решающим в диагностике является рентгенологическое исследование. Из 35 оперированных умерло 15. В первые дни проводится парентеральное питание под контролем биохимических исследований.

Л. А. Ворохов (Москва) при атрезиях заднего прохода рекомендует начинать операции с промежностного разреза под местным обезболиванием, независимо от предполагаемой формы атрезии.

Г. А. Баиров (Ленинград) при выборе метода оперативного лечения атрезии пищевода считает наиболее радикальным создание прямого анастомоза. К одномоментному созданию прямого анастомоза пищевода следует прибегать только в тех случаях, когда диастаз между сегментами не превышает 2 см.

М. Н. Степанова (Москва) при атрезии внепеченочных желчных путей и наличии желчного пузыря рекомендует накладывать анастомоз между желчным пузырем и двенадцатиперстной кишкой или желудком; при атрезии желчного пузыря и общего желчного протока — анастомоз между недоразвитым общим желчным протоком и желудком, тощей кишкой или двенадцатиперстной. Операция заканчивается наложением браунского анастомоза. При атрезии всех наружных протоков и желчного пузыря — рассечение и прижигание ткани правой доли печени и иссечение ткани размером

2×4 см на глубину 2—3 см. К ране печени подшивалась со вскрытым просветом петля тонкой кишки с наложением энтеро-энтеро-анастомоза.

Я. Д. Витебский (Курган) сообщил о лечении спинномозговых грыж. Хирургическое лечение у новорожденных, максимальное расширение показаний к нему, применение новых методик позволяют спасти жизнь многим, ранее считавшимся обреченными.

А. Ф. Зверев, Г. В. Кречетов (Свердловск) оперировали 34 ребенка в возрасте от 20 часов до 30 дней под интратрахеальным наркозом закисью азота с кислородом. Осложнений от наркоза не наблюдали.

С. Е. Владыкин (Саратов) местную анестезию у большинства новорожденных считает основным видом обезболивания даже в брюшной хирургии.

В. И. Клебанович (Воронеж) при лечении переломов у новорожденных рекомендует при переломах плеча фиксацию шиной из картона в течение 12—14 дней, при переломах бедра — кожное вертикальное вытяжение по Шаде в течение 16—18 дней.

Избрано новое Правление Всероссийского общества хирургов, председателем избран проф. А. А. Вишневский.

Проф. Н. П. Медведев (Казань)

\* \* \*

На третьем и четвертом заседаниях съезда обсуждались вопросы *лечения переломов трубчатых костей*. Было заслушано 24 доклада, в которых высказывалось отношение к тем или иным методам остеосинтеза и давалась их оценка на основании изучения отдаленных результатов.

В. Д. Чаклин остановился на некоторых теоретических предпосылках к лечению переломов костей. Сообщая об известных условиях, необходимых для консолидации, он подчеркнул роль лечащего врача, который должен «управлять ходом сращения отломков», принять меры к усилению действия раздражителей, ускоряющих мозолеобразование. В этом отношении в травматологии утвердился метод тщательной кооптации фрагментов, дозированной компрессии и надежной иммобилизации. Положительным следует считать стимулирование всего организма, а также создание оптимальных условий для регенерации в участке повреждения.

Докладчики были единодушны в признании того, что основным методом лечения переломов трубчатых костей является консервативный, а хирургический должен проводиться по строгим показаниям.

При обсуждении метода интрамедуллярного остеосинтеза наметилось несколько точек зрения. Одни (А. Н. Беркутов с сотр., И. И. Соколов с соавторами, Ф. М. Голуб и М. А. Ахмедов и др.) широко применяли остеосинтез металлом. Другие (В. С. Балакина, Я. Г. Дубров, Л. И. Шулуток с соавторами и др.) более строго ставили показания к этому методу.

В одиночестве осталась З. В. Базилевская, которая высказала крайнюю точку зрения. Основываясь на анализе клинического и экспериментального материала, она пришла к отрицанию ценности металлического остеосинтеза. При этом методе она видела замедленное сращение и отсутствие консолидации. Сроки лечения переломов с применением металлического штифта, на ее материале, оказались более продолжительными, по сравнению с консервативными. З. В. Базилевская после металлоостеосинтеза наблюдала остеомиелит, анкилоз суставов и даже производила ампутацию конечности. На указанных основаниях докладчица считает, что применение металлических гвоздей и стержней при закрытых переломах костей не улучшило исходов, а при ряде локализаций ухудшило их. В одном из выводов этого доклада указано, что «при необходимости применения гипсовой повязки комбинация соединения отломков гвоздем не показана».

Я. Г. Дубров, имея большой опыт в металлическом интрамедуллярном остеосинтезе, счел возможным признать, что преимущество этой операции, по сравнению с консервативными методами, определяется лишь в отношении диафизарных переломов бедренной кости. На других сегментах длинных трубчатых костей лучшие исходы, по данным докладчика, получаются при консервативном лечении. Эти положения докладчика совпадают с взглядами большинства ведущих травматологов.

Вновь пришлось услышать неприемлемые для подавляющей массы хирургов установки клиники А. Н. Беркутова по поводу сроков первичной обработки открытых переломов. В выводах этого доклада указано, что влияние «на исход повреждения оказывает не срок, а качество хирургической обработки». Эта позиция подверглась острой критике.

Совершенно противоположный взгляд был высказан в докладе И. С. Полещука, где дан критический анализ материала из различных лечебных учреждений Владимирской области. Автор пришел к выводу, что плохие отдаленные результаты лечения открытых переломов у большинства больных связаны с поздней хирургической обработкой и качеством ее выполнения.

Следует снова отметить неизбежность известного требования: первичную хирургическую обработку открытых и огнестрельных переломов по возможности производить неотложно, в ближайшие часы после повреждения. Однако это отнюдь не значит, что